

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

PAIX - TRAVAIL – PATRIE

-----

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

-----

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

-----

GROUPE TECHNIQUE CENTRAL

-----



REPUBLIC OF CAMEROON

PEACE - WORK – FATHERLAND

-----

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

-----

NATIONAL AIDS CONTROL COMMITTEE

-----

CENTRAL TECHNICAL GROUP

-----

**RAPPORT NATIONAL DE SUIVI DE LA DECLARATION  
POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA CAMEROUN  
GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS  
(GARP)**

## TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>1</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>2</b>
<b>LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX .....</b>	<b>3</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
<b>DESCRIPTIF DE L'EPIDEMIE .....</b>	<b>8</b>
<b>RIPOSTE NATIONALE AU SIDA.....</b>	<b>12</b>
III.1 Prévention de la transmission du VIH et des IST.....	12
III.2 Accès au soins et au traitement .....	17
III.3 ATTENUATION DE L'IMPACT.....	20
III.4 Appropriation de la lutte par l'ensemble des acteurs.....	21
<b>SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT.....</b>	<b>23</b>
<b>SUIVI ET EVALUATION .....</b>	<b>25</b>
<b>PRINCIPAUX DEFIS ET SOLUTIONS.....</b>	<b>29</b>
V.I Insuffisance d'études pour le suivi de l'épidémie, Y COMPRIS dans LES groupes spécifiques (HSH, TSet leurs partenaires...).....	29
V.II Faible appropriation des comités sectoriels de lutte contre le Sida.....	29
V.III Autres.....	30
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>31</b>
<b>EQUIPE DE REDACTION DU RAPPORT .....</b>	<b>32</b>

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: Prévalence du VIH dans les régions du Cameroun.....	8
Figure 2: Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les régions du Cameroun.....	8
Figure 2: Statut sérologique dans les régions du Cameroun.....	10
Figure 3: Connaissance du statut sérologique selon l'âge et le sexe.....	11
Figure 3: Nombre de MARPS touchés par les messages de prévention.....	13
Figure 4: Evolution du nombre de dépistage de 2007 à 2014 au Cameroun.....	14
Figure 5: Nombre de MARPs ayant fait un test de dépistage du VIH en 2012 et 2014.....	14
Figure 6: Evolution de la distribution des préservatifs au Cameroun entre 2006 et 2014....	15
Figure 7: Carte sanitaire de la PTME.....	16
Figure 8: Cascade PTME 2014.....	17
Figure 9: Evolution de la file active des PVVIH au Cameroun de 2005 à 2014.....	18
Figure 10: Bilan réalisé par les PVVIH de 2012 à 2014.....	19

## LISTE DES TABLEAUX

### TABLEAUX :

Tableau 1 : Nouveaux cas de VIH selon les estimations du modèle MoT .....	9
Tableau 2: Estimation de l'incidence du VIH par groupe d'âge en 2014.....	10
Tableau 3 : Répartition de la file active par grands groupes d'âge et par sexe .....	18

## LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

<b>ACMS</b>	Association Camerounaise pour le Marketing Social
<b>AES</b>	Accident d'Exposition au Sang
<b>AGR</b>	Activités Génératrices de revenus
<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>C2D</b>	Contrat de Désendettement et de Développement
<b>CCC</b>	Communication pour le Changement de Comportement
<b>CCM</b>	Country Coordinating Mechanism
<b>CDC</b>	Center for Disease Control and Prevention
<b>CDT</b>	Centre de Diagnostic et de Traitement
<b>CDV</b>	Conseil et dépistage volontaire
<b>CNLS</b>	Comité National de Lutte contre le Sida
<b>CPN</b>	Consultation Périnatale
<b>CTA</b>	Centre de Traitement Agréé
<b>CTX</b>	Cotrimoxazole
<b>DLMEP</b>	Direction de la Lutte contre la Maladie, les épidémies et les pandémies
<b>DRSP</b>	Délégation Régionale de la Santé Publique
<b>DS</b>	District de Santé
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>EPP</b>	Estimations et Projections Pays
<b>EVF</b>	Education à la Vie Familiale
<b>EVS</b>	Enfant et VIH/Sida
<b>FOSA</b>	Formation Sanitaire
<b>GIZ</b>	Coopération Technique Allemande
<b>GTR</b>	Groupe Technique Régional
<b>HSH</b>	Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes
<b>IO</b>	Infections Opportunistes
<b>IP</b>	Inhibiteur de Protéases
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>KFW</b>	Kreditanstalt für Wiederauf (Banque allemande de développement)
<b>MINRESI</b>	Ministère de la Recherche Scientifique et de l'innovation
<b>MINSANTE</b>	Ministère de la Santé Publique

<b>MINSEP</b>	Ministère des sports et de l'Education physique
<b>MIO</b>	Médicaments pour les Infections Opportunistes
<b>MSF</b>	Médecins Sans Frontières
<b>OEV</b>	Orphelins et Enfants Vulnérables
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>OSC</b>	Organisations de la Société Civile
<b>PAM</b>	Programme Alimentaire Mondial
<b>PCR</b>	Prise en charge
<b>PCR</b>	Polymérase Chain Réaction
<b>PECP</b>	Prise en Charge Pédiatrique
<b>PME</b>	Petites et Moyennes Entreprises
<b>PEPFAR</b>	President's Emergency Plan for AIDS Relief
<b>PMI</b>	Petites et Moyennes Industries
<b>PMLS</b>	Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida
<b>PPSAC</b>	Programme de Prévention du VIH/Sida en Afrique Centrale
<b>PPTTE</b>	Pays Pauvres et Très Endettés
<b>PSN</b>	Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida et les IST
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH
<b>RECAP +</b>	Réseau Camerounais des Personnes Vivant avec le VIH
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>SP</b>	Secrétaire Permanent
<b>SPA</b>	Secrétaire Permanent Adjoint
<b>SSR</b>	Santé Sexuelle et Reproduction
<b>TARV</b>	Traitement Anti Rétroviral
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TPI</b>	Traitement Préventif Intermittent
<b>TS</b>	Transfusion Sanguine
<b>UAFC</b>	Universal Access For Female Condom
<b>UM</b>	Unité Mobile
<b>UNESCO</b>	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNHCR</b>	United Nations High Commission for Refugees
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>UPEC</b>	Unité de Prise en charge
<b>USAID</b>	United State Agency for International Development
<b>VAD</b>	Visites à Domiciles
<b>VIH</b>	Virus d'Immunodéficience Humaine

## INTRODUCTION

Le Cameroun, comme la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, fait face à une situation d'épidémie généralisée du VIH. Pour stopper l'avancée de ce problème de santé publique et inverser les tendances, le Gouvernement, avec l'appui technique et financier des partenaires internationaux et nationaux, met en œuvre depuis 2011, un package d'activités multisectorielles selon les orientations du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015.

Ces orientations s'alignent en grande partie sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida adoptée depuis 2001 par les Gouvernements de 189 Etats. Ladite déclaration reflète un consensus mondial sur un cadre de travail complet pour stopper la propagation du VIH/Sida, et inverser la tendance de l'épidémie d'ici 2015.

Pour garantir la réalisation de cet Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD), cette déclaration renouvelée en juin 2011, invite à un suivi régulier et attentif des progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements convenus et pris. Sur la base d'indicateurs clés qui permettent d'évaluer l'efficacité des ripostes nationales, les pays se doivent de produire tous les ans, un rapport de suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida (rapport GARP). Etant donné la date butoire de 2015, il est opportun de suivre de près les progrès réalisés en produisant désormais un rapport tous les ans.

C'est dans cette logique que le présent rapport est élaboré pour mettre en exergue les réalisations de l'année 2014. Ce rapport a été élaboré selon une approche incluant la participation de tous les acteurs impliqués dans la lutte. Ceci s'est fait à travers des réunions de concertation, des ateliers de rédaction et de validation aussi bien des données que des rapports. Le travail a été supervisé par un groupe restreint constitué par les représentants du gouvernement à travers le GTC/CNLS, la Direction de la lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies/Ministère de la Santé Publique, des représentants de la Société Civile, du secteur privé et du Système des Nations Unies à travers l'Equipe Conjointe ONUSIDA.

Il faut préciser que l'élaboration du rapport GARP 2015 s'inscrit dans un contexte particulier, marqué par la rédaction de la note conceptuelle conjointe TB/VIH.



## DESCRIPTIF DE L'ÉPIDÉMIE

En se référant aux résultats des dernières études réalisées, soit au sein de la population générale, soit auprès des populations clés, il ressort que l'épidémie du sida demeure une préoccupation de 1<sup>er</sup> plan au Cameroun. La situation de l'infection à VIH varie d'une sous population à une autre, comme l'illustrent les statistiques ci-dessous présentées.

**Figure 1: Prévalence du VIH dans les régions du Cameroun**

### L'infection à VIH dans la population générale :

La dernière Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS), réalisée en 2011, révèle que la prévalence du VIH dans la population générale (15-49 ans) est de 4,3%. Cet indicateur passe du simple (2,9%) chez les hommes à près du double chez les femmes (5,6%). Dans la sous population des jeunes de 15-24 ans, la prévalence du VIH est estimée à près de 1,7%. Dans ce groupe, il y a relativement plus de jeunes femmes infectées par le VIH (2,7%) que de jeunes hommes (0,5%). En outre, la figure 1 ci-contre montre que la prévalence du VIH n'est pas identique dans toutes les régions.



**Figure 2: Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les régions du Cameroun**

### L'infection à VIH chez les femmes enceintes :

Le rapport de l'Etude de faisabilité d'un système de surveillance sentinelle du VIH basé sur les données PTME au Cameroun réalisé en 2012, révèle que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est de 7,8% contre 7,57% en 2009.

La figure 2 ci-contre montre que la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes n'est pas la même dans les 10 régions du pays. L'on note quelques similitudes avec la répartition spatiale de l'infection à VIH dans la population générale.



**L'infection à VIH dans les populations clés :** Une étude réalisée auprès des Travailleuses de Sexe (TS) en 2009 estime à 36%, la prévalence du VIH dans cette population. En 2011, une étude intégrée de surveillance comportementale et biologique chez les Hommes ayant les relations sexuelles avec les Hommes (HSH), réalisée à Yaoundé et Douala indique que la prévalence du VIH dans cette sous population est respectivement de 44,3% et 24,2%. Cet indicateur est de 28,8% chez les HSH de moins de 25 ans et de 47,8% chez les plus de 25 ans. En outre, la prévalence du VIH est de 16,3% chez les camionneurs. Par ailleurs, selon trois études transversales réalisées auprès des forces armées du Cameroun en 2002, 2005 et 2011, l'estimation de la prévalence y est respectivement de 9,8%, 11,3% et 6%. Les statistiques suscitées montrent globalement une tendance à la baisse de l'infection à VIH dans la population des forces armées.

**Les nouveaux cas d'infection à VIH :** d'après une étude réalisée en 2013 sur les modes de transmission du VIH (MoT), la répartition selon les groupes à risque montre que 45,3% des nouvelles infections sont enregistrées dans les couples hétérosexuels stables ; ensuite viennent les clients des professionnels (le)s de sexe (35,9%).

Tableau 1 : Nouveaux cas de VIH selon les estimations du modèle MoT

Comportement adulte à risque	Incidence	%
Consomm. drogues inj. (CDI)	248	0,86
Partenaires CDI	19	0,07
Professionnel(le)s du sexe	354	1,23
Clientèle prof. Sexe	10 295	35,86
Partenaires de la clientèle	294	1,02
HSH	229	0,80
Partenaires F HSH	19	0,07
Sexe hétérosexuel Occ.	2 344	8,16
Partenaires sex. hét. Occ	1 848	6,44
Sexe hétéro à faible risque	12 999	45,28
Pas de risque	0	0,00
Injections médicales	62	0,22
Transfusions sanguines	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>28711</b>	<b>100,00</b>

Source : CNLS, Rapport MoT 2013

Par ailleurs, les nouvelles infections au VIH dans la population générale ont été estimées à 58 630 en 2014 (SPECTRUM), ce qui représente en moyenne 161 contaminations par jour, soit environ 07 nouvelles personnes infectées toutes les heures. Les enfants de moins de 05 ans (15%), les jeunes de 20-24 ans (20%), et leurs aînés de 25-29 ans (19%) regroupent plus de la moitié de ces nouvelles infections (54%).

**Tableau 2: Estimation de l'incidence du VIH par groupe d'âge en 2014**

2014	Total	Proportion	Hommes	% Homme	Femmes	% femme
0-4	8,725	14.9%	4,434	50.8%	4,291	49.2%
05-09	0		0			
10-14	0		0			
15-19	5,022	8.6%	1,518	30.2%	3,504	69.8%
20-24	11,539	19.7%	4,411	38.2%	7,128	61.8%
25-29	11,011	18.8%	4,79	43.5%	6,221	56.5%
30-34	8,334	14.2%	3,954	47.4%	4,38	52.6%
35-39	5,544	9.5%	2,735	49.3%	2,809	50.7%
40-44	3,431	5.9%	1,668	48.6%	1,763	51.4%
45-49	2,041	3.5%	934	45.8%	1,107	54.2%
50-54	1,188	2.0%	519	43.7%	669	56.3%
55-59	711	1.2%	323	45.4%	388	54.6%
60 et plus	1084	2%	571	2%	513	2%
<b>Total</b>	<b>58 630</b>	<b>100.0%</b>	<b>25 857</b>	<b>44.1%</b>	<b>32 773</b>	<b>55.9%</b>

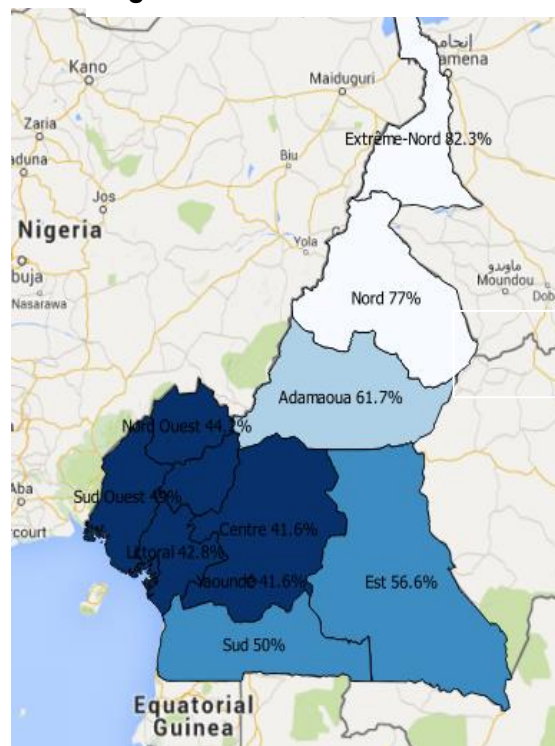
En outre, dans la quasi-totalité des groupes d'âges, à l'exception des enfants de moins de 5 ans, les nouvelles personnes infectées en 2014 ont été d'avantage des femmes que des hommes. Ceci traduit la nécessité de renforcer les interventions en direction des femmes.

**Connaissance du statut sérologique :**

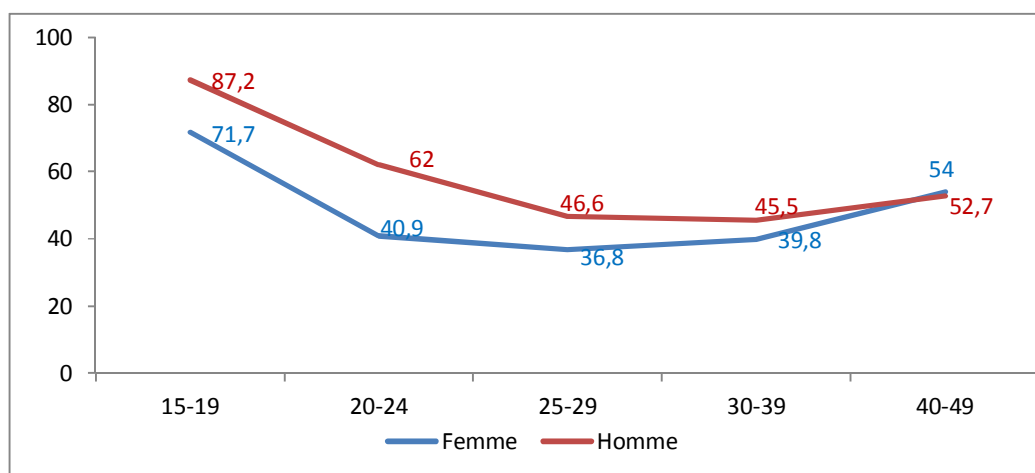
Pour inverser les tendances de l'épidémie du VIH, il est important que chaque individu sexuellement actif connaisse son statut sérologique. Selon les données de l'EDS-MICS de 2011, 6 hommes de 15-49 ans sur 10 (59,9%) ne connaissent pas leur statut sérologique au VIH contre près de 5 femmes sur 10 (49,2%).

La figure 3 ci-contre met en évidence des disparités régionales.

**Figure 3: Statut sérologique dans les régions du Cameroun**



Par ailleurs, la figure 4 ci-dessous montre que cet indicateur varie d'un groupe d'âge à un autre, et que les hommes sont relativement plus nombreux à ignorer leur statut sérologique que les femmes.



**Figure 4: Connaissance du statut sérologique selon l'âge et le sexe.**

**Stigmatisation et discrimination :** Selon l'étude sur l'index de la stigmatisation et la discrimination réalisée au Cameroun en 2011 auprès des PVVIH, moins d'un cinquième des PVVIH ont entendu parler de la déclaration des droits sur le VIH/SIDA ou d'une loi/politique camerounaise qui protège les droits des personnes vivant avec le VIH. Par ailleurs, pour ce qui est de la stigmatisation et de la discrimination proprement dite, il ressort de l'étude suscitée les résultats ci-dessous :

- ▲ 13% des PVVIH ont perdu leur emploi du fait de la discrimination exercée par leur employeur ou leur collègues ;
- ▲ 5% des PVVIH se sont vues refuser des services de santé sexuelle et reproductive du fait de leur statut sérologique ;
- ▲ 18% des PVVIH ont été victimes d'une violation d'au moins un de leurs droits.

## RIPOSTE NATIONALE AU SIDA

Pour stopper l'avancée de l'épidémie du VIH, inverser les tendances et réduire l'impact négatif du Sida sur la population générale, le Cameroun mène un ensemble d'activités ayant pour gouvernail, actuellement, le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015.

Les faits marquants de la riposte nationale au courant de l'année 2013 sont illustrés ci-dessous.

### III.1 PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH ET DES IST

Dans un contexte marqué par une proportion importante de personnes qui ne connaissent par leur statut sérologique comme l'indiquent les statistiques (60% d'hommes et 49% des femmes), il y a lieu d'intensifier les activités de prévention en direction de la population générale. Les réalisations phares dans ce maillon de la lutte contre le VIH et le Sida sont présentées dans cette sous-partie de manière singulière.

**Communication et éducation pour le changement de comportement :** Dans ce registre, 300 enseignants du MINEDUB ont bénéficié d'un renforcement de capacité en matière d'encadrement pédagogique de proximité à l'opérationnalisation et au suivi de l'autoformation des enseignants.

Par ailleurs, **15 174** causeries éducatives et **61 055** entretiens individuels ont été organisés dans la population générale, et ont permis de toucher **114 537** personnes dont **76 668** femmes.

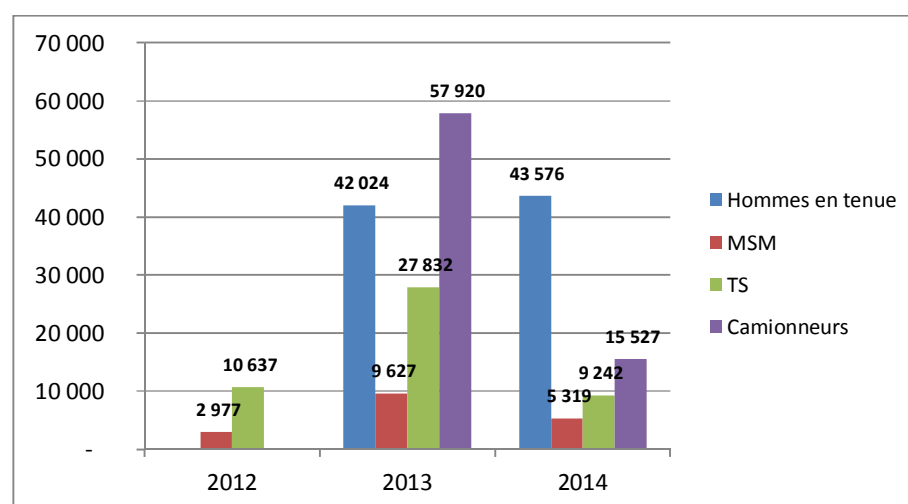
Chez les jeunes spécifiquement, les activités de CCC menées portaient essentiellement sur :

- la production et la distribution de 62 762 des journaux « 100% jeunes » ;
- l'organisation de la campagne « Vacances Sans Sida » au cours de laquelle plus d'1 million de jeunes ont été touchés par les pairs éducateurs à travers les causeries éducatives et les communications interpersonnelles ;
- la production et la diffusion de 244 émissions-radio 100% Jeune lives pour un total de 1 916 auditeurs et 3 488 sms/lettres reçus ;
- le développement et la diffusion d'une campagne sur la santé de reproduction des adolescents et le planning familial sur 02 chaînes de TV & 03 stations-radio ;

- o la conduite de 3 284 causeries éducatives en direction des jeunes (24 087 jeunes touchés dont 12 001 jeunes filles) et 1 473 visites à domicile pour le suivi des jeunes ayant des questions spécifiques sur la SRA ou ayant adopté une méthode moderne de contraception.

On note par ailleurs une baisse de la couverture des activités de communication et d'éducation pour le changement de comportement en faveur des MARPS entre 2013 et 2014 comme l'illustre la figure 5 ci-dessous, bien que le niveau atteint ces deux dernières années demeure plus élevé que celui de 2012.

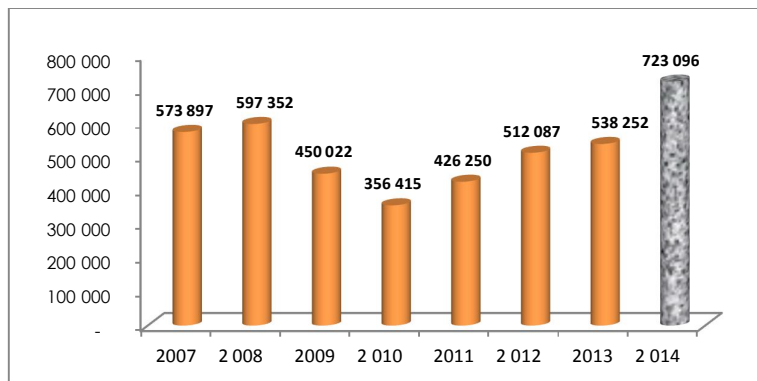
**Figure 5: Nombre de MARPS touchés par les messages de prévention**



Source : GTC/CNLS, Rapport Annuel 2012, 2013, 2014

**Dépistage du VIH dans la population générale :** Le conseil et dépistage du VIH est l'un des domaines clés de la stratégie globale de lutte contre le VIH. Ils permettent aux individus de connaître leur statut et parallèlement constituent la porte d'entrée de la PTME et la PECG des personnes infectées. Les stratégies mises en place pour le CDV concernent la population générale bien qu'un accent particulier soit mis sur les femmes enceintes dans le cadre de la PTME et les MARPS considérés comme les moteurs de l'épidémie. Selon les données rapportées en 2014, 723 096 personnes ont été testées, et 32 095 d'entre elles ont été déclarées séropositives parmi les 667 770 personnes dont le statut a été rapporté, soit un taux de séropositivité de 4,8%. Ces résultats traduisent une amélioration de l'offre et de la demande de dépistage de 34% par rapport à

2013 et la meilleure performance depuis 2007 tel qu'illustre le graphique ci-dessous.

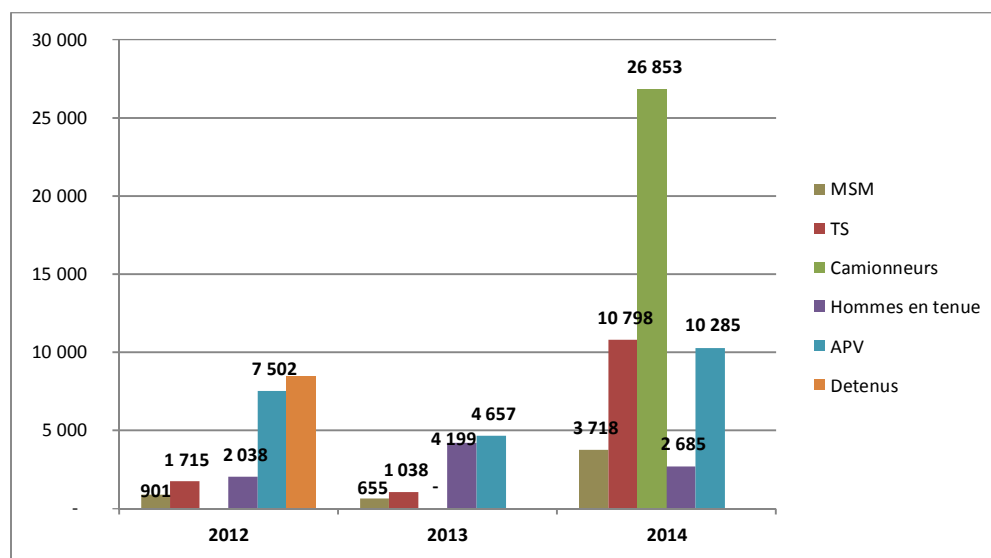


**Figure 6: Evolution du nombre de dépistage de 2007 à 2014 au Cameroun**

Figure 6 : Evolution du nombre de dépistage de 2007 à 2014 au Cameroun

**Dépistage du VIH chez les MARPs :** Chez les MARPS également, en 2014, par rapport à 2012 et 2013, on a enregistré une amélioration de l'offre de dépistage (MSM, TS et camionneurs). Il est cependant en baisse chez les hommes en tenue et inexistant chez les détenus depuis 2012.

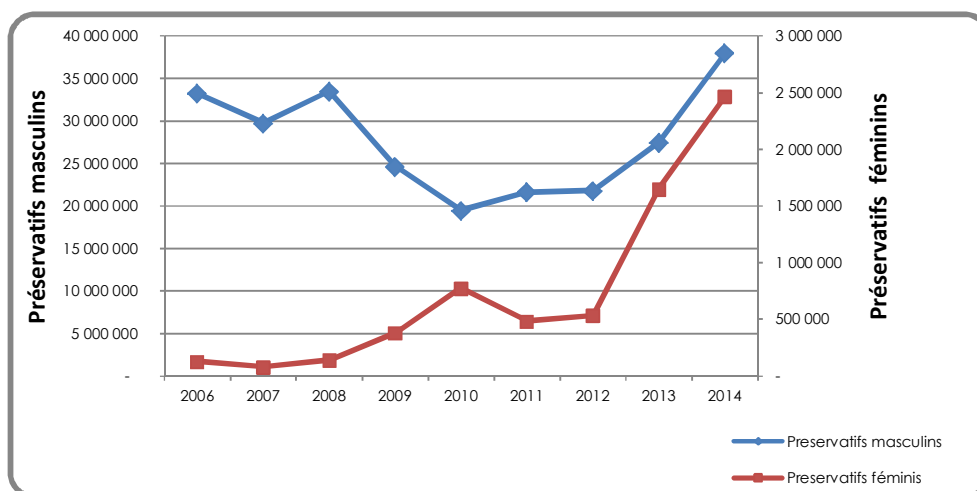
Figure 7: Nombre de MARPs ayant fait un test de dépistage du VIH en 2012 et 2014



Source : GTC/CNLS, Rapport Annuel 2013

**Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité aux préservatifs :** Au total **40 472 381** préservatifs (38 002 917 masculins et 2 469 464 féminins) ont été distribués au Cameroun en 2014. Quel que soit le type de préservatif, on constate une progression remarquable de la quantité distribuée, surtout le préservatif féminin. L'augmentation du nombre de

préservatifs féminins distribués s'explique en partie par l'extension du réseau de distribution de l'ACMS.



**Figure 8: Evolution de la distribution des préservatifs au Cameroun entre 2006 et 2014**

**Figure 8:** Evolution de la distribution des préservatifs au Cameroun entre 2006 et 2014

**Sécurité transfusionnelle :** La création du Programme National de Transfusion Sanguine en 2013 a été une avancée importante dans la prévention de la transmission du VIH par voie sanguine. En 2014 comme en 2013, 100% des poches de sang transfusées ont été sécurisées (test du VIH, Hepatite B et C ....) dans les 15 principales banques de sang du Cameroun

**Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH :**

La prise en compte de la PTME comme domaine prioritaire du PSN 2011-2015 traduit la volonté du Gouvernement de contribuer à l'atteinte des OMD 4, 5 et 6. Cet engagement national qui s'appuie sur le document stratégique de la CARMMA ambitionne l'élimination de la TME à l'horizon 2015. Dans cette optique, un plan a été élaboré sur la base de l'analyse approfondie des différents goulots d'étranglement de la PTME dans les dix Régions du Cameroun. Le plan d'e-TME 2011-2015 vise à réduire d'au moins 90% d'ici 2015, les nouvelles infections pédiatriques, et réduire d'au moins 50% d'ici 2015, les décès maternels liés au Sida.



La figure 1 ci-dessous nous montre la répartition des districts de santé, des formations sanitaires, des sites de PTME et des sites de prélèvement des DBS par région.

De 2010 à 2014, le nombre de formations sanitaires offrant les services de PTME a considérablement augmenté, passant de 2067 à 3499 sites sur les 3990 FOOSA que compte le pays.

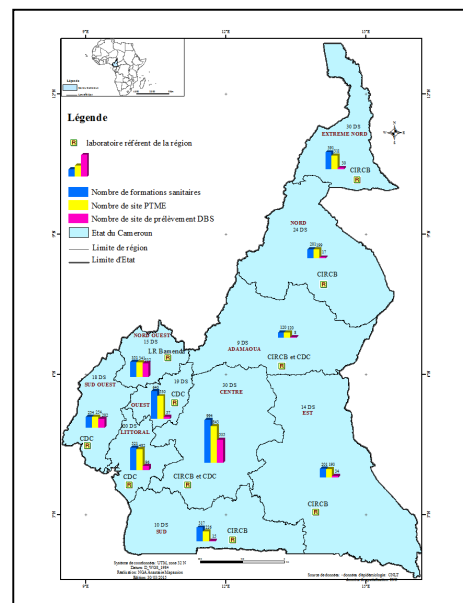
De même, le nombre de sites PTME offrant le DBS pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants a triplé, passant de 419 en 2012 à 1306 sites DBS en 2014.

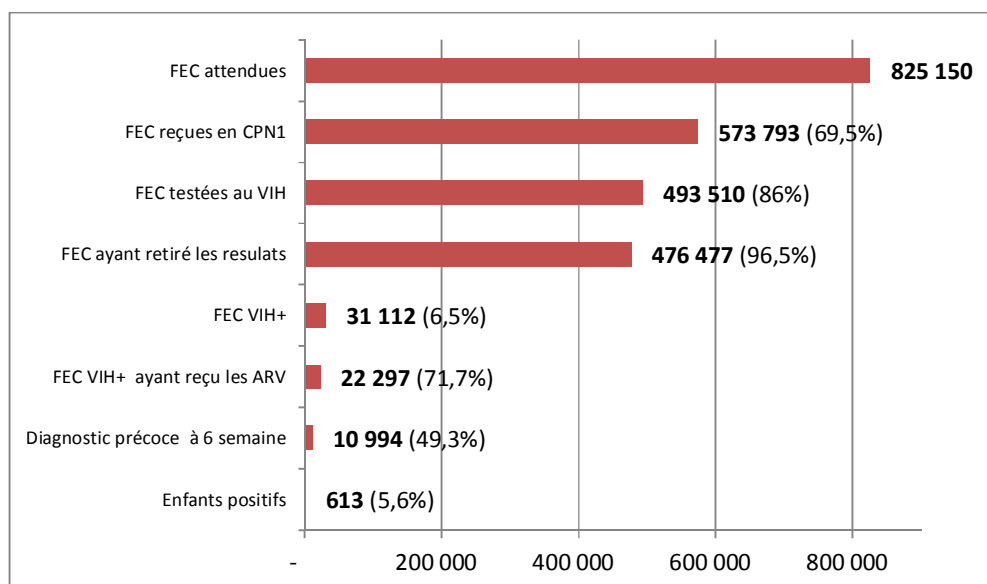
Au niveau national les sites de prélèvement DBS sont couverts par 03 laboratoires de Référence : CIRCB, CDC Muntengene et Laboratoire de Référence de la Tuberculose de Bamenda.

Les données collectées au cours de l'année 2014 montrent que beaucoup d'efforts restent à fournir pour réaliser les objectifs susmentionnés (OMD 4,5, 6). En effet, la cascade de la PTME montre d'importants gaps à combler. De manière précise, l'on note que seule 7 femmes enceintes attendues sur 10 femmes ont été effectivement vues.

En outre, lorsqu'on observe le nombre de femmes enceintes dépistées en CPN ou en salle d'accouchement, il apparaît clairement que plus de 10% des femmes enceintes vues ne sont pas testées en CPN.

**Figure 9** : Carte sanitaire de la PTME





**Figure 10: Cascade PTME 2014**

**Figure 10: Cascade PTME 2014**

Pour ce qui est du retrait des résultats du test de dépistage du VIH, le taux est quasiment constant, soit 95,7% en 2013 et 96,5% en 2014. Il ressort également que la couverture programmatique en ARV chez les femmes enceintes VIH+ est en baisse par rapport à 2013. Il est passé de 84,7% à 71,7%. On note enfin que le taux de séropositivité à la PCR chez les enfants testés à la 6<sup>ème</sup> semaine est de 5,6% et en baisse par rapport à celui de 2013 (15,6%).

### III.2 ACCES AU SOINS ET AU TRAITEMENT

La volonté du Gouvernement à décentraliser la prise en charge médicale des PVVIH s'est matérialisée par l'extension progressive des sites de prise en charge. L'on note cependant que malgré l'évolution observée d'année en année du nombre de sites de prise en charge des PVVIH, les cibles du plan stratégique national de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015 ne sont pas atteintes. En 2012, 64% des formations sanitaires éligibles (250) assuraient la prise en charge médicale des PVVIH contre 75% attendues. En 2014, ces deux proportions sont respectivement dans le même ordre que précédemment (65% et 80%).

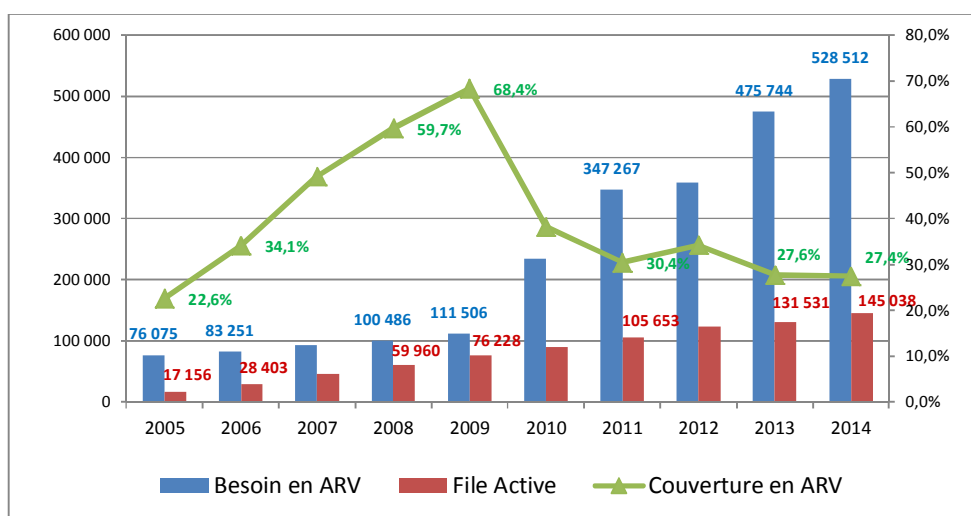
Par ailleurs, la couverture en CTA et UPEC par l'approche District demeure faible. En effet, seulement 60,8% des DS disposent d'au moins une structure de prise en charge médicale de PVVIH fonctionnelle. Cette couverture nationale cache par ailleurs de

fortes disparités entre régions. En effet, 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%.

On note par ailleurs que le Cameroun a choisi depuis 2012, l'option B + visant un passage progressif à l'offre de service de PEC disponible dans toutes les formations sanitaires. En 2014, 22 sites pilotes ont débuté la mise en œuvre de l'option B+ dans les régions du Nord-ouest et du Sud-ouest.

En termes de prise en charge effective, la file active des personnes vivant avec le VIH sous traitement ARV s'est accrue de 10,3% entre 2013 et 2014, portant à 145 038, le nombre de personnes sous ARV au Cameroun en décembre 2014.

Ce nombre correspond à un taux de couverture de 27,4% qui demeure largement en deçà de la cible du plan stratégique national (70%). Mais l'activité de dispensation des ARV n'a pas été épargnée au courant de l'année 2014 par des ruptures de stocks d'ARV.



**Figure 11: Evolution de la file active des PVIH au Cameroun de 2005 à 2014**

**Figure 11: Evolution de la file active des PVIH au Cameroun de 2005 à 2014**

L'analyse de la file active selon le sexe révèle que plus de 70% des personnes sous ARV en 2014, étaient des femmes. Les enfants représentent moins de 5% des personnes sous traitement et les régions du Centre, du Littoral, du Nord-ouest, de l'Ouest et du Sud-ouest regorgent plus de 70% des personnes sous traitement tel que le tableau ci-après l'illustre.

**Tableau 3 : Répartition de la file active par grands groupes d'âge et par sexe**

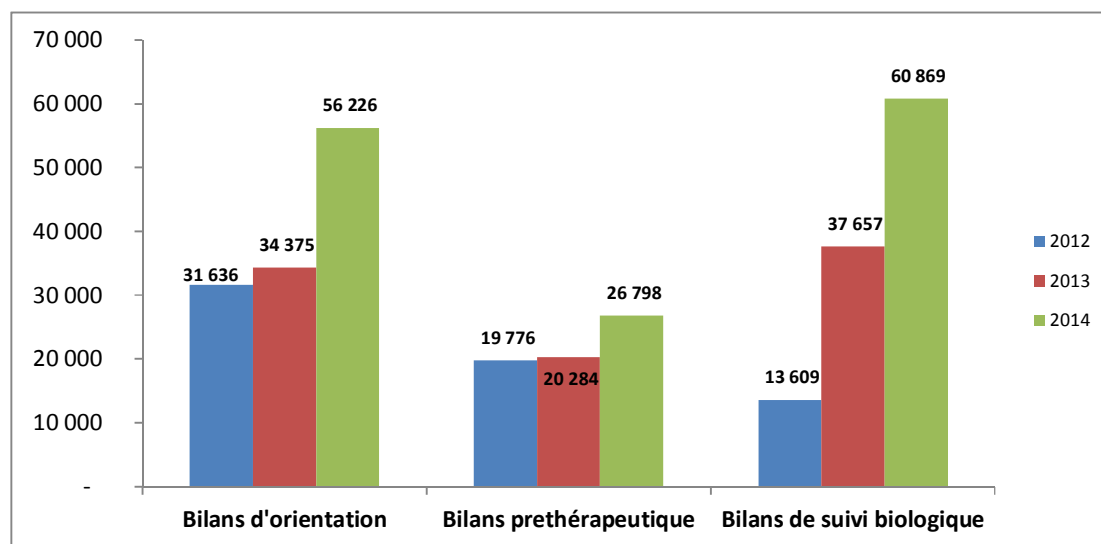
	Enfants (<15ans)			Adultes (> 15 ans)			% d'enfants	% de femmes	Poids de la région
	H	F	Total	H	F	Total			
Adamaoua	89	88	177	1 542	3 159	4 701	4%	67%	3%
Centre	824	894	1 718	10 329	25 677	36 006	5%	70%	26%
Est	96	117	213	1 957	4 318	6 275	3%	68%	4%
Extrême-nord	137	132	269	2 288	4 006	6 294	4%	63%	5%
Littoral	527	491	1 018	7 794	19 893	27 687	4%	71%	20%
Nord	64	57	121	1 611	3 055	4 666	3%	65%	3%
Nord-ouest	652	681	1 333	5 797	14 565	20 362	6%	70%	15%
Ouest	243	270	513	3 487	9 385	12 872	4%	72%	9%
Sud	56	70	126	1 500	2 956	4 456	3%	66%	3%
Sud-ouest	276	335	611	4 354	11 266	15 620	4%	71%	11%
<b>Cameroon</b>	<b>2 964</b>	<b>3 135</b>	<b>6 099</b>	<b>40 659</b>	<b>98 280</b>	<b>138 939</b>	<b>4%</b>	<b>70%</b>	<b>100%</b>

Source : GTC/CNLS, Rapport Annuel 2014

En marge de la prise en charge médicale par les ARV, les personnes vivant avec le VIH doivent réaliser à périodicité déterminée des bilans d'orientation, les bilans pré-thérapeutiques et les bilans biologiques de suivi. Au cours de l'année 2014, l'irrégularité observée dans la disponibilité des intrants et la défection des appareils ont fortement handicapé l'accès à ces bilans. On constate néanmoins, selon des données de la figure 14, une augmentation du nombre de bilans réalisés, quel que soit le type de bilan, entre 2012 et 2014.

**Figure 2: Bilans réalisés par les PVVIH de 2012 à 2014**

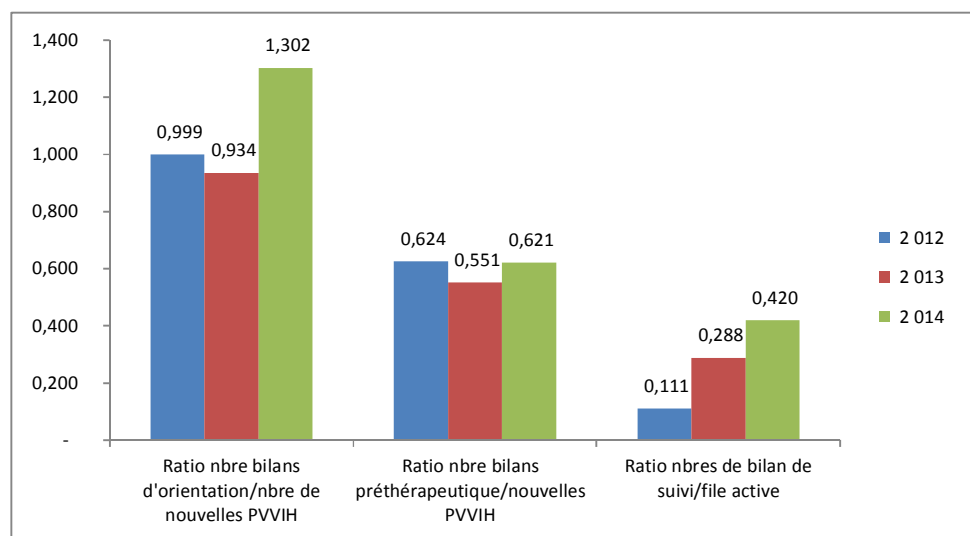
**Figure 12: Bilan réalisé par les PVVIH de 2012 à 2014**



Source : GTC/CNLS, Rapport Annuel 2014

En faisant une analyse relative, il ressort que la couverture des différents bilans est meilleure en 2014 par rapport aux deux précédentes années, que celle des deux autres bilans (figure 15). La plus faible couverture est enregistrée pour le bilan de suivi biologique.

Figure 13 : Evolution des ratios de couverture des bilans



Source : GTC/CNLS, Rapport Annuel 2014

### III.3 Atténuation de l'impact

L'effet escompté par la mise en œuvre de la stratégie de renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées par le VIH est l'atténuation de l'impact psychologique, social et économique du VIH sur ces derniers.

**Soutien psychologique, social et économique aux PVVIH :** Le soutien psychologique, social et économique aux PVVIH commence dans les CTA et UPEC, et se fait tout au long de la chaîne de PEC. Selon le cas, les PVVIH bénéficient de l'accompagnement du psychologue, du conseiller psychosocial, de l'assistant social ou de l'ARC. En communauté, les groupes de soutien et les associations des PVVIH jouent également un rôle important dans le soutien psychologique et social aux personnes infectées. En 2014, le suivi des PVVIH dans les CTA/UPEC par les Agents Relais Communautaires (ARC) a été effectif, notamment dans le cadre du R10 du Fonds Mondial mis en œuvre par Care-Cameroun. Dans le cadre de ce projet Care a procédé au renforcement de capacité de 198 ARC répartis comme suit : (CE 121 ARC, OU 40 ARC, NO 17 ARC, AD 20 ARC) dans 66 CTA/UPEC (rapport annuel 2014).

**Soutien aux OEV (soutien sanitaire, scolaire, nutritionnel, psychosocial et protection juridique) :** Selon les estimations et projections VIH, le Cameroun comptait en 2014 1 526 841 orphelins parmi lesquels 510 954, soit 33,5% infectés

ou affectés par le VIH/Sida. Les activités de soutien aux OEV se sont poursuivies en 2014 dans le cadre de la lutte contre le VIH. Ainsi, 20 380 OEV ont bénéficié d'au moins un soutien (sanitaire, scolaire, nutritionnel, psychosocial, protection juridique) en 2014 contre 19 583 en 2013, soit une hausse de 4%. Cette augmentation cache cependant une faible couverture des besoins (moins de 5%).

**Protection juridique des PVVIH et personnes affectées :** Le problème de stigmatisation, discrimination et d'auto- stigmatisation des personnes infectées par le VIH demeure une préoccupation majeure pour le programme de lutte contre le VIH. Dans ce sens, les activités du groupe de travail sur la Stigmatisation et la Discrimination du VIH incluant les acteurs publics, la société civile et les PTF se sont poursuivies. Ce groupe de travail a pour rôle de proposer et de coordonner les interventions visant à promouvoir les droits associés au VIH et sida au Cameroun.

Les activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH ont pris de l'ampleur en 2014. Les principales activités réalisées ont été menées par L'ACMS et CAMNAFAW. Il s'agit notamment du développement d'une campagne de communication anti-stigmatisation, de la publication des messages anti stigma dans huit (08) éditions du journal VA, de la publication de 5 spots (messages anti stigma) sur la page Facebook de 100% Jeunes, le développement d'une campagne médiatique sur la lutte contre la discrimination et la stigmatisation à l'endroit des PVVIH (04 spots TV déclinés en spots radio, affichettes 40x60 cm, affiches 4x3m).

En matière d'amélioration de l'environnement de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées à l'orientation sexuelle et l'identité de genre, il y a eu l'ouverture d'une chambre de refuge pour les LGBT rejetés dans leur famille à cause de leur orientation sexuelle ou leur statut sérologique qui a permis d'accueillir 06 MSM qui y ont séjournés. Pour le reste 07 causeries éducatives sur les droits humains animées par un juriste ont été organisées et a permis de toucher 74 HSH.

#### **III.4 APPROPRIATION DE LA LUTTE PAR L'ENSEMBLE DES ACTEURS**

Au cours de l'année 2014, les efforts visant une implication accrue des acteurs de la société civile et du secteur privé ont été poursuivis.

La société civile occupe une place stratégique et importante au sein de l'instance de Coordination Nationale (ICN) des programmes financés par le Fonds Mondial. Elle est représentée dans le Comité national de lutte contre le Sida (CNLS) et dans tous les groupes techniques de réflexion (Suivi & évaluation, e-TME, TARV, etc...). Par ses actions, la Société Civile a réussi à susciter le débat sur certaines thématiques, notamment la question de la déclaration d'Abuja, la situation des HSH, les politiques face à la problématique de la santé et le financement des ARV. L'année 2014 a également connu la participation effective de la société civile au processus d'élaboration de la proposition du Cameroun au Nouveau Modèle de financement du FM.

Outre les secteurs traditionnellement impliqués dans la lutte contre le VIH/sida (Santé, Education, femmes, communication), l'année 2014 a été marquée par la poursuite et l'intensification des actions de lutte contre le VIH/Sida dans les ministères tels que le tourisme, l'agriculture, la fonction publique, le sport, l'environnement, la planification et les postes et télécommunications.

Les comités sectoriels de lutte contre le sida ont été mis en place ou réactivés, les plans opérationnels sectoriels ont été élaborés et mis en œuvre. Ainsi, les causeries éducatives et plusieurs campagnes de sensibilisation ont permis de toucher plusieurs personnels des secteurs dans les 10 régions du pays.

L'implication des entreprises privées dans la lutte contre le sida s'est accrue à travers une forte implication dans la mise en œuvre des activités proposées par l'initiative VCT@WORK. En effet, Le Cameroun a décidé de contribuer à l'atteinte des objectifs de l'initiative mondiale VCT@WORK en 2014. Sous le leadership du Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale, l'engagement du Gouvernement et des partenaires sociaux s'est matérialisé par:

- le lancement de l'initiative VCT@WORK dans le cadre de la célébration des festivités de la 128<sup>e</sup> Fête Internationale du Travail (FIT) sous le thème **«Travailleurs du Cameroun : Ensemble contre le VIH et le sida»** ;

- le plaidoyer à travers des correspondances du Ministre du Travail de la sécurité Sociale adressées aux Gouverneurs des régions, à 65 responsables des départements ministériels, 142 Chefs d'entreprises pour l'appropriation du programme au niveau opérationnel.

Dans le cadre de cette initiative qui visait à offrir les services de dépistage volontaire et confidentiel du VIH aux travailleurs, et permettre à ceux dont le résultat est positif d'accéder aux services de soins et au traitement, activités de CDV ont été organisées. Au total 91 institutions/entreprises du secteur public (parapubliques, des départements ministériels), privé (formel et de l'économie informelle, syndicats) ont réalisé 206 campagnes de sensibilisation et de dépistage du VIH sur le lieu de travail, dans les 10 régions du pays, en zones urbaines et rurales. Les résultats ci-après ont été obtenus à la suite de ces campagnes. Ainsi, les résultats suivants ont été obtenus :

- **66 358** travailleurs (42 030 hommes, 20 328 femmes) sensibilisées;
- **48 239** travailleurs (**32 325 hommes, 15 914 femmes**) dépistées, dont **1 672** travailleurs testées positives (taux de séropositivité **3,49%** : **5,06%** femmes, **2,71%** hommes).
- **1 554** travailleurs (parmi les 1672 positifs) ont été référés vers les structures de prise en charge médicale, soit 7,05% dont le système de santé n'a pas de trace.

Le taux de séropositivité varie selon les secteurs économiques, les agro-industries/plantation industrielles (**7,77%**), les exploitations forestières (**4,10%**), et la construction (**6,04%**) affichant les taux les plus élevés et de loin supérieure à la prévalence moyenne nationale (**4,3%**). Le taux de séropositivité chez les femmes est toujours plus élevé que celui observé chez les hommes quel que soit le pôle économique ciblé;

## **SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT**

Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose et le programme PEPFAR interviennent pour l'accès universel à la prévention aux traitements et aux soins, notamment la prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les groupes vulnérables



ou marginalisés, la sécurité transfusionnelle, la Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant et la fourniture des ARV.

Les agences du système des Nations Unies, à travers l'Equipe Conjointe sur le Sida (ONUSIDA, OMS, UNICEF, UNFPA, PAM, UNESCO, BIT, PNUD, UNHCR, ONU – Femmes, FAO, ONUDI, UNHR, Banque Mondiale) apportent des appuis techniques et financiers à la réponse nationale face à l'épidémie et dans le cadre de leurs mandats respectifs aux plans sectoriels, contribuant ainsi à l'amélioration de la coordination et du suivi des interventions, de la qualité des services, et à la promotion de la culture de reddition des comptes.

Les agences de la coopération bilatérale (USAID, Coopération Française, GIZ et KfW, Coopération italienne, Coopération canadienne, etc..) contribuent, entre autres, au développement de la recherche opérationnelle, la prévention en direction des groupes vulnérables, l'amélioration de la qualité des services offerts.

Les ONG internationales telles que Clinton Foundation, Expertise France, CARE Cameroun, IRD, GVFI, MSF, ANRS et de nombreuses ONG Nationales telles que ACMS, CAMNAFAW, CIRCB, IRESCO, CHP interviennent dans la prévention, la recherche, la prise en charge pédiatrique et l'extension de la couverture des services, surtout au niveau communautaire.

Ces actions contribuent à :

- ▲ la production et la dissémination de l'information stratégique ;
- ▲ la mobilisation des ressources ;
- ▲ au développement des politiques et renforcement des capacités techniques des prestataires ;
- ▲ au renforcement du partenariat national avec la société civile et le secteur privé ;
- ▲ la lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- ▲ l'adoption des comportements à moindre risque, y compris la connaissance du statut sérologique ;
- ▲ la décentralisation et le passage à l'échelle des interventions ;
- ▲ l'implication de tous les secteurs dans la riposte au VIH ;
- ▲ l'amélioration de la qualité de la prise en charge des PVVIH ;

- ▲ la mobilisation communautaire.

Le renforcement des cadres de concertation entre les acteurs à l'instar des réunions de l'équipe conjointe du système des Nations Unies sur le VIH/Sida, du CCM ou du CNLS, doivent rester des cadres privilégiés pour ces réflexions.

Le soutien des partenaires au développement est plus que jamais nécessaire pour maintenir les acquis et faciliter l'atteinte des objectifs du GARP à l'horizon 2015. Ils doivent s'impliquer d'avantage sur les plans techniques et financiers pour la mise en œuvre du PSN 2014-2017 avec un accent particulier sur le volet suivi et évaluation, l'amélioration de la qualité des services et l'appui à la mobilisation des ressources internes.

## **SUIVI ET EVALUATION**

Le système de suivi et évaluation permet d'apprécier régulièrement les performances d'exécution du Plan Stratégique National et apporte les informations nécessaires pour une utilisation efficiente et efficace des ressources. L'ensemble d'informations stratégiques obtenues grâce à ce système favorise la prise de décision pour une meilleure orientation de la lutte. Le système de suivi et évaluation du Programme multisectoriel de lutte contre le VIH et le Sida est présenté ci-dessous.

La coordination du suivi de la riposte nationale est assurée par la Section Planification, Suivi, et Evaluation du Groupe Technique Central du Comité National de Lutte contre le Sida. Son rôle est de s'assurer que toutes les activités des acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida s'intègrent dans un seul système national de S&E conformément aux recommandations sur les « (Threeone's) »).

Le Groupe de Travail Suivi & Evaluation composé :

- D'Experts en S&E du gouvernement ;
- Des agences bilatérales ;
- Du Système des Nations Unies ;
- Des institutions académiques, du secteur privé et de la société civile.

Il a pour tâche de conseiller la section sur la mise en œuvre des plans d'action de S&E. Il se réunit au moins une fois par trimestre ou selon les besoins de ce groupe. Il interagit et coordonne les activités des autres cadres de coordination du suivi de la mise en œuvre du PSN à l'instar du Groupe de coordination des partenaires de la lutte contre le Sida (GCOP), de l'instance de Coordination National (ICN) du Fonds Mondial, et de l'Equipe conjointe du Système des Nations Unies sur le VIH/Sida.

### **Les principales contraintes**

Malgré des avancées évidentes en matière de communication régulière de l'information, de surveillance épidémiologique et de recherche opérationnelle et d'analyse des données, l'analyse des composantes du système de suivi-évaluation du programme VIH relève des préoccupations majeures. Ce sont :

Pour le suivi –évaluation du programme VIH spécifiquement:

- l'insuffisance de ressources humaines qualifiées chargées de la collecte, l'analyse et la transmission des données au niveau opérationnel et régional (statisticien),
- l'irrégularité dans la disponibilité des outils de collecte de données au niveau opérationnel (registre TARV, pré-TARV, dispensation ARV, dossiers-patients, fiches de synthèse mensuelle),
- l'absence de complémentarité entre les logiciels informatiques au niveau des FOSA et des districts (DHIS, ESOPE, VINDATA) pour assurer la collecte des données,
- le faible taux de complétude et de promptitude des rapports mensuels,
- l'absence d'outils de collecte adaptés pour le suivi des interventions ciblant les populations clés, l'insuffisance de données d'enquêtes bio comportementales dans les populations clés,
- la faiblesse dans l'analyse des données collectées au niveau régional ;
- l'ancienneté de l'EDS pour le VIH qui date de 2011,
- l'insuffisance de la planification et de RH qualifiées, les supervisions sont irrégulières et de qualité moyenne, l'insuffisance d'évaluations des interventions et stratégies nationales mises en place.

### **Principales interventions envisagées**

Outre le système national d'information sanitaire, le programme VIH dispose d'une section planification et suivi-évaluation avec des démembrements dans chacune des 10 régions du pays. Le CNLS dispose aussi, au niveau des FOSA, des agents chargés du remplissage des registres pour assurer la collecte de l'information. Le circuit de remontée des données communautaires est différent. En général, la collecte des données se fait au moyen des NTIC par une voie informelle.

- Au cours de l'année 2014, les registres SMNI/PTME/PECP, TARV, pré-TARV et de dispensation des ARV ont été disséminés dans l'ensemble des formations sanitaires des 10 régions, avec l'appui de PEPFAR. De même, le personnel cible a été formé à leur utilisation. Avec l'appui de PEPFAR via l'OMS, les registres destinés

- à la prise en charge globale du VIH et à la dispensation sont en cours de révision actuellement pour répondre aux nouvelles directives nationales, mais ne seront pas produits en quantité suffisante pour toutes les FOSA du pays particulièrement en 2017.
- Le programme VIH produit périodiquement un plan de suivi-évaluation, des rapports annuels d'activités, des évaluations et enquêtes biocomportementales sur les groupes cibles, des réunions de validations des données régionales et nationales, des supervisions et des audits périodique de la qualité des données. Une enquête biocomportementale concernant les HSH, PS et les camionneurs sera réalisée en fin 2015 sous financement PEPFAR.
  
  - Avec l'appui d'Expertise France au VIH, le logiciel ESOPE pour le suivi clinique des patients dans les FOSA, a été mis en place dans 13 CTA. Ce même appui va permettre de passer à 23 CTA d'ici Juin 2015. Par ailleurs, le logiciel VINDATA mis en place dans 5 sites de PEC, avec l'appui de FEI, pour la gestion des ARV et intrants VIH en 2014, pourra être installé dans 25 sites de PEC pendant la période de subvention.
  
  - Les indicateurs VIH sont pris en compte dans le logiciel DHIS2. Le pays a bénéficié de l'assistance technique de l'Université de Dar-ES SALLAM et de l'appui financier du PEPFAR. A ce jour les données sont saisies de façon régulière par 05 régions sur 10. Il permet déjà de résoudre partiellement en temps réels les problèmes de stockage, d'évaluation de la complétude et de la promptitude et certaines autres analyses. Le processus DHIS amorcé a vu la formation des acteurs de la cellule d'information sanitaire du Ministère de la Santé Publique qui s'en est appropriée. La base de données DHIS Cameroun est accessible à travers le site: [www.dhiscam.org](http://www.dhiscam.org). Le District Health Information Software (DHIS) déjà disponible au niveau régional est en cours de développement dans certains DS dans le cadre d'une phase pilote. Le programme VIH est dans le processus d'extension du DHIS avec l'appui de PEPFAR dans 181 DS.
  
  - En outre, les bases de données de suivi clinique et de gestion des ARV (VINDATA et ESOPE) seront complémentaires au DHIS, qui peut les importer au niveau du district. En effet, la base VINDATA pourra permettre le suivi des données primaires

sur les traitements et le suivi biologique des patients dans les FOSA et la base DHIS, toutes les données de prise en charge y compris celles de la PTME.

- Avec l'appui technique et financier de l'USAID, de la Banque Mondiale, de l'ONUSIDA et d'autres partenaires un plan de recherche est en cours de mise en œuvre afin de réduire le gap de données de surveillance ou d'évaluations sur les populations clés (Cartographies opérationnelles, Etudes IBBS, etc...).
- Par ailleurs, vues les préoccupations observées dans la qualité des données de PTME, avec l'appui de ICAP, le pays a développé un outil informatique IDAT (Integrated Data Agregation Tool) qui est une plateforme de saisie et d'analyse automatique des données PTME/SMNI des FOSA au niveau des Districts de santé utilisant Excel. Il s'agit d'une solution transitoire fonctionnelle depuis 2014 avant la mise en place progressive du DHIS (District Health Information Software) dispositif déjà éprouvé dans différents pays et pouvant renforcer tout le SNIS. En effet, c'est un entrepôt de données hautement flexible, capable de prendre en compte les données de routine des différents programmes (VIH/SIDA, PTME, TB, Paludisme, PEV, administratives etc...).
- En ce qui concerne le suivi évaluation des interventions communautaires, la diversité des interventions et intervenants en direction des Populations clés pose un besoin d'harmonisation au niveau national des outils de collecte et traitement des données communautaires. Aussi, le développement et l'utilisation des outils de liaison et d'encrage entre le système communautaire et le système de santé (ticket d'orientation, registres,) seront renforcés. L'organisation des supervisions conjointes (MINSANTE-OSC) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont des activités qui pourraient améliorer la collaboration entre les systèmes de santé et celui communautaire. Aussi, l'élaboration d'un indicateur sur la capitalisation de l'apport des interventions communautaires à l'amélioration à l'accès aux services de santé des Populations à risques dans les Formations Sanitaires permettra de faire une évaluation de la complémentarité SC-SS et développer des actions correctives. Dans le cadre de la finalisation du plan de suivi évaluation national, la prise en compte de plan de recherche et des indicateurs en matière d'intervention auprès des populations clés (PS, HSH et CM) développer lors de l'élaboration du PMA est essentielle.

## PRINCIPAUX DEFIS ET SOLUTIONS

### **V.I INSUFFISANCE D'ETUDES POUR LE SUIVI DE L'EPIDEMIE, Y COMPRIS DANS LES GROUPES SPECIFIQUES (HSH, TS ET LEURS PARTENAIRES...)**

L'un des défis majeurs de la lutte contre le VIH et le Sida est de maîtriser l'avancée de l'épidémie et inverser la tendance dans la population générale et dans les groupes spécifiques. Malheureusement, la mise en œuvre des activités pour y parvenir se heurte à l'absence ou à l'insuffisance d'informations nécessaires pour optimiser les interventions. Les études permettant de suivre l'évolution de l'épidémie dans la population générale et dans les groupes spécifiques sont en nombre insuffisant. Pour pallier à ces manquements, on fait constamment recours à des estimations et projections basées sur des modèles mathématiques. L'application du modèle MoT proposé par l'ONUSIDA avec l'appui de la Banque Mondiale permet d'avoir une idée sur la dynamique de l'épidémie de manière générale et dans les groupes spécifiques. Ce modèle a permis de démontrer que le plus grand nombre de nouvelles infections à VIH au Cameroun est enregistré dans les couples hétérosexuels "stables" et chez la clientèle des professionnels (le)s de sexe. Ces informations vont contribuer à une réadaptation des stratégies nationales de prévention et à l'identification des domaines prioritaires d'intervention dans le cadre de la réponse à l'infection à VIH. Par ailleurs, le logiciel EPP SPECTRUM est constamment mis à contribution pour les estimations ou les projections des indicateurs permettant de suivre la dynamique de l'épidémie et son impact sur les populations.

Cependant, pour que les estimations et projections produites par ces logiciels soient de bonne qualité, il est important que des études produisant les paramètres d'entrée de ces logiciels soient réalisées régulièrement. Dans cet ordre d'idée, l'estimation de la taille de certaines populations à risque tels que les HSH, les travailleurs/travailleuses du sexe et les utilisateurs de drogues injectables sont indispensables.

### **V.II FAIBLE APPROPRIATION DES COMITES SECTORIELS DE LUTTE CONTRE LE SIDA**

Les institutions publiques et privées disposent de Comités sectoriels de lutte contre le VIH/Sida. Ces organes ont pour mission d'impulser les interventions sectorielles de

prévention et de prise en charge en direction des personnels de ces structures, et des cibles dont ces secteurs ont la charge.

Certains Comités sectoriels sont fonctionnels et produisent les données. La non-fonctionnalité des autres est notamment liée à la mobilité des responsables et des membres, au changement ou à la séparation des ministères, à l'insuffisance des capacités de planification, de mobilisation des ressources et de suivi.

Il importe de procéder au renforcement des capacités de ces comités (publics et privés), notamment en Micro planification et Suivi et Evaluation.

### **V.III AUTRES**

- ▲ Insuffisance de la mise en œuvre de la stratégie portant sur la mobilisation communautaire, notamment, en ce qui concerne l'implication effective des collectivités territoriales décentralisées (CTD) et des jeunes.
- ▲ Insuffisance de ressources (humaines, financières, et techniques) pour la mise en œuvre des stratégies de lutte contre le Sida.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- CNLS – DLMEP : Profil des Estimations et projections en matière de VIH/sida au Cameroun, 2015
- 2- CNLS : Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA 2011-2015
- 3- CNLS : Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA 2014-2017
- 4- CNLS : Rapport annuel CNLS 2011, 2012, 2013, 2014
- 5- CNLS : Rapport de Progrès PTME CNLS N° 5, N° 6, N° 7
- 6- MINSANTE /CHP : Cartographie des Travailleurs du Sexe, 2008
- 7- MINSANTE-INS : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (Rapport final)
- 8- Rapport final de l'étude de l'index de stigmatisation /discrimination des PVVIH au Cameroun
- 9- Programme de Prévention du VIH/SIDA, Rapport Final : Etude Intégrée de Surveillance Comportementale et Biologique chez les Hommes Ayant des Rapports sexuels avec les Hommes au Cameroun, PEPFAR/USAID/CNLS/CARE /ACMS, Mai 2012.
- 10- HIV/AIDS Prevention Program (HAPP), Second Annual Report To USAID FY 12.



## EQUIPE DE REDACTION DU RAPPORT

### COORDINATION DE LA REDACTION DU RAPPORT

<b>N°</b>	<b>Noms Prénoms</b>	<b>Titre/Structure</b>
1	Dr Jean Bosco ELAT NFETAM	Secrétaire Permanent du CNLS
2	Dr Amadou Moctar MBAYE	Coordonnateur Pays ONUSIDA
3	Dr IBILE ABESSOUGUIE	Secrétaire Permanent Adjoint du CNLS

### GROUPE DE REDACTION

<b>N°</b>	<b>Prénoms Noms</b>	<b>Titre/Structure</b>
1	Mlle Arlette MESSEH LIENOU	GTC/CNLS
2	Dr Serge BILLONG	GTC/CNLS
3	Dr Gatien K. EKANMIAN	ONUSIDA
4	M. FODJO TOUKAM Raoul	GTC/CNLS
4	M. Thomas TCHETMI	ONUSIDA

## ANNEXES

### Tableau des quelques indicateurs en ligne

N°	INDICATEURS GARP Nom de l'indicateur	VALEUR			Source / année
		Hommes	Femmes	Ensemble	
1.	Pourcentage (%) des personnes interrogées qui ont répondu correctement à "Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?"	81.4	77.3	79.22	EDS-MICS4 (2011)
2.	Pourcentage (%) Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement à "Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?"	75.1	67.7	71.14	EDS-MICS4 (2011)
3.	Pourcentage (%) d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	29.0	6	12.88	EDS-MICS4 (2011)
4.	Pourcentage (%) d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	43	37.3	41.11	EDS-MICS4 (2011)
5.	Pourcentage (%) de jeunes femmes et jeunes hommes de 15-24 ans infectés par le VIH	0.5	2.7	1.7	EDS-MICS4 (2011)
6.	Pourcentage (%) de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH			5	Rapport préliminaire Surveillance (2012)
7.	Pourcentage (%) Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant répondu « oui » à "Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?"			67.6	Rapport Etude chez TS (2009)
8.	Pourcentage (%) de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client			82.4	HIV Prevention for populations at Risk in Cameroon Final report (2014)
9.	Pourcentage (%) de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat			73,8	HIV Prevention for populations at Risk in Cameroon Final report (2014)
10.	Pourcentage (%) de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH			36,8	Rapport Etude chez TS (2009)
11.	Pourcentage de HSH ayant répondu "oui" aux deux questions			86,4	HIV Prevention for populations at Risk in Cameroon Final report (2014)
12.	Pourcentage de HSH ayant répondu "oui" à la question "savez-vous où aller pour se faire dépister PROXI " avez-vous déjà fait votre test du dépistage du VIH"	81.6	76.2	88.2	Enquete IBBS chez HSH (2011)

N°	INDICATEURS GARP Nom de l'indicateur	VALEUR			Source / année
		Hommes	Femmes	Ensemble	
13.	Pourcentage (%) Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme			77,9	HIV Prevention for populations at Risk in Cameroon Final report (2014)
14.	Pourcentage (%) d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat			82,5	HIV Prevention for populations at Risk in Cameroon Final report (2014)
15.	Pourcentage de HSH vivant avec le VIH	37.2		37.2	Enquete IBBS chez HSH (2011)
16.	Pourcentage (%) de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant			62	Numérateur issu des registres SMNI/PTME uniquement (2014)
17.	Pourcentage (%) de nourrissons ayant subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie			31%	Rapport Annuel 2014 (CNLS) et rapport projections EPP
18.	Pourcentage de femmes enceintes qui ont été testés pour le VIH et ont reçu leurs résultats - pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement, et pendant la période post-partum ( $\leq$ 72 heures), y compris ceux dont le statut VIH précédemment connu			58%	Rapport Annuel 2014 (CNLS) et rapport projections EPP
19.	Pourcentage (%) de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évalué selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4)			20%	Rapport Annuel 2014 (CNLS) et rapport projections EPP
20.	3.7 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) UA			34,4%	Rapport Annuel 2014 (CNLS) et rapport projections EPP
21.	Pourcentage de nourrisson nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole dans les deux mois suivant la naissance			62,7	Rapport Annuel 2013 (CNLS) et rapport projections EPP
22.	Pourcentage (%) d'adultes et d'enfants éligibles, qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral			28,03%	Rapport Annuel 2014 (CNLS) et rapport projections EPP
23.	Pourcentage (%) d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celle-ci.			60,4%	Enquete rétention 2014 (CNLS)
24.	Nombre de Formations sanitaires offrant le traitement antirétroviral (ARV) (c.-à-d. prescription et/ou suivi clinique)	Total		164	Rapport Annuel 2014 (CNLS)
25.		public		116	Rapport Annuel 2013 (CNLS)

	INDICATEURS GARP	VALEUR			
N°	Nom de l'indicateur	Hommes	Femmes	Ensemble	Source / année
26.		private		38	Rapport Annuel 2014 (CNLS)
27.		non spécifié		10	Rapport Annuel 2014 (CNLS)
28.	Pourcentage (%) de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH			42,9	Rapport Annuel 2013 (CNLS)
29.	Pourcentage d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits pour des soins de l'infection à VIH et chez qui un traitement préventif par l'isoniazide (TPI) a été mis en route			3.8	Rapport Annuel 2011 (CNLS)