

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

PAIX - TRAVAIL 6 PATRIE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

CABINET DU MINISTRE

SECRETARIAT TECHNIQUE DU BENEFICIAIRE
PRINCIPAL DU FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE
LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

GROUPE TECHNIQUE CENTRAL

SECRETARIAT PERMANENT



REPUBLIC OF CAMEROON

PEACE - WORK 6 FATHERLAND

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

MINISTER'S OFFICE

TECHNICAL SECRETARIAT OF PRINCIPAL
RECIPIENT OF THE GLOBAL FUND TO FIGHT
AGAINST AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA

NATIONAL AIDS CONTROL COMMITTEE

CENTRAL TECHNICAL GROUP

PERMANENT SECRETARIAT

ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST AU CAMEROUN RAPPORT ANNUEL 2015



MARS 2016

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
INTRODUCTION	10
I. REDUCTION DE L'INCIDENCE DU VIH ET DES AUTRES IST	11
I.1. Renforcement de la Communication pour le Changement de	11
I.2 Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité aux préservatifs et	12
I.3 Renforcement des liens entre le VIH et la Santé Sexuelle et Reproductive	14
I.4 Renforcement de la Sécurité Transfusionnelle	15
I.5 Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) en vue	16
a. Couverture géographique en services PTME	16
b. Renforcement des actions communautaires en faveur de	17
c. Mise à disposition des intrants et équipements de laboratoire	21
d. Le renforcement des capacités des prestataires en	21
e. Offre des services PTME aux femmes enceintes	22
f. Offre des services PTME pour les enfants exposés	28
I.6 Conseil et dépistage dans la population générale	32
II. Améliorer la qualité de vie des PVVIH grâce à une meilleure	38
II.1. Extension géographique des services de PECG du VIH	38
II.2. Amélioration de la qualité des services de PECG du VIH	38
II.3. Renforcement de l'offre des ARV aux PVVIH	39
II.4. Suivi biologique des PVVIH	43
II.5. Prise en charge psychosociale et communautaire des PVVIH	43
II.6. Les patients Co-infectés VIH/TB et diagnostiqués sont pris en	43
II.7. Prévention et prise en charge d'autres comorbidités associées	45
III. Réduire l'impact socio-économique de la maladie sur les	46
III.1. Réduction de la stigmatisation et de la discrimination liée au	47
IV. Amélioration de l'utilisation des données programmatiques et	49
IV.1. Renforcement du fonctionnement du GTSE	49
IV.2. Renforcement de la surveillance épidémiologique et des	49

RAPPORT ANNUEL CNLS 2015

IV.3 Renforcement de la supervision et du contrôle de la qualité des	49
IV.4. Amélioration du stockage et de l'accès aux	50
IV.5. Promotion de la recherche dans le domaine du VIH.....	50
V. Renforcer la coordination, la mobilisation des ressources et la	53
V.1. Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des	53
V.2. Mobilisation des ressources	65

LISTE DES ABREVIATIONS

ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
ACSTF	Activités Communes Synergiques Transfrontalières
AFASO	Association des Femmes Actives et Solidaires
AFVIPO	Association Féminine Vision Positive
ARC	Agent de Relais Communautaire
ARIPIA	Association pour la Réinsertion et l'implication des Personnes Infectées et Affectées par le VIH/SIDA
ARV	Antirétroviraux
BIT	Bureau International du Travail
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare
CAS-Cameroun	Coup d'Arrêt Sida
CBCHS	Cameroon Baptist Convention Health Services
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CD4	Cellule Différenciée de type 4
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
CHAI	Clinton Health Access Initiative
CHAMP	Continuum of Prevention, Care and treatment of HIV/AIDS with Most At-risk Populations in Cameroon
CHIMMISSIONS	Mission du Conseil International des Héritiers
CIRCB	Centre International de Référence Chantal BIYA pour la recherche sur la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA
CMPJ	Centre Multifonctionnel de Promotion des Jeunes
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
Copct	Continuum of prevention care and treatment
CPN	Consultation Prénatale
CPN1	Première Consultation Prénatale
CPN4	Quatrième Consultation Prénatale
CRS	Catholic Relief Services
CRV	
CTA	Centre de Traitement Agréé
DBS	Dry Blood Spot
DESSAF	Développement Environnement et Santé Sans Frontières
DHIS	District Health Information System

RAPPORT ANNUEL CNLS 2015

DPML	Direction de la Pharmacie du Médicament et Laboratoire
DSF	Direction de la Santé Familiale
DROS	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPP	Estimations et Projections Pays
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseaux
e-TME	Elimination virtuelle de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
EVICAM	Espoir et Vie Cameroun
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FEC	Femme enceinte
FENASCO	Fédération Nationale des Sports Scolaires
FIS	For Impacts in Social Health
FOSA	Formation Sanitaire
GAS	Gestion des Approvisionnement et des Stocks
GTC	Groupe Technique Central
GTR	Groupe Technique Régional
GTSE	Groupe Technique Suivi et Evaluation
GV	Global Viral
HIVDR	HIV Drug Résistance
ICAP	Indicateur d'Alerte Précoce des résistances du VIH aux ARV
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MINADER	Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MINDEF	Ministère de la Défense
MINFOF	Ministère des Forêts et de la Faune
MINEFOP	Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
MINEPIA	Ministère de l'Elevage des Pêches et des Industries Animales
MINJEC	Ministère de la Jeunesse et de l'Éducation Civique
MINESEC	Ministère des Enseignements Secondaires
MINESUP	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MINJUSTICE	Ministère de la Justice
MINRESI	Ministère de Recherche Scientifique et de l'Innovation
MINREX	Ministère des Relations Extérieures
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MINTSS	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
MSH	Management Sciences for Health
MSM	Men having Sex with Men
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication

RAPPORT ANNUEL CNLS 2015

OBC	Organisation à Base Communautaire
OCEAC	Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies en Afrique Centrale
OEV	Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	Organisation de la Société Civile
PCR	Polymérase Chain Réaction
PEC	Prise en charge
PECG	Prise en charge Globale
PECP	Prise en Charge Pédiatrique
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PF	Planification Familiale
PMLS	Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNDP	Programme National de Développement Participatif
PPER	Populations les Plus Exposées au Risque
PPSAC	Le Projet de Prévention du Sida en Afrique Centrale
Pré-TARV	Pré-Traitement Antirétroviral
PSN	Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida et les IST
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RECAP+	Réseau Camerounais des Personnes Vivant avec le VIH
RMIA	Région Militaire Interarmée
RSM	Région de Santé Militaire
SBC	Stratégie à Base Communautaire
SIAPS	Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services
SIDA	Syndrome d'Immuno-déficience Acquise
SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
SOSUCAM	Société Sucrière du Cameroun
SP	Secrétaire permanent
SPA	Secrétaire Permanent Adjoint
SPE	Superviseur des Pairs Educateurs
SR	Santé de Reproduction
SRA	Santé de Reproduction des Adolescents
SSR	Santé Sexuelle et Reproduction
TARV	Traitement Anti Rétroviral

RAPPORT ANNUEL CNLS 2015

TB	Tuberculose
TS	Travailleurs de Sexe
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPEC	Unité de Prise en charge
USAID	United State Agency for International Development
VAD	Visites à Domiciles
VC	Volontaire Communautaire
VCT	Voluntary Counseling and Testing
VIH	Virus d'Immuno-déficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Situation de la distribution des préservatifs en 2015 par le secteur public et certaines ONG	13
Tableau 2: Répartition de la distribution des préservatifs et des gels/lubrifiants aux PPER.....	13
Tableau 3: Répartition des poches de sang collectées et dépistées par région.....	15
Tableau 4: Activités de mobilisation par les radios communautaire par région	19
Tableau 5: Activités de mobilisation par les volontaires communautaires dans les régions	19
Tableau 6: Répartition du nombre de personnes touchées par les volontaires communautaires selon le type d'invention par région	20
Tableau 7: Résultats obtenus des orientations des femmes enceintes en CPN1	21
Tableau 8: Taux d'accroissement de la fréquentation de la CPN1 de 2014 à 2015 par région	23
Tableau 9: Cascade dépistage-retrait des résultats du VIH chez les femmes enceintes.....	24
Tableau 10: Couverture nationale en prophylaxie au cotrimoxazole des femmes enceintes en 2015	27
Tableau 11: Couverture nationale en ARV des femmes enceintes en 2015.....	28
Tableau 12: Couverture nationale en ARV prophylactique des enfants exposés en 2015.....	29
Tableau 13: Couverture nationale en prophylaxie au cotrimoxazole des enfants exposés en 2015	30
Tableau 14: Conseil dépistage dans la population générale	33
Tableau 15: Données du VCT@WORK 2015.....	35
Tableau 16: Statistiques des CDV au sein des FOSA militaires	36
Tableau 17: Linkage to care en interne	37
Tableau 18: Répartition de la file active par sexe et grand groupe d'âge par région en 2015	42
Tableau 19: Répartition des nouveaux PVVIH éligibles enrôlés au traitement ARV par grands groupes d'âge et par région en 2015.....	42
Tableau 20: Répartition par région de la proportion des patients co-infectés TB/VIH mis sous prophylaxie au cotrimoxazole et sous ARV (cohorte 2104)	44
Tableau 21: Répartition des activités de soutien aux OEV par région.....	47
Tableau 22: Répartition des activités de formation du personnel des FOSA militaires.....	54
Tableau 23: Activités de lutte contre le VIH au MINESEC	55
Tableau 24: Activités menées dans le cadre du projet coup d'arrêt Sida-Cameroun.....	61

RAPPORT ANNUEL CNLS 2015

Tableau 25: Activités de dépistage et PEC des IST/VIH dans le cadre des activités communes et synergiques transfrontalières.....	63
Tableau 26: Affectation des fonds mobilisés en 2015	66
Tableau 27: Répartition des fonds attendus en 2016	66
Tableau 28: Affectation des fonds attendus en 2016	67

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Evolution du nombre de préservatifs distribués au Cameroun de 2006 à 2015	14
Figure 2: Evolution du nombre de poches de sang collectées et testées et du taux de séropositivité de 2012 à 2015.....	16
Figure 3: Répartition des FOSA fonctionnelles, sites PTME, Option B+ et sites de prélèvement DBS par région.....	17
Figure 4: Profil des personnes touchées par les sensibilisations individuelles des volontaires communautaires parmi les groupes cibles du sous-projet.....	20
Figure 5: Evolution du taux de fréquentation de la CPN de 2009 à 2015	23
Figure 6: Taux de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes en 2015 par région.....	25
Figure 7: Evolution du taux de séropositivité du VIH chez les FEC de 2006 à 2015 au Cameroun	25
Figure 8: Taux de séroconversion des FEC par région en 2015.....	26
Figure 9: Taux de séropositivité par région des enfants exposés au VIH testés à 6-8 semaines par PCR en 2015	31
Figure 10: Cascade PTME 2015	32
Figure 11: Répartition des personnes dépistées par tranches d'âge à la campagne du sud du 27 Octobre au 5 Novembre 2015.....	34
Figure 12: Dépistage du VIH au sein des populations spécifiques.....	35
Figure 13: Evolution de la file active et du taux d'accroissement de la file active des personnes sous ARV de 2005 à 2015.....	40
Figure 14: Répartition du poids de la file active par région.....	41
Figure 15: Offre des bilans aux PVVIH de 2013 à 2015.....	43
Figure 16: Evolution des taux de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux et de mise sous cotrimoxazole et sous ARV des patients TB/VIH.....	44
Figure 17: Infections opportunistes diagnostiquées de 2013 à 2015	45

INTRODUCTION

Mettre fin à l'épidémie du sida d'ici à 2030, est un objectif mondial auquel le Gouvernement Camerounais adhère. Malgré le contexte de pandémie, les efforts consentis dans la lutte contre ce fléau depuis plusieurs années, contribuent à une inversion de la tendance de cette épidémie. En effet la prévalence est passée de 5,5% à 4,3% chez les personnes âgées de 15 à 49 ans selon les données de l'EDS 2011.

Le plan stratégique national de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (PSN) 2014-2017 [2], qui est à sa deuxième année de mise en œuvre, vise la réduction de la morbidité et la mortalité liées au VIH/ Sida et autres IST ainsi que l'impact socio-économique sur le développement du pays. L'atteinte de ces objectifs passe par des efforts de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida à travers une appropriation effective de celle-ci et une coordination efficace et efficiente.

L'année 2015 étant à sa fin, il était impératif de dresser un bilan des activités menées par tous les acteurs impliqués dans la lutte contre la pandémie au Cameroun. Il s'agissait aussi d'effectuer une revue des résultats de processus au regard du plan opérationnel afin de dégager les limites dans la mise en œuvre des différentes activités planifiées.

Le présent rapport rend compte de la mise en œuvre de la lutte contre le VIH au Cameroun suivant les principaux effets attendus du plan stratégique 2014-2017 [2].

I. REDUCTION DE L'INCIDENCE DU VIH ET DES AUTRES IST

I.1. Renforcement de la Communication pour le Changement de Comportements (CCC)

Afin de réduire l'incidence du VIH et des autres IST la communication pour le changement de comportements en matière de prévention du VIH/Sida et des autres IST constituent une mesure de grand impact dans la capacitation des populations de toutes catégories. Cette communication se fait à travers de multiples canaux notamment les mass media, la communication interpersonnelle, et l'utilisation des Technologies de l'Information et la Communication (TIC). CAMNAFAW, CARE, ACMS et de nombreuses OBC et OSC excellent dans le domaine de la communication avec l'appui des GTR.

a. Dans la population générale

Les rassemblements de masse à l'occasion des événements spéciaux (Vacances sans sida, Semaine camerounaise et Journée Mondiale de lutte contre le Sida, jeux universitaires, Journée Internationale de la Femme, course de l'espoir...) ont permis de sensibiliser des millions de personnes. A titre d'exemple lors des journées internationales de la femme et journée de la femme rurale, environ 1 200 000 femmes ont été sensibilisées sur la promotion du dépistage volontaire et l'utilisation correcte et systématique des préservatifs lors des rapports sexuels à risque.

Ces activités de CCC ont été menées par les pairs éducateurs formés en la matière, à travers des causeries éducatives et des entretiens individuels avec distribution de préservatifs et matériels de sensibilisation. A l'ère de l'expansion de l'utilisation des NTIC, divers réseaux sociaux (Facebook, Twitter, Yahoo etc) ont été mis à contribution.

b. Chez les jeunes et adolescents

Au cours de l'année 2015, près de 2,5 millions jeunes ont été mobilisés et sensibilisés sur la promotion du dépistage volontaire et l'utilisation correcte et systématique des préservatifs.

c. Chez les populations les plus exposés au risque (MSM, TS et leurs clients, camionneurs etc)

Au cours de l'année 2015, les activités de prévention du VIH en direction des populations les plus exposées au risque se sont poursuivies.

CARE à travers le projet Continuum of Prevention, Care And Treatment (Copct) Of HIV/AIDS with Most At-Risk Populations (CHAMP) a organisé des activités de CCC en faveur des MARPS (communications interpersonnelles, causeries éducatives et groupes de parole) au cours desquels 15 098 personnes au total ont été touchées et réparties ainsi qu'il

suit : 10 579 TS, 1 391 clients de TS et 4 519 MSM. Ces activités ont été menées dans les « drop-in centers » et les « hot spots » dans certains districts de santé des villes de Yaoundé, Douala, Bamenda, Bertoua et de Kribi.

ACMS en collaboration avec le Ministère de la Défense à travers le projet Coup d'arrêt sida-Cameroun a mené des activités de CCC touchant 34 098 hommes en tenues et 51 534 civils. Ces activités ont été menées au sein et au tour des casernes militaires des régions interarmées I, II et III.

CAMNAFAW à travers ses activités de sensibilisation communautaire a touché : 5 396 MSM, 13 421 TS et 30 678 camionneurs.

Horizons femmes a également mené des activités de CCC (causeries individuelles et causeries de groupes) en direction des TS, touchant ainsi 3 963 TS.

I.2 Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité aux préservatifs et promotion de leur utilisation correcte

Dans le cadre des activités de lutte contre le VIH et le sida couplées à l'accompagnement du changement du comportement des personnes face au risque de contamination par le VIH, le programme fait la promotion du dépistage volontaire et de l'usage correcte du préservatif à travers la mise à disposition et la distribution de ce moyen de protection

a. Mise à disposition des préservatifs

L'UNFPA est le donateur principal de préservatifs masculins et féminins au CNLS. En 2015, le CNLS a reçu de ce partenaire 1 101 600 préservatifs masculins et 28 000 préservatifs féminins.

Dans le cadre des campagnes mobiles de dépistage du VIH organisées par le CNLS aux niveaux central et régional, la distribution systématique des préservatifs est effectuée au retrait du résultat. Le CNLS à travers les dotations gratuites, appuie également les organisations de la société civile (OSC) qui mènent les activités de prévention et de sensibilisation au VIH. A cet effet, 30 OSC de la ville de Yaoundé ont reçu une dotation en préservatif par le GTC/CNLS en 2015.

La situation de la distribution des préservatifs au niveau national en 2015 ne prend pas en compte les données du secteur privé parce que non disponibles. Cependant un dispositif est en train d'être mis en place avec la collaboration de la Direction de la Pharmacie, des Médicaments et Laboratoires (DPML) et la Direction Générale des Douanes pour capter les quantités de préservatifs qui sont importées au Cameroun.

Le tableau ci-dessous récapitule la situation de distribution des préservatifs en 2015 par le secteur public et certaines ONG.

Tableau 1: Situation de la distribution des préservatifs en 2015 par le secteur public et certaines ONG

Structures impliquées	Condom Masculin	Condom Féminin	Gels/lubrifiants
CAMNAFAW	2 869 533	29 126	45 695
CBCHS	156 761	2 294	-
ACMS	23 737 496	1 180 083	-
CNLS	1 640 022	380 940	-
CENAME	4 317 481	225 634	-
CARE	471 000	472 000	329 000
Horizons femmes	100 587	42 995	50 350
Humanity First	12 561	11 085	10 317
Total	33 305 441	2 344 157	435 362

Chez les populations les plus exposées au risque

Au cours de l'année 2015, CAMNAFAW, CARE, Horizons femmes et Humanity First ont poursuivi leurs activités de distribution des préservatifs et des gels lubrifiants chez les populations les plus exposées au risque.

Le tableau ci-dessous résume les activités de distribution des préservatifs et des lubrifiants aux Populations les Plus Exposées au Risque (PPER)

Tableau 2: Répartition de la distribution des préservatifs et des gels/lubrifiants aux PPER.

Population	Préservatifs masculins	Préservatifs féminins	Total préservatifs	Gels / lubrifiants	Total gels / lubrifiants
MSM	28 412	12 549	296 676	56 012	56 012
TS	1 338 605	45 246	1 383 851	50 350	50 350
Camionneurs	1 237 417	0	1 237 417	-	-
Jeunes et adolescents	35 452	4 752	40 204	-	-
Autres populations vulnérables	87 080	20 658	107 738	-	-
Total	2 726 966	83 205	3 065 886	106 362	106 362

Globalement l'année 2015 a connu une régression de la distribution du préservatif au Cameroun par rapport à 2014. En effet le prestataire principal ACMS a connu des ruptures de stock au cours de l'année qui ont eu une incidence sur la disponibilité nationale. La figure N° 1 présente l'évolution de la distribution annuelle des préservatifs au cours des 10 dernières années

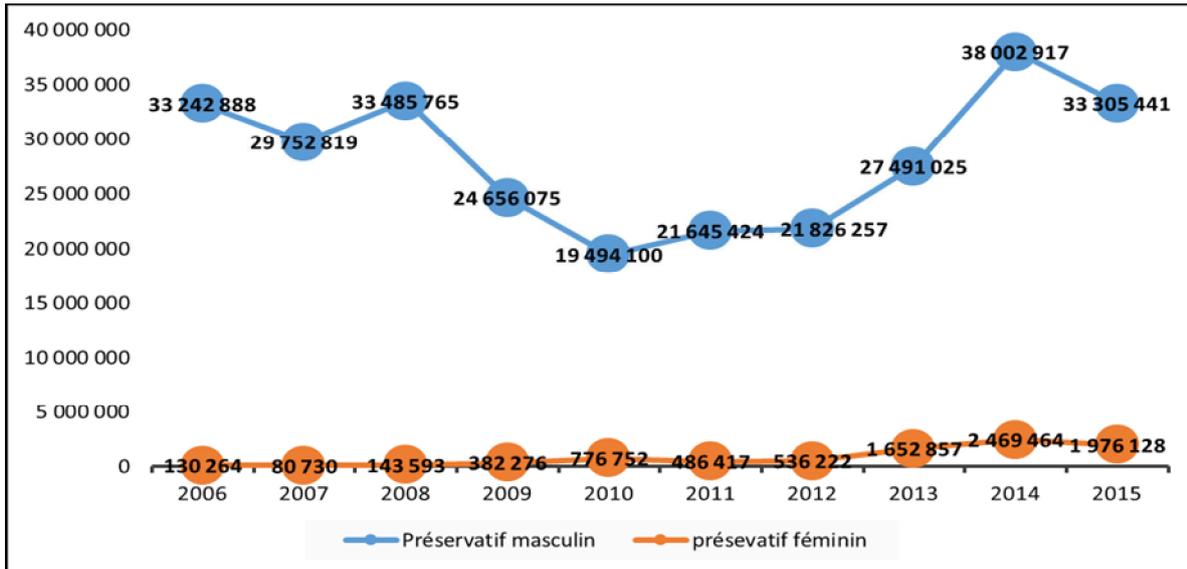


Figure 1: Evolution du nombre de préservatifs distribués au Cameroun de 2006 à 2015

I.3 Renforcement des liens entre le VIH et la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR)

La santé de la reproduction des adolescents et jeunes est l'une des composantes de santé de la reproduction retenue par le Cameroun pour réduire le taux de morbidité et mortalité lié aux IST/VIH/Sida, aux maternités précoces, aux grossesses non désirées, aux avortements, à la toxicomanie, aux pratiques culturelles néfastes et enfin à préparer les individus à une vie familiale harmonieuse et à une sexualité saine et responsable.

Les unités de SRA ont été ouvertes dans les hôpitaux pour permettre l'accès aux informations sur la contraception et aux contraceptifs afin de résoudre le problème de stigmatisation. Des campagnes de sensibilisation sont régulièrement organisées de concert avec les ministères en charge des adolescents et des jeunes, des formations continues du personnel de santé sont régulièrement effectuées afin de capaciter les soignants sur les approches de la contraception chez les adolescents et les jeunes. L'un des défis majeurs est de voir instaurer l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires.

Concernant les données de SR/PF/IST/VIH/SIDA, il est déploré la qualité des données relatives du fait de l'incomplétude et de l'incohérence de ces données dues à la diversité des outils de collecte et la multiplicité des indicateurs de santé de la Reproduction. Pour pallier à ces insuffisances, il faudrait harmoniser et simplifier les outils de collecte des données de santé de reproduction et renforcer les capacités des acteurs sur le terrain à son utilisation, appuyer l'introduction du DHIS 2 afin d'intégrer les indicateurs traceurs dans cet outil national.

I.4 Renforcement de la Sécurité Transfusionnelle

Le partenaire CDC à travers le financement PEPFAR a permis de continuer et à soutenir le programme national de transfusion sanguine au cours de l'année 2015. Dans le cadre de la sécurité transfusionnelle à travers le projet CNLS-CDC/PEPFAR, les activités suivantes ont été menées au cours de l'année 2015 :

- La production et la diffusion Le document de politique et le Guide national de transfusion sanguine ;
- L'organisation des réunions de présentation/diffusion des résultats de l'étude CAP sur le don de sang se sont tenues ainsi que la production et la distribution du rapport de l'enquête ;
- La production des cartes des donateurs bénévoles ;
- L'organisation d'une mission de supervision des activités de don de sang dans les banques de sang soutenues par le projet ;
- L'acquisition des réactifs, consommables pour les banques de sang ;
- L'acquisition de 02 véhicules pour les supervisions des activités de Transfusion Sanguine et de collectes mobiles du sang ;
- Le processus de contractualisation des associations pour appuyer les banques de sang dans la mobilisation en faveur du don de sang ;

Les 15 banques de sang soutenues par le projet ont bénéficié des fonds pour l'appui aux collectes mobiles de sang. Ce qui a permis de collecter un total de 89 412 poches de sang dont 3 122 étaient positives au VIH (3,5%) tel que le tableau ci-après illustre.

Tableau 3: Répartition des poches de sang collectées et dépistées par région

Région	Nombre de poches de sang testées au VIH	Nombre de poches de sang positives au VIH	Taux de séropositivité
Adamaoua	4817	236	4,90%
Centre	25663	1262	4,90%
Est	6088	375	6,20%
Extrême- Nord	8096	245	3,00%
Littoral	19908	460	2,30%
Nord	4908	93	1,90%
Nord-Ouest	10247	170	1,70%
Ouest	2119	58	2,70%
Sud	2826	70	2,50%
Sud-Ouest	4740	153	3,20%
	89412	3122	3,50%

Plus de la moitié de ces poches de sang (57,3%) ont été collectées pour les banques de sang de l'Hôpital Laquintinie et de l'Hôpital Central de Yaoundé.

La figure N° 2 montre une tendance à la hausse du nombre de poches de sang collectées et testées dans les 15 banques de sang soutenues par le projet.

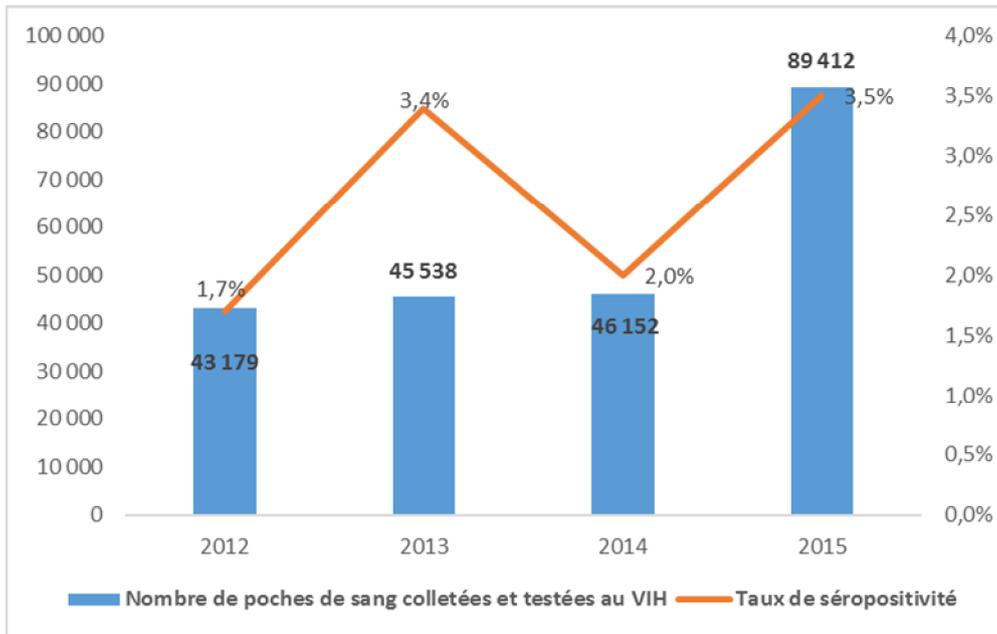


Figure 2: Evolution du nombre de poches de sang collectées et testées et du taux de séropositivité de 2012 à 2015

I.5 Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) en vue de l'élimination virtuelle de la TME (e-TME)

Le but visé par le plan stratégique 2014-2017 en matière de PTME est la réduction du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de 5% d'ici à 2017 [2]. Les stratégies préconisées pour l'atteinte de ce but sont, entre autres, la mise à disposition des intrants pour la PTME (intrants pour la PF, ARV, Cotrimoxazole, PCR), le renforcement des capacités des prestataires en PTME/SMNI, y compris les accoucheuses traditionnelles, le renforcement des actions communautaires en faveur de l'utilisation des services de Santé Maternelle et Infantile (SMI), le suivi du couple mère-enfant et l'amélioration du circuit de transport des échantillons de DBS.

a. Couverture géographique en services PTME

En 2015, le pays compte 190 Districts de Santé, 4035 formations sanitaires, 3 665 sites PTME et 1436 sites Option B+. Le nombre de sites PTME est passé de 3466 en 2014 à 3 665 soit une augmentation de 199 sites supplémentaires.

Parmi les 3 665 FOSA identifiées en 2015, 1 546 ont envoyé au moins un prélèvement DBS vers l'un des 03 laboratoires de référence (CIRCB, CDC, Laboratoire de référence de Bamenda). Ce chiffre bien qu'en augmentation en raison des efforts fournis par tous les

acteurs nationaux et internationaux intervenant dans la mise en œuvre des activités de PTME/PECP par rapport à 2014 (1 306 sites), représente une couverture des besoins de moins de 50% (42,2%).

Sur les 3 665 sites de PTME, il reste donc 2 119 sites qui n'offrent pas encore le diagnostic précoce soit un taux de couverture de 57,8%. Différentes raisons pourraient expliquer ce chiffre parmi lesquelles : la difficulté dans la mise en place du système de transport des échantillons et rendu des résultats, les ruptures de stock des kits et réactifs DBS et l'insuffisance de personnels formés. Les régions ayant le plus de sites de prélèvement DBS sont les régions du Centre, du Nord-ouest et du Sud-Ouest avec respectivement 653, 294, et 214 sites. Les régions les moins pourvues sont l'Adamaoua (28), l'extrême-Nord (30), le Nord (34) et le Sud (39).

La figure 3 présente la Répartition des FOSA fonctionnelles, sites PTME et sites de prélèvement DBS par région

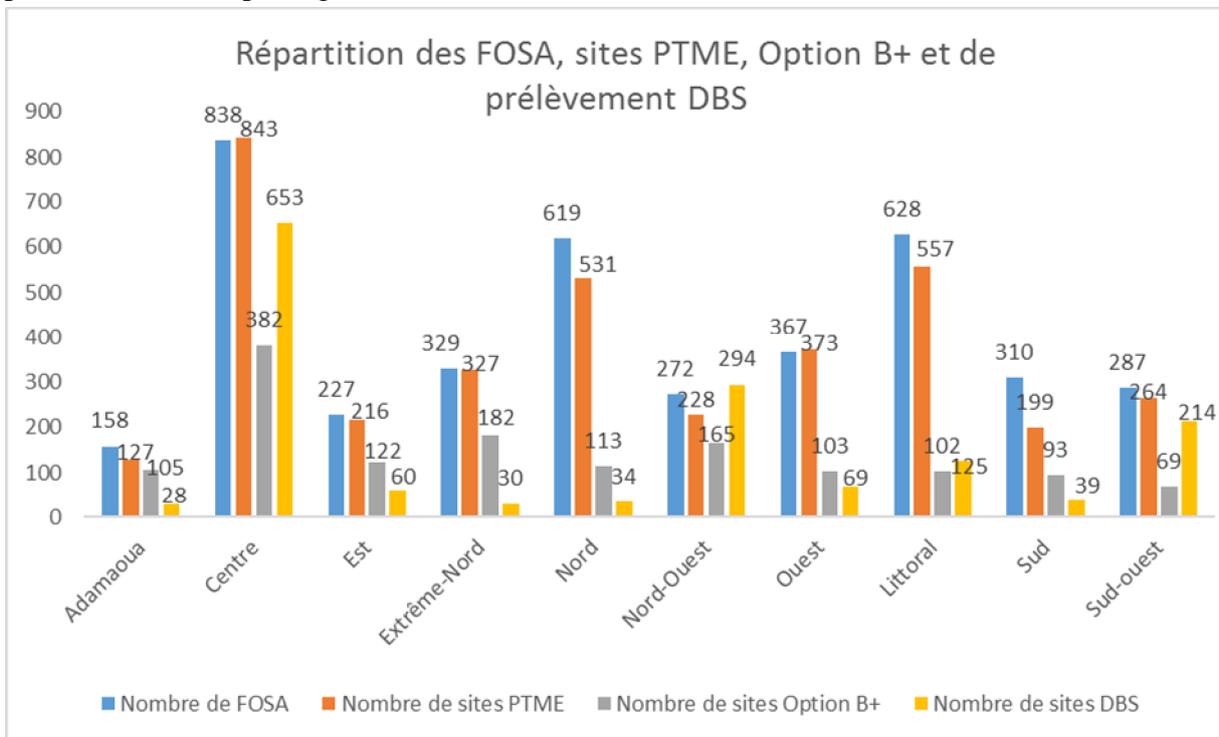


Figure 3: Répartition des FOSA fonctionnelles, sites PTME, Option B+ et sites de prélèvement DBS par région

b. Renforcement des actions communautaires en faveur de l'utilisation des services de Santé Maternelle et Infantile (SMI) et du suivi du couple mère-enfant

Le sous projet « *Mobilisation Communautaire pour la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH et Appui au Suivi des Personnes Infectées dans les CTA et UPEC à*

travers les Agents Relais Communautaires » mis en œuvre par CARE en tant que sous-bénéficiaire du CNLS, vise deux objectifs principaux à savoir :

- (i) réduire les nouvelles infections par le VIH chez les nouveaux nés à travers la prévention de la transmission verticale (Mère-Enfant)
- (ii) réduire la morbidité et la mortalité liée au VIH ainsi que l'impact socio-économique à travers le renforcement de la prise en charge globale des adultes et enfants infectés par le VIH.

La stratégie de mobilisation communautaire pour la PTME prévoyait le recours de 1000 volontaires communautaires, pour la mobilisation et la référence des femmes enceintes et celles en âge de procréer vers les sites PTME de 83 Districts de Santé dans 6 régions (Adamaoua, Nord, Extrême-Nord, Sud, Est et Ouest)

La stratégie de suivi des PVVIH prévoyait de recourir à 508 agents de relais communautaire (ARC) à poster dans les CTA/UPEC à travers les 10 régions du pays, pour assurer le suivi des PVVIH sous traitement.

Pour l'année 2015, seul le rapport trimestriel du T11 (jan-mar. 2015) du sous-projet susmentionné, a été transmis par CARE au GTC/CNLS. Les rapports de T12 ; T13 et T14 ne sont pas au 31 décembre, parvenus au GTC/CNLS. La récupération des rapports restant sur le terrain fera l'objet des activités du plan de clôture du sous-projet géré par le SR, CARE.

Les activités réalisées au cours du premier trimestre (jan-mar. 2015) l'ont été sur la base du plan d'action dudit trimestre à savoir :

- (i) élaboration du plan d'action trimestriel dont les principales activités sont :
- (ii) paiements des arriérés dus aux prestataires ;
- (iii) mobilisation et sensibilisation par les radios communautaires ;
- (iv) évaluation des activités des radios communautaires ;
- (v) production des états de paiements des ARC et VC ;
- (vi) évaluation des activités des radios communautaires ;
- (vii) suivi de la mobilisation communautaire par les VC au sein des communautés ;
- (viii) suivi de l'appui des ARC aux PVVIH sous traitement dans les CTA/UPEC ;
- (ix) missions de supervision formative de CARE dans les sites du sous-projet ;

Les principaux résultats obtenus suite aux activités réalisées au cours du premier trimestre 2015 sont les suivants :

(i) Mobilisation par les radios communautaires

Tableau 4: Activités de mobilisation par les radios communautaire par région

Régions concernées	Nbre de radios ayant produit leurs rapports d'activités pour la période	Nbre de spots produits	Nbre de diffusions	Nbre d'émissions produites	Nbre d'émissions diffusées	Nbre d'événements spéciaux
Centre	1	12	96	12	9	1
Sud,Est	1	36	1311	9	96	5
Littoral						
Ouest	3	15	842	6	191	9
Nord-Ouest						
Sud-Ouest						
Adamaoua	3	33	1257	19	72	4
Nord	3	41	2996	41	161	10
Extrême-Nord	1	12	72	6	202	4
TOTAL	12	149	6574	93	740	33

Tous les rapports des radios dans les régions du Littoral, Ouest, Nord-Ouest, Sud-Ouest ont été transmis en dehors de la radio Le Noun.

(ii) Mobilisation par les volontaires communautaires

Pour la période jan-mar. 2015, 1239 rapports des VC ont été collectés et traités avec un taux de complétude de 76,19% comme le montre le tableau ci-dessous. Il ressort de l'analyse des rapports que les VC ont touché et sensibilisé 130 976 personnes au cours de la période avec un taux de réalisation de 54,23%.

Tableau 5: Activités de mobilisation par les volontaires communautaires dans les régions

Région	Nbre de rapports des VC collectés et traités	Taux de complétude des rapports des VC	Nbre de personnes touchées par les VC	Taux de réalisation de séances de sensibilisation par VC
Adamaoua	131	89,11%	13518	49,27%
Nord	298	78,83%	27359	61,45%
Extrême Nord	331	69,83%	35142	39,69%
Centre	N/A			
Sud	72	64,86%	10532	74,50%
Est	49	46,66%	2384	18,26% (due à la forte démobilisation des VC)
Littoral	N/A			
Ouest	330	80,29%	42041	78,11%
Nord-Ouest	N/A			
Sud-Ouest	N/A			
TOTAL	1239	76,19%	130976	54,23%

Au regard de leurs termes de référence, les VC étaient censés toucher des personnes au travers des activités de sensibilisation, de séances de causeries éducatives et faire des plaidoyers auprès des leaders communautaires et d'opinions.

Tableau 6: Répartition du nombre de personnes touchées par les volontaires communautaires selon le type d'invention par région

Région	Sensibilisations individuelles	Causeries éducatives	Sessions de plaidoyers	Toutes activités de sensibilisation confondues
Adamaoua	7 671	5 649	198	7671
Extrême Nord	19 498	14 270	1 374	19 498
Nord	15 510	11 081	768	15 510
Ouest	19 081	22 702	258	42 041
Est	1 144	1 238	2	2 384
Sud	4 789	5 595	148	10 532
TOTAL	67 693	60 535	2 748	97 636

L'analyse du profil des personnes touchées par les sensibilisations individuelles des VC parmi les groupes cibles du sous-projet se présente comme suit. :

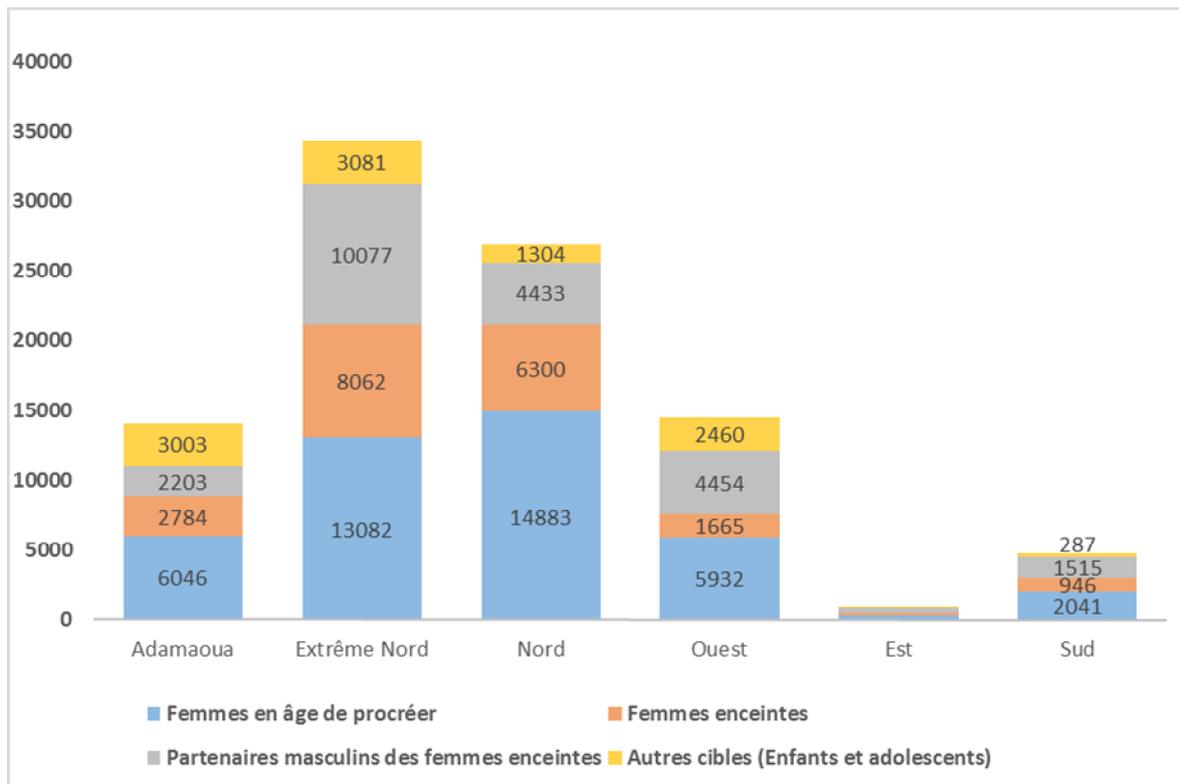


Figure 4: Profil des personnes touchées par les sensibilisations individuelles des volontaires communautaires parmi les groupes cibles du sous-projet

(iii) Réalisations de la mobilisation communautaire des VC en termes d'orientation des femmes enceintes en première CPN

A l'issue des séances de sensibilisation individuelle et/ou causeries éducatives, les VC ont orienté au cours du 1er trimestre 2015, 6 917 femmes enceintes parmi lesquelles 1 550, soit 22,40% ont déclaré avoir été reçues en CPN1 et 797, soit 11,52% qui y sont allées avec leurs partenaires masculins. Le tableau suivant récapitule les résultats obtenus des orientations des femmes enceintes en CPN1.

Tableau 7: Résultats obtenus des orientations des femmes enceintes en CPN1

Régions	Femmes enceintes orientées et reçues en CPN1	Femmes enceintes orientées en CPN1 qui ont effectué le test VIH	Femmes enceintes orientées en CPN1 avec leurs partenaires masculins
Adamaoua	23	0	162
Extrême Nord	4451	1150	127
Nord	745	0	404
Ouest	253	0	104
Est	38	0	0
Sud	1407	0	0
Ensemble	6917	1550	797

NB : Les résultats disponibles couvrent le premier semestre 2015

c. Mise à disposition des intrants et équipements de laboratoire pour la PTME (intrants pour la PF, ARV, Cotrimoxazole, PCR) et promotion de l'utilisation de la PF

Au cours de l'année 2015, les efforts communs du gouvernement et ses partenaires techniques et financiers ont permis d'assurer la disponibilité en intrants et équipements de laboratoire pour la PTME. Néanmoins, l'année a été marquée par des difficultés dans la réalisation de la PCR pour diagnostic précoce du VIH chez les enfants entre 6-8 semaines, due à un déficit en intrants.

d. Le renforcement des capacités des prestataires en PTME/SMNI

L'amélioration de l'offre des services en matière de PTME passe impérativement par la formation/recyclage des prestataires. Avec l'appui technique et financiers et les efforts conjoints des différents acteurs notamment PEPFAR, CNLS, DSF, 635 prestataires ont bénéficié d'un renforcement de leurs capacités. Parmi ceux-ci, 24 ont été formés comme formateurs pour le système de suivi SMS for life, 44 en assurance qualité au laboratoire/diagnostic rapide du VIH, 44 dans la PEC pédiatrique du VIH, 171 en option B+

et 30 en « Quality control and method validation continuous improvement process », dans les régions du Centre, Littoral, Sud-Ouest, Adamaoua, Nord et Extrême-Nord.

Tableau 8. Profil des prestataires formés/recyclés en PTME

Grade des prestataires	Domaine prestataires formés						Total
	PEC Pédiatrique	Option B+	Formateurs système de suivi SMS for life	Assurance qualité au laboratoire/ diagnostic rapide du VIH	Diagnostic précoce	Quality control and method validation continuous improvement process	
Médecin	146	55	1	7	1	7	217
Infirmier	168	284	10	-	71	1 212	1 745
AS	1		3	-		-	4
Sage femme	-	43	-	-	5	-	48
TMS	1	1	1	37	28	11	79
Autres	4	2	9	-		-	4
Total	320	385	24	44	105	1 230	2 108

Le tableau ci-dessus montre que les prestataires formés, varient en grade, ceci pour impliquer au maximum tous les acteurs impliqués dans la PTME. Néanmoins, les infirmiers (1 745) et les médecins (217) ont été les plus grands bénéficiaires.

e. Offre des services PTME aux femmes enceintes

- Fréquentation de la consultation prénatale**

Sur une population générale estimée à 21 657 488 habitants, 845 048 femmes enceintes étaient attendues en 2015. De celles-ci, 625 564 ont été effectivement reçues en CPN1 contre 573 793 en 2014, soit un taux d'accroissement de 9% (4 fois le taux de 2% obtenu en 2014) [3]. Le taux de fréquentation correspondant est de 74% contre 69,5% en 2014, soit une augmentation de 4,5% par rapport à l'année 2014 [3]. Il y a de fortes disparités régionales allant de 120% (Est) à 55% (Sud-Ouest) comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 8: Taux d'accroissement de la fréquentation de la CPN1 de 2014 à 2015 par région

Régions	Nombre de femmes enceintes attendues	Nombre de femmes enceintes reçues en première CPN en 2015	Taux de fréquentation de la CPN1 en 2015	Nombre de femmes enceintes reçues en première CPN en 2014	Taux d'accroissement du nombre de FEC reçues en CPN entre 2014 et 2015 (%)
Adamaoua	45 757	39 998	87,4%	35 823	12%
Centre	158 477	106 018	66,9%	98 611	8%
Est	31 838	38 199	120,0%	31 428	22%
Extrême-Nord	152 134	112 119	73,7%	98 466	14%
Littoral	127 825	86 342	67,5%	75 930	14%
Nord	93 062	81 705	87,8%	78 028	5%
Nord-Ouest	75 003	47 700	63,6%	48 224	-1%
Ouest	73 213	62 343	85,2%	57 703	8%
Sud	28 558	18 601	65,1%	16 286	14%
Sud-Ouest	59 181	32 539	55,0%	33 294	-2%
Total	845 048	625 564	74,0%	573 793	9%

L'accroissement de la région de l'Est qui est supérieur à 100% est d'autant plus remarquable que ce taux est passé de 45,8% en 2012 à 120% en 2015, ceci pourrait s'expliquer entre autres par la présence de réfugiés centrafricains et l'implémentation du financement basé sur la performance de la Banque Mondiale. Le taux de fréquentation de la CPN est en constante amélioration depuis 2011, passant de 36,5% en 2011 à 74% en 2015. Les régions du Sud-Ouest et Nord-Ouest se sont distinguées par une absence d'accroissement du nombre de femmes enceintes reçues en CPN, avec des taux de -2% et -1% respectivement. Aucune explication ne permet de comprendre cette grande baisse de performance pour ces régions qui a bénéficié du plus grand nombre de prestataires formés et du financement basé sur la performance de la Banque Mondiale. Le graphique ci-dessous montre l'évolution du taux de fréquentation de la CPN depuis 2009.

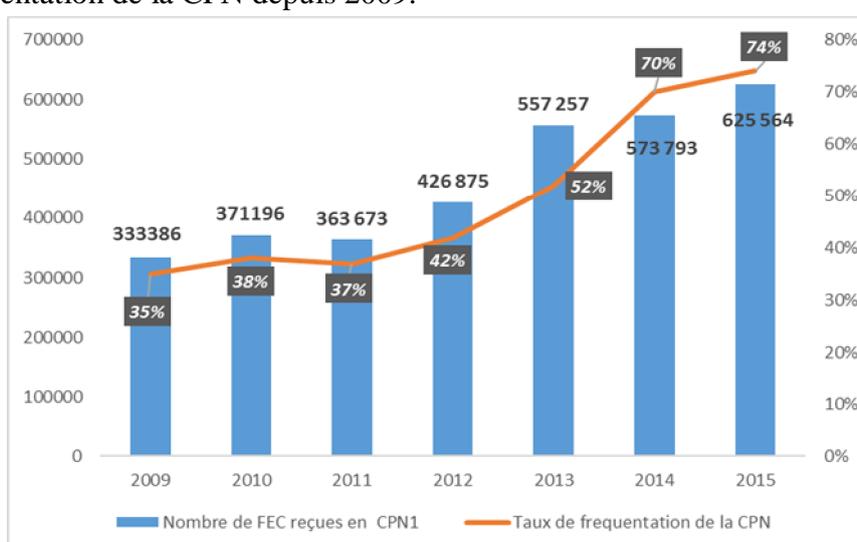


Figure 5: Evolution du taux de fréquentation de la CPN de 2009 à 2015

• **Dépistage du VIH dans le cadre de la PTME**

L'atteinte de l'œ-TME passe par le renforcement du conseil dépistage du VIH chez les femmes enceintes. Le dépistage doit être proposé aux femmes enceintes en CPN, en salle de travail ou d'accouchement, ou pendant l'allaitement pour celles dont le statut sérologique n'est pas connu ou ayant un statut négatif datant d'au moins trois mois. Ceci constitue une porte d'entrée à la prise en charge par les ARV pour la santé de la mère et prophylaxie chez l'enfant en vue de réduire la TME du VIH.

(i) Dépistage du VIH et retrait des résultats chez les femmes enceintes

Au cours de l'année 2015, un total de 562 473 FEC ont été dépistées pour le VIH parmi lesquels 548 466 ont retiré leur résultat soit un taux de retrait de 97,5%.

Le tableau ci-dessous montre la cascade de dépistage-retrait des résultats chez les femmes enceintes dans le cadre de la PTME.

Tableau 9: Cascade dépistage-retrait des résultats du VIH chez les femmes enceintes

Régions	Nombre de femmes enceintes reçues en première CPN en 2015	Nombre de femmes testées (y compris en salle travail)	Taux d'acceptation du test	Nombre de femmes testées VIH +	Taux de séropositivité au test de dépistage du VIH	Nombre de FEC testées ayant retirées les résultats (y compris en Salle de travail)	Taux de retrait des résultats du test de dépistage des FEC
Adamaoua	39 998	37 084	86%	1 452	3,9%	36 852	99,4%
Centre	106 018	107 520	91%	6 127	5,7%	103 035	95,8%
Est	38 199	39 777	93%	2 234	5,6%	37 524	94,3%
Extrême-Nord	112 119	61 625	52%	1 567	2,5%	61 072	99,1%
Littoral	86 342	87 009	86%	3 901	4,5%	86 170	99,0%
Nord	81 705	64 881	76%	1 581	2,4%	59 381	91,5%
Nord-Ouest	47 700	47 678	98%	1 660	3,5%	47 411	99,4%
Ouest	62 343	63 184	96%	1 732	2,7%	64 487	102,1%
Sud	18 601	20 920	98%	1 375	6,6%	19 721	94,3%
Sud-Ouest	32 539	32 795	97%	1 327	4,0%	32 813	100,1%
Total	625 564	562 473	83%	22 956	4,1%	548 466	97,5%

Sur 562 473 FEC dépistées en 2015, 22 956 se sont révélées positives soit un taux de séropositivité national de 4,1%. Ce taux est en baisse par rapport à celui de l'année 2014 qui était de 6,3% [3]. Ceci serait dû à un renforcement des actions préventives notamment la CCC et la réceptivité des populations à ces actions et une prise de conscience. Les variations régionales du taux de séropositivité sont représentées ci-dessous.

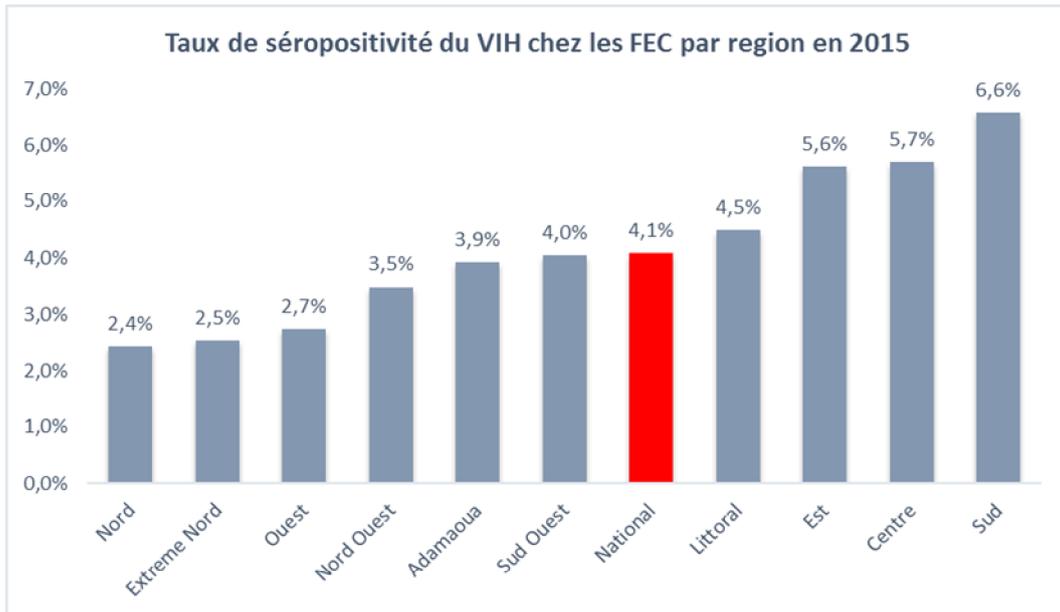


Figure 6: Taux de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes en 2015 par région

Les régions du Sud, Centre et Est enregistrent les plus forts taux de séropositivité avec respectivement 6,6%, 5,7% et 5,6%. Les régions du Sud et Centre se sont distinguées par les taux de séropositivités les plus élevés en 2014 avec 11,5% pour le sud et 12,2% pour le centre. On note une nette régression des taux dans ces deux régions par rapport à l'année 2014 de près de 50%. En effet la séropositivité des femmes enceintes est l'élément principal de surveillance sentinelle du VIH au Cameroun, car considérée comme un proxy à l'incidence.

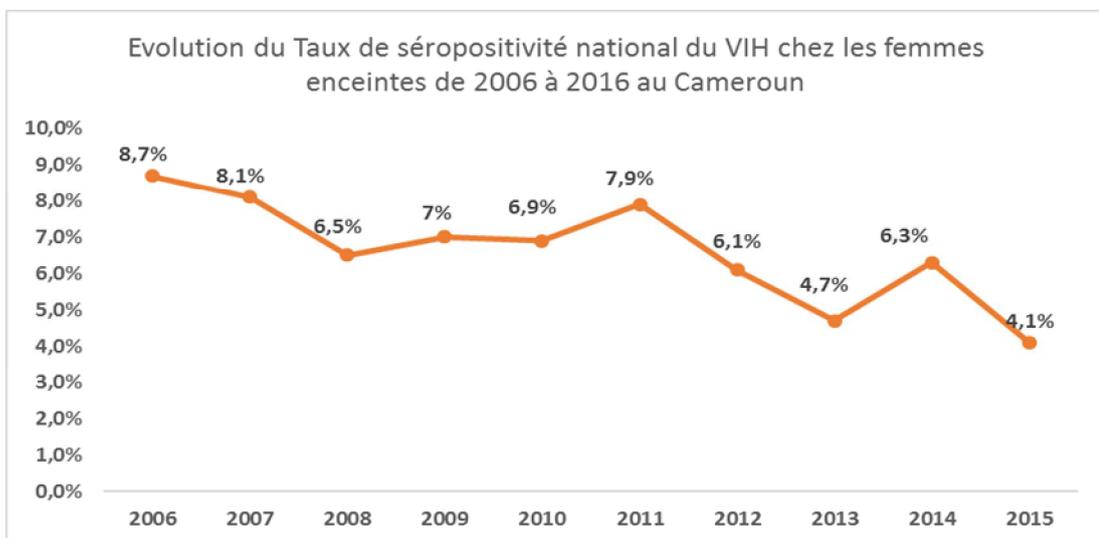


Figure 7: Evolution du taux de séropositivité du VIH chez les FEC de 2006 à 2015 au Cameroun

De 2006 à 2008 nous observons une baisse de ce taux de 8,7% à 6,5%. On constate ensuite une stabilisation du taux de séropositivité entre 2008 et 2011, puis une chute de 7,9%

à 4,7% de 2011 à 2013 et enfin une remontée à 6,3% en 2014 [3,4], puis une chute à 4,1% en 2015

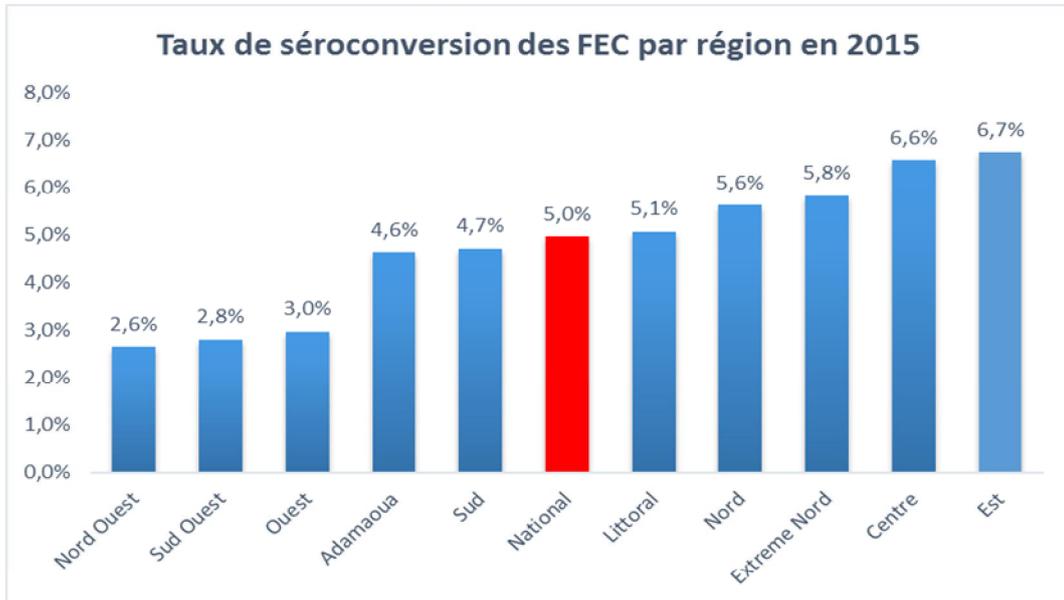


Figure 8: Taux de séroconversion des FEC par région en 2015

Les régions du Centre et de l'Est présentent les taux de séroconversion les plus élevés. Ces mêmes régions se distinguent également par les taux de séropositivité les plus élevés.

(ii) Dépistage du VIH chez les partenaires masculins des femmes enceintes

Au cours de l'année 2015, 26 720 partenaires masculins des 625 564 FEC vues en CPN ont été testés au VIH, soit un ratio de 4 partenaires testés pour 100 femmes enceintes reçues en CPN, ce qui est très faible.

Parmi ces 26 720 tests de dépistage réalisés, 2 829 se sont révélés positifs soit un taux de séropositivité de 11%, contre 10,1% en 2013 et 9% en 2014 [3,4]. Les régions les plus représentées sont celles de l'extrême-nord (27%) et du Nord (26%). Ces mêmes régions tiraient le taux de séropositivité des partenaires des femmes enceintes par le haut en 2014 (21% et 22% respectivement) [3]. Les régions du Sud-Ouest et du Nord-Ouest ont les taux les plus faibles (5% et 6% respectivement), comme en 2014 (3,8% et 4,9% respectivement). Le profil du taux de séropositivité reste donc le même sur deux ans (2014-2015) dans cette catégorie de personnes. Les taux de séropositivité élevé chez les partenaires masculins des FEC dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord augurent du taux de séroconversion élevé dans lesdites régions, exposant les enfants issus de ces couples à un risque élevé de contamination par le VIH.

Le dépistage dans cette catégorie de personnes doit être renforcé pour atteindre l'objectif de l'e-TME, il doit devenir systématique tel que recommandé par les directives nationales.

Le ratio partenaires de FEC : FEC dépistées en CPN3 ou 4/salle de travail permet de mesurer le niveau d'activités de mobilisation communautaire et d'importance que les couples accordent au dépistage (partenaires des FEC) et partage des résultats (FEC).

- **Suivie des femmes enceintes séropositives**

(i) Offre du cotrimoxazole prophylactique

Au cours de l'année 2015, sur un total de 31 596 FEC VIH+ (testées et déjà connues VIH+), 14 938 ont bénéficié de la prophylaxie par Cotrimoxazole, représentant un taux de couverture programmatique national de 47,3%. Ce taux en hausse par rapport à l'année 2014 (36%) [3], mais il reste faible. On note néanmoins une variation régionale. Les régions de l'Extrême-Nord, de l'Adamaoua et de l'Est ont présenté les taux de couverture les plus bas avec 25,9%, 36,9% et 37,6% respectivement, tandis que la région du Sud-Ouest a présenté le taux de couverture le plus élevé soit 67%, suivi par la région du Nord-Ouest (61,9%), supérieur à la moyenne nationale. La présence du financement basé sur la performance (PBF) dans ces régions pourrait expliquer ces résultats.

Tableau 10: Couverture nationale en prophylaxie au cotrimoxazole des femmes enceintes en 2015

Régions	Nombre de FEC VIH+ attendues en 2015	Nombre total de FEC VIH+	Nombre de FEC qui reçoivent la prophylaxie au CTX	Couverture programmatique des FEC VIH+ au CTX	Couverture Populationnelle des FEC VIH+ en CTX
Adamaoua	1 492	1 736	641	36,9%	43,0%
Centre	10 605	8 108	3 669	45,3%	34,6%
Est	1 629	2 709	1 018	37,6%	62,5%
Extrême Nord	3 679	2 033	526	25,9%	14,3%
Littoral	7 332	5 279	3 000	56,8%	40,9%
Nord	2 355	2 099	810	38,6%	34,4%
Nord-Ouest	3 712	3 092	1 915	61,9%	51,6%
Ouest	2 017	2 746	1 286	46,8%	63,7%
Sud	1 526	1 759	710	40,4%	46,5%
Sud-Ouest	3 528	2 035	1 363	67,0%	38,6%
Total	37 874	31 596	14 938	47,3%	39,4%

(ii) Couverture en ARV

L'option B+ est la stratégie recommandée actuellement au Cameroun. Elle consiste à mettre systématiquement toute femme enceinte dépistée VIH+ sous ARV [5] Toutefois à ce jour, certains sites PTME ne pratiquent pas encore l'option B+.

Sur les 31 596 FEC VIH+ (testées et déjà connues VIH+) en 2015, 26 678 ont reçu un protocole ARV soit un taux de couverture programmatique en ARV de 84%. Ceci est un indicateur de l'augmentation de l'utilisation des services PTME par les femmes enceintes et l'implémentation de l'option B+, avec la formation de plusieurs personnels en la matière et la mise à disposition des ARV dans tous les sites PTME et la décentralisation de l'approvisionnement desdits ARV.

Le tableau 13 présente la couverture nationale en ARV chez les femmes enceintes.

Tableau 11: Couverture nationale en ARV des femmes enceintes en 2015

Régions	Nombre de FEC VIH+ attendues en 2015	Nombre total de FEC VIH+	Nombre de FEC VIH+ sous un protocole ARV	Taux de couverture programmatique en ARV%	Taux de couverture populationnelle en ARV %
Adamaoua	1 492	1 736	1 517	87%	102%
Centre	10 605	8 108	7 490	92%	71%
Est	1 629	2 709	1 853	68%	114%
Extrême-Nord	3 679	2 033	1 264	62%	34%
Littoral	7 332	5 279	4 607	87%	63%
Nord	2 355	2 099	1 652	79%	70%
Nord-Ouest	3 712	3 092	2 885	93%	78%
Ouest	2 017	2 746	2 309	84%	114%
Sud	1 526	1 759	1 313	75%	86%
Sud-Ouest	3 528	2 035	1 788	88%	51%
Total	37 874	31 596	26 678	84%	70%

f. Offre des services PTME pour les enfants exposés

- **Offre de la prophylaxie ARV pour les enfants exposés**

D'après les directives en matière de PTME, tout enfant né de mère séropositive doit recevoir une prophylaxie ARV dans les 72 heures qui suivent la naissance et celle-ci doit se poursuivre jusqu'à 6 semaines après la naissance [5]. Cette prophylaxie se poursuit jusqu'à 7 jours pour les enfants allaités en cas d'option A.

Au cours de l'année 2015, un total de 12 811 enfants exposés au VIH a bénéficié de la prophylaxie ARV en post-partum, ce qui correspond à un taux de couverture programmatique de 40% et populationnel de 41%, contre 18 785 qui n'ont reçu aucun traitement prophylactique. Le dénominateur utilisé dans le calcul de cette couverture populationnelle est un proxy (FEC VIH+ attendues), en absence du nombre précis de naissances des enfants nés des mères séropositives. La couverture programmatique observée est en hausse par rapport à l'année 2014 (34,4%) [3], mais elle reste faible. Les régions de l'Adamaoua et de l'Extrême-Nord se distinguent une fois de plus ici par les taux de couvertures programmatiques les plus faibles avec 29% et 18% respectivement. Les

régions du Nord-Ouest du Sud-Ouest une fois de plus tire le taux de couverture vers le haut avec 66% et 68% respectivement.

Tableau 12: Couverture nationale en ARV prophylactique des enfants exposés en 2015

Régions	Nombre de FEC VIH+ attendues en 2015	Nombre total de FEC VIH+	Nombre d'enfants nés des mères VIH+ qui ont débuté la Nevirapine prophylactique en post partum au cours du mois	Nombre d'enfants nés de mère VIH + n'ayant pas reçu un traitement prophylactique par ARV à la naissance	Couverture programmatique des EE aux ARV prophylactiques	Couverture Populationnelle des EE aux ARV prophylactiques
Adamaoua	1 492	1 736	505	1 231	29%	34%
Centre	10 605	8 108	3 055	5 053	38%	29%
Est	1 629	2 709	860	1 849	32%	53%
Extrême-Nord	3 679	2 033	376	1 657	18%	10%
Littoral	7 332	5 279	2 609	2 670	49%	36%
Nord	2 355	2 099	554	1 545	26%	24%
Nord-Ouest	3 712	3 092	2 050	1 042	66%	55%
Ouest	2 017	2 746	898	1 848	33%	45%
Sud	1 526	1 759	530	1 229	30%	35%
Sud-Ouest	3 528	2 035	1 374	661	68%	39%
Total	37 874	31 596	12 811	18 785	41%	34%

- **Offre de la prophylaxie au cotrimoxazole pour les enfants exposés**

Tout enfant né de mère séropositive doit recevoir le Cotrimoxazole pour la prévention des infections opportunistes dès l'âge de 6 semaines. Ce traitement doit être poursuivi jusqu'au moment de certitude de non contamination de l'enfant alors que celui-ci n'est plus à risque de se contaminer notamment par l'allaitement maternel [5].

Au cours de l'année 2015, un total de 9 145 enfants exposés au VIH ont bénéficié de la prophylaxie au cotrimoxazole, ce qui correspond à un taux de couverture programmatique de 28,9% et populationnel de 24,1%. Le dénominateur utilisé dans le calcul de du taux de couverture populationnelle est un proxy (FEC VIH+ attendus en 2015), en absence du nombre précis de naissances des enfants nés des mères séropositives. Cette couverture programmatique est en légère hausse par rapport à celle de l'année 2014 (25,7%) [3], mais reste très faible.

Le personnel de santé doit redoubler d'effort dans la sensibilisation des mères pour une meilleure prise de conscience en matière de prise en charge des enfants exposés.

Le tableau ci-après présente la couverture nationale en prophylaxie au cotrimoxazole chez les enfants exposés.

Tableau 13: Couverture nationale en prophylaxie au cotrimoxazole des enfants exposés en 2015

Régions	Nombre de FEC VIH+ attendues en 2015	Nombre de FEC VIH+ sous un protocole ARV	Nombre d'enfants nés des mères VIH+ qui ont débuté la Névirapine prophylactique en post partum au cours du mois	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ qui ont débuté le Cotrimoxazole à 6 semaines du post partum au cours du mois	Couverture programmatique des EE au Cotrimoxazole	Couverture Populationnelle des EE au Cotrimoxazole
Adamaoua	1 492	1 517	499	218	14,40%	14,60%
Centre	10 605	7 490	3217	2 101	28,10%	19,80%
Est	1 629	1 853	979	402	21,70%	24,70%
Extrême-Nord	3 679	1 264	483	500	39,60%	13,60%
Littoral	7 332	4 607	2 644	1 962	42,60%	26,80%
Nord	2 355	1 652	552	322	19,50%	13,70%
Nord-Ouest	3 712	2 885	1 837	1 559	54,00%	42,00%
Ouest	2 017	2 309	996	597	25,90%	29,60%
Sud	1 526	1 313	512	287	21,90%	18,80%
Sud-Ouest	3 528	1 788	1 376	1 197	66,90%	33,90%
Total	37 874	26 678	13 095	9 145	34,30%	24,10%

- **Diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants exposés**

Le plan national d'élimination de la TME vise d'ici fin 2015 la réduction du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18-24 mois. Pour se faire, tous les enfants exposés doivent bénéficier d'un test de diagnostic précoce par la PCR dès la 6ème semaine de vie et d'un test sérologique à l'âge de 18 mois. Un résultat positif à l'un de ces tests permet d'affirmer le diagnostic de VIH chez l'enfant.

Au cours de l'année 2015, 9 756 enfants exposés ont été testé par PCR à 6-8 semaines, parmi lesquels 529 se sont révélés positifs soit un taux de séropositivité de 5,4%, qui n'est pas très différent du taux observé en 2014 (5,6%)[3]. L'analyse régionale montre que les régions de de l'Adamaoua, de l'Extrême-Nord, du Nord et du Littoral présentent les taux séropositivité par PCR chez les enfants donc de transmission mère-enfant les plus élevé avec 13,6%, 9,7%, 9,3% et 9,3% respectivement.

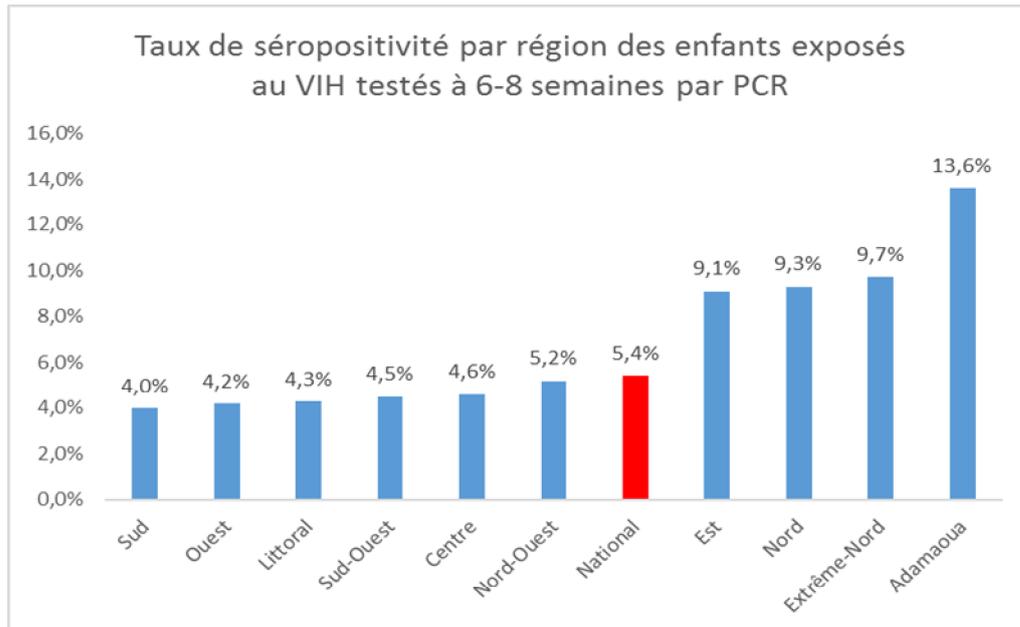


Figure 9: Taux de séropositivité par région des enfants exposés au VIH testés à 6-8 semaines par PCR en 2015

Les forts taux de séropositivité observés dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord et de l'Adamaoua pourraient être le résultat d'une constellation de facteurs relevés plus tôt à savoir :

- Les taux de séropositivité chez les partenaires des femmes enceintes les plus élevés dans ces régions notamment 27,4% à l'Extrême-Nord, 26,4% au le Nord et 16,9% à l'Adamaoua ;
- Les taux de séroconversion les plus élevés avec 5,8% à l'Extrême-Nord, 5,6% au le Nord et 4,6 à l'Adamaoua ;
- Les taux de couverture programmatique en ARV des enfants exposés les plus faibles, dont 30% à l'Extrême-Nord, 33% à l'Adamaoua et 34% au Nord.

Par ailleurs les taux de séropositivité chez les femmes enceintes dans ces régions sont les plus bas à savoir 2,5% à l'Extrême-Nord, 2,4% au Nord et 3,9% à l'Adamaoua, Ce qui pourrait être un indicateur du faible taux d'utilisation des services PTME dans ces régions, d'où la nécessité de renforcer les activités de mobilisation communautaire pour l'utilisation desdits services. En outre, une analyse de l'impact du conflit armé sur le système de santé dans l'Extrême-Nord qui pourrait influencer les chiffres observés serait d'une grande utilité.

Malgré le faible taux de couverture en ARV prophylactique des enfants exposés, l'option B+ semble être d'une grande efficacité au vue du taux de séronégativité observé à 6-8 semaines par PCR chez ces enfants (93,9%). La figure ci-après illustre la cascade de PEC pédiatrique des enfants exposés.

On note globalement une meilleure performance de la PTME en 2015 par rapport à l'année 2014. La cascade PTME ci-dessous présente les performances du pays en matière de PTME.

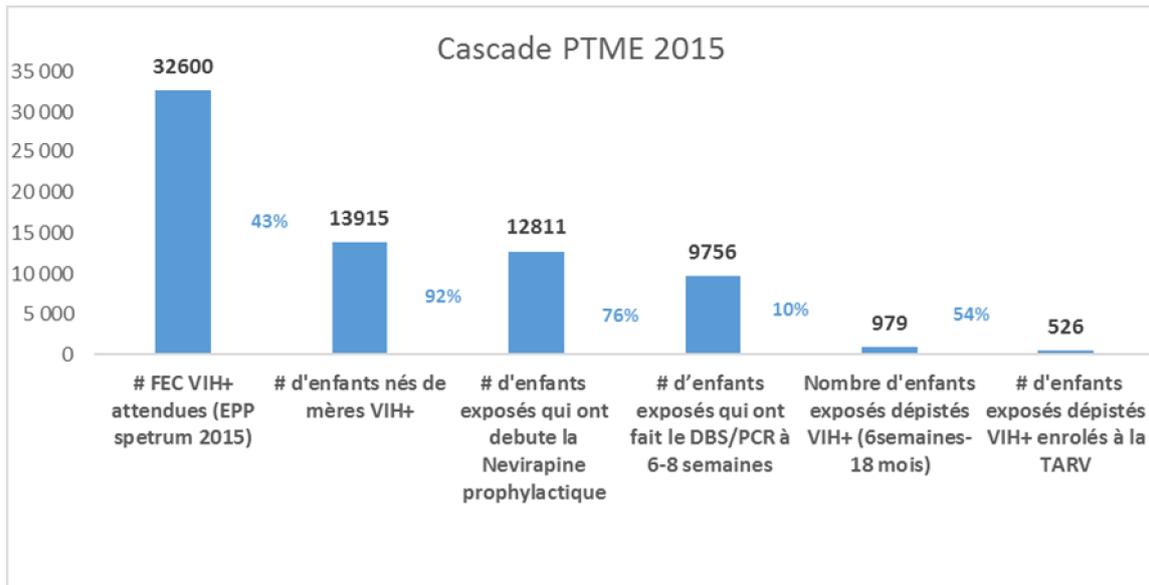


Figure 10: Cascade PTME 2015

I.6. Renforcement de l'offre du conseil et dépistage volontaire du VIH

Le dépistage constitue la porte d'entrée à la PTME et la PECG des PVVIH. L'implémentation du concept 90-90-90 requiert que le testing du VIH soit optimum pour que le premier 90 soit réalisé.

Au cours de l'année 2015, le système de reporting des données de dépistage a pu capter un total de 1 232 452 personnes dépistées dont 79 913 positifs soit un taux de séropositivité de 6,5%.

Conseil et dépistage dans la population générale

En stratégie fixe dans les FOSA (FEC et autres populations spécifiques exclues), un total de 986 791 personnes a été dépisté parmi lesquelles 72 934 se sont révélées positives soit un taux de séropositivité de 7,4%. En stratégie mobile, un total de 245 661 personnes a été dépisté par les unités mobiles dont 6 979 positifs soit un taux de séropositivité de 2,8%. Le tableau ci-dessous résume les activités de dépistage dans la population générale en 2015.

Tableau 14: Conseil dépistage dans la population générale

Région	UM		FOSA		Total		Taux de séropositivité (%)
	Testés	Positifs	Testés	Positifs	Testés	Positifs	
ADAMAOUA	15 112	482	58 828	4 953	73 940	5 435	7,4
CENTRE	6 745	268	157 211	14 927	163 956	15 195	9,3
EST	26 441	740	70 516	5 684	96 957	6 424	6,6
EXTREME-NORD	5 711	85	83 366	5 473	89 077	5 558	6,2
LITTORAL	62 035	1715	131 272	11 548	193 307	13 263	6,9
NORD	22 835	823	99 557	3 554	122 392	4 377	3,6
NORD-OUEST	13 460	299	123 965	8 195	137 425	8 494	6,2
OUEST	27 870	375	128 984	6 771	156 854	7 146	4,6
SUD	45 923	1634	35 471	4 231	81 394	5 865	7,2
SUD-OUEST	19 529	558	97 621	7 598	117 150	8 156	7,0
Total	245 661	6 979	98 6791	72 934	1 232452	79 913	6,5

Les régions de l'Adamaoua, Sud et de l'Extrême-Nord présentent les nombres de personnes dépistées les plus faibles toutes les stratégies confondues avec 73 940, 81 394, 89 077 personnes dépistées respectivement en 2015. Les activités de dépistages doivent être renforcées dans ces régions.

- **Dépistage dans le cadre des évènements spéciaux et campagnes**

Plus de 37000 personnes ont été testées au VIH pour une séropositivité de 2,4% dans le cadre de vacance sans SIDA 2015 dans les régions du centre, est, nord, Adamaoua, sud-ouest, nord-ouest, ouest, littoral.

Dans le cadre de la journée de la femme rurale, 1 661 personnes ont été testés avec un taux de séropositivité de 5%.

Dans le cadre de la semaine camerounaise de lutte contre le sida, 10 559 personnes ont été dépistés avec un taux de séropositivité de 2,8%.

Au cours de l'année 2015, CDC a accompagné le CNLS dans la mise en œuvre les activités de CDV à travers un soutien technique notamment fourniture en réactifs de laboratoires et autres intrants pour le dépistage du VIH. C'est ainsi que dans le cadre des activités marquant la célébration de la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida, dans les régions du Nord-Ouest, du Centre, du Littoral et du Sud-Ouest, 18 318 personnes ont été testées dont 591 positives soit un taux de séropositivité de 3,2% et 365 ont été référées pour PEC.

Une grande campagne a été menée dans la région du sud du 27 octobre au 5 novembre 2015. Le nombre total de personnes testée pendant ladite campagne était de 19 801 (17 806 par stratégie mobile et 1 995 par stratégie fixe), parmi lesquelles 467 se sont révélées positives soit un taux de

séropositivité de 2,36%. Sur les 19 801 personnes dépistées, 18 815 ont retiré leurs résultats soit un taux de retrait de 95,02%. On note un fort taux de séropositivité dans la tranches d'âge de 35 à 49 ans (7,1%-8%), qui fait partie de la tranche d'âge la plus active de la population.

La figure ci-dessous présente les personnes dépistées par tranches d'âges pendant la campagne du Sud

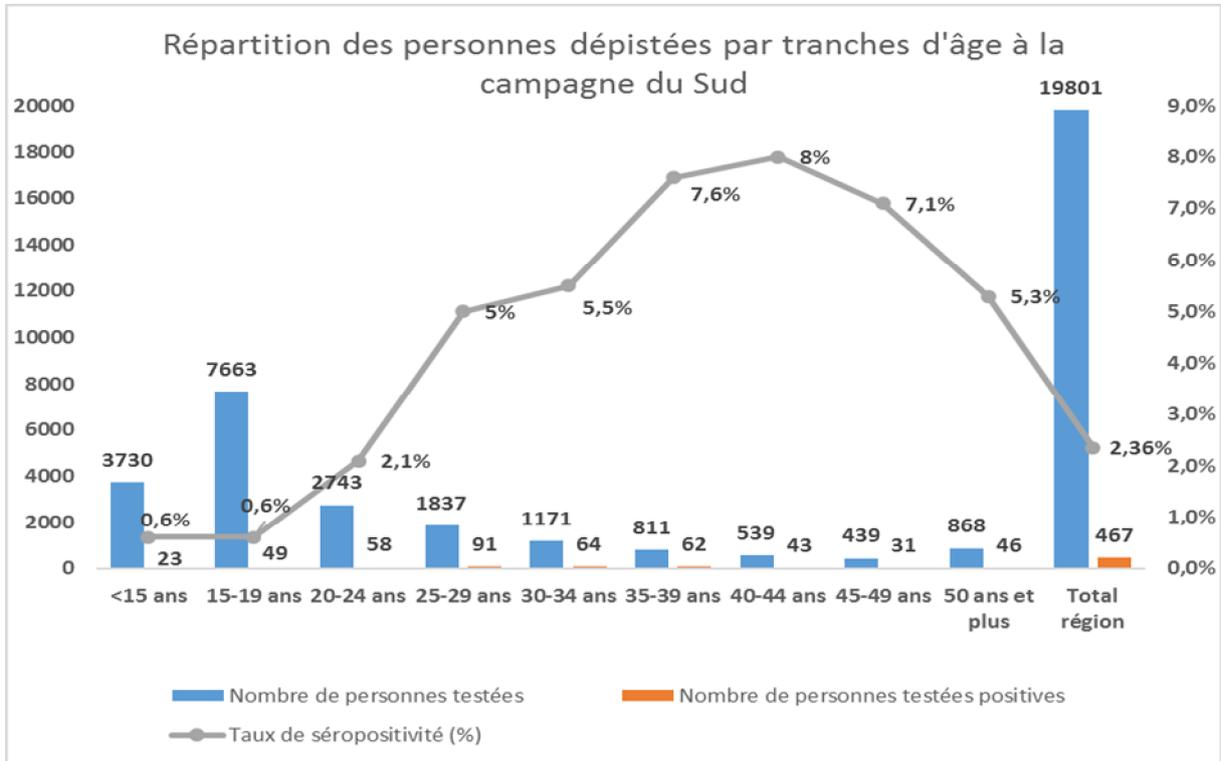


Figure 11: Répartition des personnes dépistées par tranches d'âge à la campagne du sud du 27 Octobre au 5 Novembre 2015

a. Conseil dépistage chez les PPER et autres populations vulnérables

Au cours de l'année 2015, les activités de CDV en faveur des populations les plus exposées au risque et vulnérables se sont poursuivies dans le cadre des différents projets de prévention du VIH en faveur de ces cibles. Ces activités ont été menées par CARE à travers le projet CHAMP, CAMNAFAW, Horizons femmes, Humanity First, le MINESEC, le MINDEF et le MINJEC. La figure ci-après montre la répartition du dépistage chez les populations spécifiques.

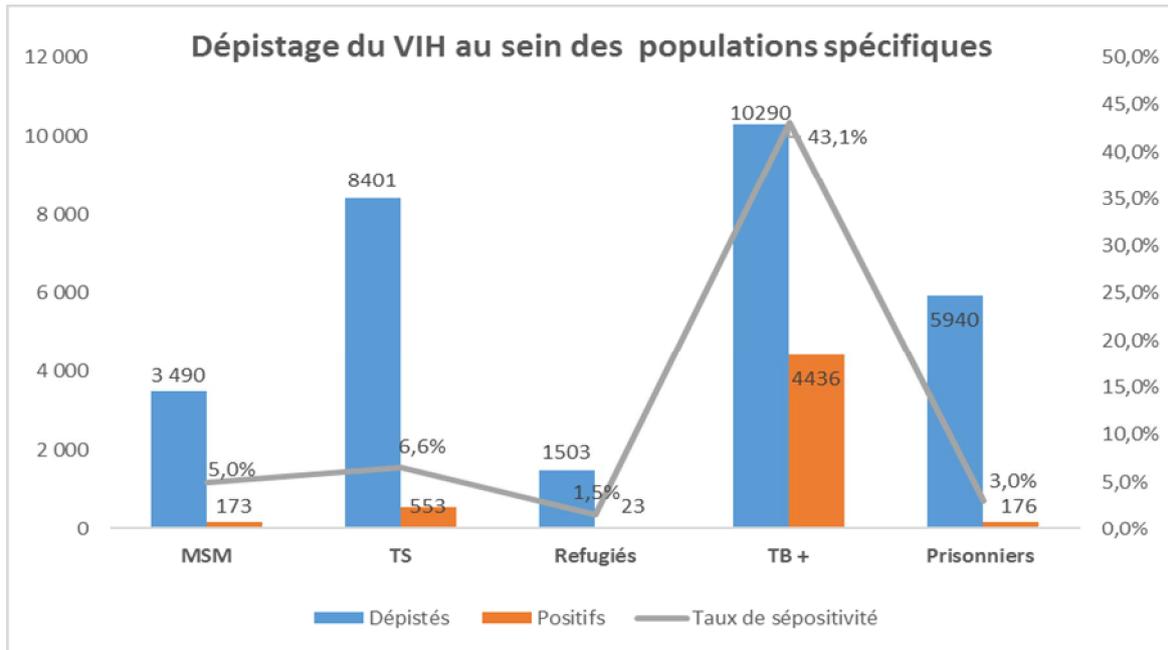


Figure 12: Dépistage du VIH au sein des populations spécifiques

b. Conseil et dépistage sur le lieu de travail

Dans le cadre de l'initiative VCT@WORK du BIT lancé au Cameroun en avril 2014, qui visait le renforcement de l'engagement des chefs d'entreprises, des responsables des administrations publiques, des organisations syndicales et patronales 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, des activités de CDV ont été organisées. Au cours de l'année 2015, plus de 250 campagnes de dépistage ont été réalisées en faveur des travailleurs sous le leadership du Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale. Le tableau ci-dessous fait la synthèse des résultats obtenus.

Tableau 15: Données du VCT@WORK 2015

Effectif	Travailleurs testés	Travailleurs testés positifs	Taux de séropositivité	Référés
Sexe				
Hommes	37 345	596	1.61	549
Femmes	23 703	610	2.54	538
Total	61 048	1206	1.98	1087

Un total de 61048 personnes (37 345 hommes et 23 703 femmes) ont été dépistées, dont 1 206 positifs (taux de séropositivité 1,98% : 1,61% hommes et 2,54 femmes). Les rapports de dépistage indiquent que des 1 206 positifs, 1 087 ont été référés vers les structures de prise en charge, soit un effectif de 119 (9,86%) dont on n'a pas d'information. Une réflexion

devrait être menée avec les parties prenantes impliquée dans la réalisation des sessions de CDV, pour réduire au maximum cet effectif dans la poursuite du programme VCT@WORK.

d. Dépistage du VIH dans le secteur Défense

Les populations cibles du Secteur Défense sont les militaires et leurs familles, avec un focus particulier sur les militaires vulnérables que sont les jeunes recrues, les personnels déployés en opérations/en détachement et les personnels féminins. Le dépistage VIH est la porte d'entrée à la chaîne de PEC des individus et des familles. L'approche familiale est promue au sein des structures via le CDIP et la PTME ; elle reste individuelle au sein des campagnes dans les casernes et les communautés environnant les camps. Elle s'effectue avec l'accompagnement de GV pour le CDIP dans les structures de santé et d'ACMS pour le conseil et dépistage en communautés. Nous notons en 2015 :

- Une augmentation des personnes dépistées au sein des unités des RMIA 1 et 2
- Une augmentation des personnes dépistées au sein des FOSA militaires des RMIA 1 et 2 par la mise en place des stratégies de conseil et dépistage avancés (HMR1 et 2) au sein des services de grande affluence.

Tableau 16: Statistiques des CDV au sein des FOSA militaires

Indicateur	Age (an)	GV			
		TOTAL			
		M	F	Sexe non précisé	Ensemble
Nombre de personnes conseillées et testés pour le VIH	<1	59	56	0	115
	1-4ans	58	53	0	111
	5-9 ans	71	44	4	119
	10-14 ans	36	58	1	95
	15-19 ans	160	367	5	532
	20-24 ans	895	1202	32	2129
	25-49 ans	3135	2905	87	6127
	50+ ans	594	513	21	1128
	Age non précisé	100	68	164	332
	Total	5108	5266	314	10688
Nombre de personnes testées VIH+	<1	5	1	0	6
	1-4ans	1	2	0	3
	5-9 ans	1	1	1	3
	10-14 ans	2	2	0	4
	15-19 ans	6	15	2	23
	20-24 ans	22	67	1	90
	25-49 ans	269	380	14	663
	50+ ans	72	71	3	146
	Age non précisé	11	13	22	46
	Total	389	552	43	984

Tableau 17: Linkage to care en interne

Indicateur	Age (Yrs)	GV			
		TOTAL			
		M	F	Sexe non précisé	All
Nbre de personnes VIH+ nouvellement enrôlés pour TARV (excepté les clients PTME option B+)	<1	0	0	0	0
	1-4ans	4	2	0	6
	5-9 ans	0	1	0	1
	10-14 ans	1	1	0	2
	15-19 ans	6	4	0	10
	20-24 ans	20	30	0	50
	25-49 ans	180	269	0	449
	50+ ans	57	51	0	108
	Age non précisé	0	0	0	0
	Total	268	358	0	626

I.7. Prévention et PEC des IST

Les activités de prévention et PEC des IST se sont poursuivies au cours de l'année 2015. CAMNAFAW a mené des activités de prise en charge des IST en direction des PPER et autres populations vulnérables. Chez les MSM 8 752 cas d'IST ont été pris en charge, 1 845 cas chez les TS, 10 128 chez les camionneurs et 139 442 cas chez les autres populations vulnérables. Horizons femmes a également pris en charge 229 cas d'IST chez les TS. Les différents types d'IST pris en charge par ces acteurs n'ont pas été précisés.

II. Améliorer la qualité de vie des PVVIH grâce à une meilleure prise en charge globale

Le plan stratégique national 2014-2017 de lutte contre le VIH le Sida et les IST ambitionne de porter à plus de 95% la survie à 12 mois des PVVIH. Les principales stratégies préconisées à cet effet sont entre autres l'extension des structures de PEC (adultes et enfants), la mise à disposition des intrants (ARV, MIO, etc.), le renforcement du suivi des PVVIH, le renforcement des capacités de toutes les parties prenantes à tous les niveaux de la PEC, la recherche active des perdus de vue (enfants et adultes), le renforcement de la disponibilité en équipements de laboratoire, la création d'un cadre de concertation avec les prestataires de thérapies alternatives, [2]. Malgré ces différentes stratégies, la couverture en ARV du pays est inférieure à 30%. C'est la raison pour laquelle, afin de combler ce gap de PVVIH sous traitement, un plan d'accélération de la thérapie antirétrovirale a été élaboré.

II.1. Extension géographique des services de PECG du VIH

Au cours de l'année 2015, le Programme Multisectoriel de lutte contre le Sida n'a pas connu de changements majeurs en termes de création de nouveau CTA/UPEC. Le nombre de CTA et UPEC est resté inchangé à 166 fonctionnels répartis par secteur ainsi qu'il suit : 71% des hôpitaux disposant des services de PECG sont publics, 23% sont des hôpitaux confessionnels et seulement 6% sont privés. Toutefois, des analyses situationnelles de certaines FOSA ont débutées afin de déterminer quels seraient les prochaines structures à ériger en UPEC afin de rapprocher l'offre de prise en charge du VIH des populations bénéficiaires.

II.2. Amélioration de la qualité des services de PECG du VIH

S'agissant des documents normatifs à la PECG du VIH, les directives nationales de prévention et de prise en charge du VIH au Cameroun ont été élaborées et le début de leur mise en œuvre a été effectif cette année. Il s'agit notamment d'un guide national consolidé et d'un guide de poche, destinés à tous les prestataires de santé avec l'appui de tous les partenaires techniques et financiers impliqués dans la lutte contre le VIH. De même, des modules de PECG ont été revus, ainsi que ceux de la prise en charge pédiatrique afin d'adapter la formation des personnels aux nouvelles exigences et avancées en matière de thérapie antirétrovirale.

a. Renforcement de la disponibilité en équipements de laboratoire

Egalement avec l'appui technique et financier du PEPFAR, les activités suivantes ont été menées :

- L'analyse situationnelle des laboratoires a été réalisée dans les dix régions. Les résultats de cette analyse ont permis d'amorcer le processus d'élaboration de du PSN Laboratoire dont la validation et l'adoption sont prévues au deuxième trimestre 2016 ;
- Le processus d'acquisition des équipements pour la mise en place du Laboratoire National de Santé Publique a été entamé. Le marché a de ce fait été attribué et la livraison desdits équipements est prévue pour le troisième trimestre 2016.

b. Renforcement de la disponibilité en personnel suffisant et qualifié

Un effort a été fait cette année dans la rétention des personnels formés en PECG durant l'année 2014 par les financements Fonds Mondial et PEPFAR. Ainsi, toutes les structures de prise en charge disposaient au moins d'un personnel formé en PECG et des perspectives de renforcement de leurs capacités ont été envisagées pour les années à venir avec les fonds intérieurs et extérieurs.

c. Développement d'un système d'assurance-qualité de l'offre des services

Le développement d'un système d'assurance-qualité dans l'offre des services dans le cadre de la lutte contre le VIH est une priorité pour le CNLS et ses partenaires. C'est ainsi qu'avec l'appui financier de certains PTF (PEPFAR, ICAP, BID) les prestataires de santé de différentes catégories ont été formés en supervision sur l'assurance qualité des services offerts dans les FOSA. De même des missions de supervision de la qualité des services ont été réalisées dans les régions (SW, NW, ES, CE) avec ces personnels capacités et ont permis d'améliorer la qualité des services dans les sites supervisés.

II.3. Renforcement de l'offre des ARV aux PVVIH

a. Gestion des stocks et approvisionnements

Le PSN 2014-2017 voudrait un Cameroun « sans ruptures de stocks d'ARV et d'intrants » [2].

Grace à l'appui technique de MSH/SIAPS, les activités suivantes ont été menées dans le cadre du renforcement de la gestion des stocks et approvisionnements :

- Achat et déploiement de véhicules destinés au transport des médicaments dans les fonds régionaux des régions du centre, littoral, nord-ouest et sud-ouest
- Formation des pharmaciens, logisticiens, coordonnateurs des CTA/UPEC, et commis de pharmacie à divers niveaux (CENAME, fonds régionaux, CTA/UPEC) dans la gestion pharmaceutique, supervisions internes et gestion des stocks
- Quantification/estimation des besoins en ARV pour l'année 2016.

Le PTF Expertise France a permis le déploiement du logiciel « VINDATA » dans 02 CTA (HLD et HR de Bamenda), afin d'améliorer la gestion des stocks d'intrants VIH dans ces 02 structures

b. Evolution de la file active

L'élimination du VIH d'ici 2030 passe nécessairement par une PEC par les ARV par conséquent elle diminue le nombre de nouvelles infections et augmente le taux de survie. Elle est une composante clé du concept 90-90-90 [6]. La file active était de 168 249 en fin 2015, ce qui correspond à un accroissement de 16% par rapport à l'année 2014 (145 038) [3] Toutefois, cette augmentation bien qu'appréciable ne permet pas d'atteindre le taux de couverture universelle en matière de thérapie car les performances sont en deçà des 40% de PVVIH sous ARV.

Parmi les 168 249 personnes (adultes et enfants) sous ARV en fin 2015, 159 059 étaient sous ARV de 1^{ère} ligne (94,8%) contre 9 190 en 2^{ème} ligne (5,5%).

Un total de 4 092 décès a été enregistré sur le plan national en 2015. Un accent doit être porté sur les actions communautaires pour inverser les tendances.

La figure ci-dessous montre l'évolution de la file active et du taux de progression de la file active depuis 2005.



Figure 13: Evolution de la file active et du taux d'accroissement de la file active des personnes sous ARV de 2005 à 2015

Depuis 2013, on note un accroissement de la file active [3,4]. Si l'effort est maintenu, l'objectif fixé en 2017 ne sera certes pas atteint, mais la réduction du gap sera considérable. Le passage du taux de CD4 pour la mise sous ARV à moins de 500 ainsi que la stratégie test & treat pour certaines populations cibles (FEC, Keys pop, etc.), contribueront considérablement à réduire l'écart.

Le taux de couverture en TARV de l'ensemble des PVVIH (27,1%) bien qu'en légère hausse par rapport à l'année 2014 (23,8%) est resté faible. La couverture en ARV par rapport aux personnes éligibles est restée quasiment constante entre 2014 et 2015 soit respectivement de 29,4% et 30%.

c. Distribution du poids de la file active par région

Le poids de la file active varie d'une région à l'autre, ceci en fonction du poids démographique, de l'offre des services et du poids de la maladie dans chaque région.

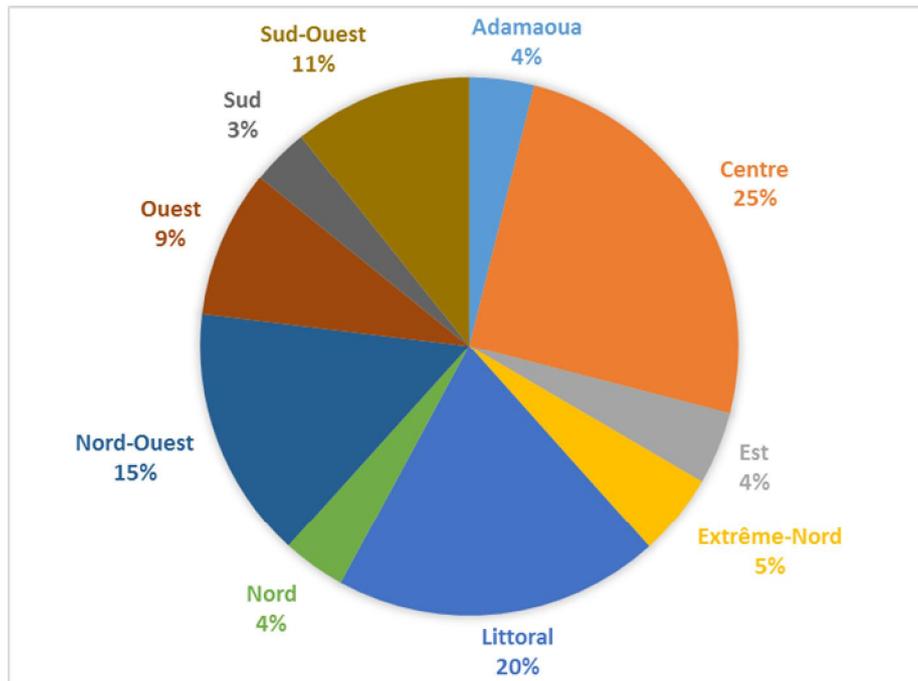


Figure 14: Répartition du poids de la file active par région

Il ressort de cette figure, que les régions du Centre, Littoral, Nord-Ouest, Sud-Ouest et Ouest comme en 2014 concentrent la majorité (80%) des patients sous ARV. Les autres régions se partagent les 20% restant avec une variation allant de 3% au Sud à 5% à l'Extrême-Nord.

d. Répartition de la file active par sexe et par grands groupes d'âge

Tableau 18: Répartition de la file active par sexe et grand groupe d'âge par région en 2015

Région	Adultes (≥15 ans)			Enfants (<15 ans)			Total file active	% d'enfants	% de femmes
	F	H	Total	F	H	Total			
Adamaoua	4 235	2 032	6 267	127	122	249	6 516	3,8%	65%
Centre	28 637	11 766	40 403	921	875	1 796	42 199	4,3%	68%
Est	4 883	2 223	7 106	115	95	210	7 316	3%	66,7%
Extrême-Nord	5 047	2 916	7 963	186	179	365	8 328	4,4%	60,6%
Littoral	22 985	8 678	31 663	632	587	1 219	32 882	3,7%	70%
Nord	4 111	2 074	6 185	90	91	181	6 366	2,8%	64,6%
Nord-Ouest	17 521	6 773	24 294	862	760	1 622	25 916	6,3%	67,6%
Ouest	10 410	3 974	14 384	275	232	507	14 891	3,4%	70%
Sud	3 716	1 914	5 630	98	74	172	5 802	3%	64%
Sud-Ouest	12 511	4 747	17 258	409	366	775	18 033	4,3%	69,4%
Cameroun	114 056	47 097	161 153	3 715	3 381	7 096	168 249	4,2%	67,8%

Le tableau ci-dessus montre qu'on a plus de femmes sous traitement ARV sur le plan national, soit 67,8% des personnes sous ARV.

e. Enrôlement des nouvelles PVVIH éligibles au TARV

En 2015, un total de 39 867 personnes a été mis nouvellement sous traitement ARV au Cameroun, soit une moyenne mensuelle de 3 322 patients. Parmi ces personnes ayant initié le TARV, 2 004 enfants ont été nouvellement enrôlés. Par rapport à l'année 2014 (41 384) [3], on note une baisse du nombre de personnes ayant initié le traitement antirétroviral de 3,7%. Ce taux d'enrôlement reste faible au vue des objectifs ciblés. Il est donc plus que nécessaire de mener des actions en communauté pour accroître l'enrôlement de nouvelles personnes au TARV. Le tableau ci-dessous montre la répartition des nouvelles personnes enrôlées au TARV par région en 2015.

Tableau 19: Répartition des nouveaux PVVIH éligibles enrôlés au traitement ARV par grands groupes d'âge et par région en 2015

Régions	Adultes (>15 ans)		Enfants (<15 ans)	
	F	H	F	H
Adamaoua	1820	916	97	81
Centre	6576	2832	204	174
Est	1980	967	66	71
Extrême-Nord	1766	1014	81	64
Littoral	2742	1150	94	73
Nord	1453	760	40	49
Nord-Ouest	3533	1630	224	231
Ouest	2166	849	69	47
Sud	1284	579	44	62
Sud-Ouest	2656	1190	124	109
Cameroun	25976	11887	1043	961

II.4. Suivi biologique des PVVIH

Au cours de l'année 2015, 55 953 bilans d'orientation, 24 528 bilans pré thérapeutiques et 64 845 bilans de suivi ont été réalisés grâce à l'appui d'Expertise France (C2D, Projet OPPERA) et les autres PTF du ministère de la Santé. La figure ci-dessous montre une comparaison du suivi biologique de 2013 à 2015.

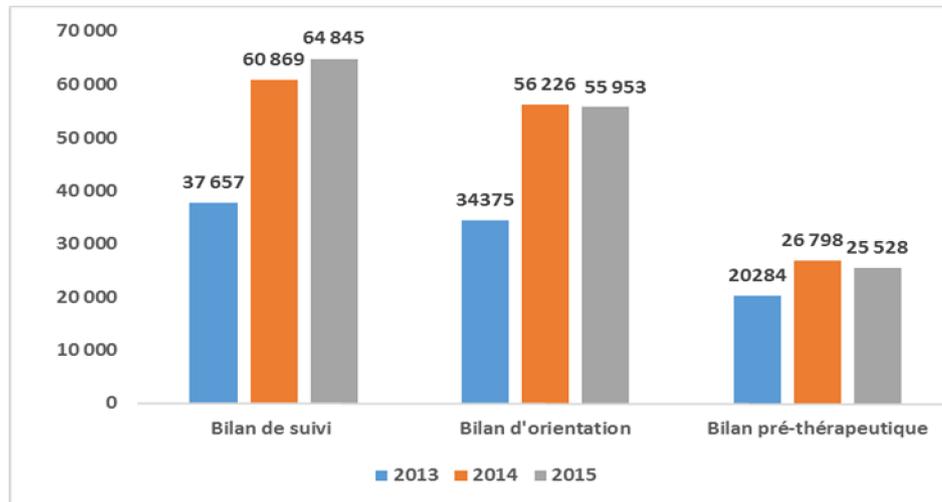


Figure 15: Offre des bilans aux PVVIH de 2013 à 2015

De cette figure, il ressort que l'offre des bilans aux PVVIH est restée constante de 2014 à 2015. Si l'on considère que la population a eu une augmentation entre ces deux années, on peut avoir là une alerte de contre performance de la prise en charge des PVVIH. On peut aussi questionner la problématique du reporting des activités de réalisation de ce bilan biologique.

II.5. Prise en charge psychosociale et communautaire des PVVIH

Par rapport au suivi des PVVIH dans les CTA et les UPEC, 11 460 personnes ont reçu une prise en charge psychosociale par les ARC. On dénombre 273 séances d'éducation thérapeutique réalisées par les ARC qui ont permis de toucher 12 417 personnes. Les 2 159 sessions d'IEC réalisées par les ARC ont également permis de toucher 59 214 personnes. Au total, 75 523 PVVIH ont reçu des visites à domicile et 9 388 perdus de vue ont été recherchés et retrouvés par les ARC. Par ailleurs, 52 552 PVVIH sous ARV ont reçu au moins une visite à domicile et 32 607 PVVIH ont reçu des conseils au cours de l'année 2015.

II.6. Les patients Co-infectés VIH/TB et diagnostiqués sont pris en charge selon les directives nationales d'ici à 2017

L'objectif du PSN 2014-2017 est qu'au moins 80% des patients Co-infectés VIH/TB et diagnostiqués sont pris en charge selon les directives nationales d'ici à 2017 [2]. C'est pour

cette raison que la TB doit être recherchée activement chez les PVVIH de façon routinière et documentée.

Au cours de l'année 2015, la tuberculose a été recherchée et documentée chez 847 533 PVVIH sous ARV, soit 15 fois la valeur de l'année 2104 (57 682) [3]. Toutefois la proportion des patients VIH diagnostiqués tuberculeux parmi ceux chez qui la TB a été recherchée n'est pas connue. Des réflexions ont été menées au sein du groupe de travail de co-infection qui est l'instance de la coordination des activités intégrées TB et VIH, pour pouvoir capter cette information. Chez tout patient tuberculeux, le dépistage du VIH doit systématique et tout co-infecté TB-VIH doit être mis sous prophylaxie au cotrimoxazole et sous ARV.

La figure 13 présente l'évolution des taux de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux et de mise sous cotrimoxazole et sous ARV des patients TB/VIH. On note une légère progression quant à la mise des patients co-infectés sous ARV par rapport à l'année 2014.

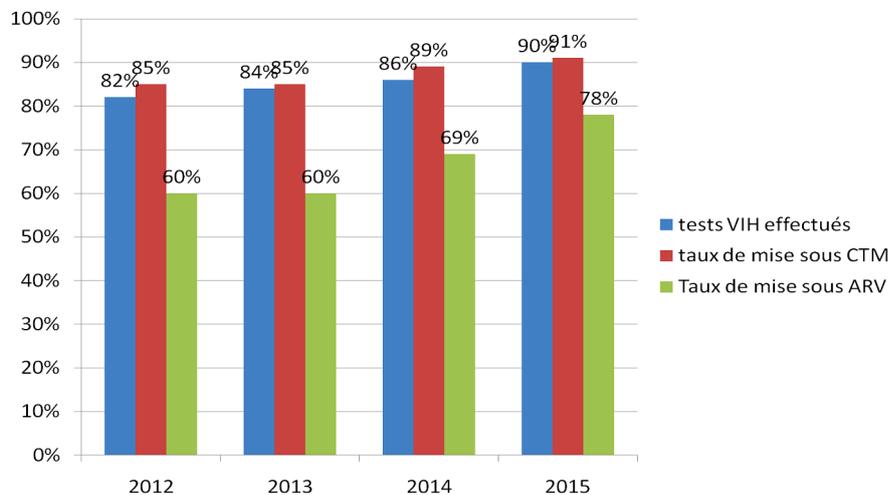


Figure 16: Evolution des taux de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux et de mise sous cotrimoxazole et sous ARV des patients TB/VIH

Tableau 20: Répartition par région de la proportion des patients co-infectés TB/VIH mis sous prophylaxie au cotrimoxazole et sous ARV (cohorte 2104)

Région	TB/VIH+	Sous Cotrimoxazole	Sous ARV	Sous Cotrimoxazole	Sous ARV
				Objectif 90%	Objectif 72%
Adamaoua	466	390	368	94%	87%
Centre	674	631	589	94%	87%
Yaoundé	1 619	1 394	1 282	86%	79%
Est	794	708	479	89%	79%
Extrême-Nord	495	465	409	94%	83%
Littoral	308	250	185	81%	60%
Douala	1 458	1 346	936	92%	64%
Nord	497	464	433	93%	87%
Nord-Ouest	1 034	1 028	1 016	99%	98%
Ouest	437	421	361	96%	82%
Sud	354	332	295	93%	83%
Sud-Ouest	703	655	581	93%	83%
Total	8 839	8 084	6 934	91%	78%

Si on note une progression globale du taux de mise des patients co-infectés sous ARV, certaines régions notamment le littoral, l'est et Douala ont encore des efforts à faire.

II.7. Prévention et prise en charge d'autres comorbidités associées au VIH et prise en charge des infections opportunistes

La prévention, le diagnostic et la prise en charge des infections opportunistes et autres comorbidités est l'un des piliers de la stratégie globale de prise en charge médicale des personnes infectées au Cameroun. La figure ci-dessous montre la comparaison des infections opportunistes diagnostiquées et le nombre de PVVIH sous prophylaxie gratuite au cotrimoxazole de 2013 à 2015.

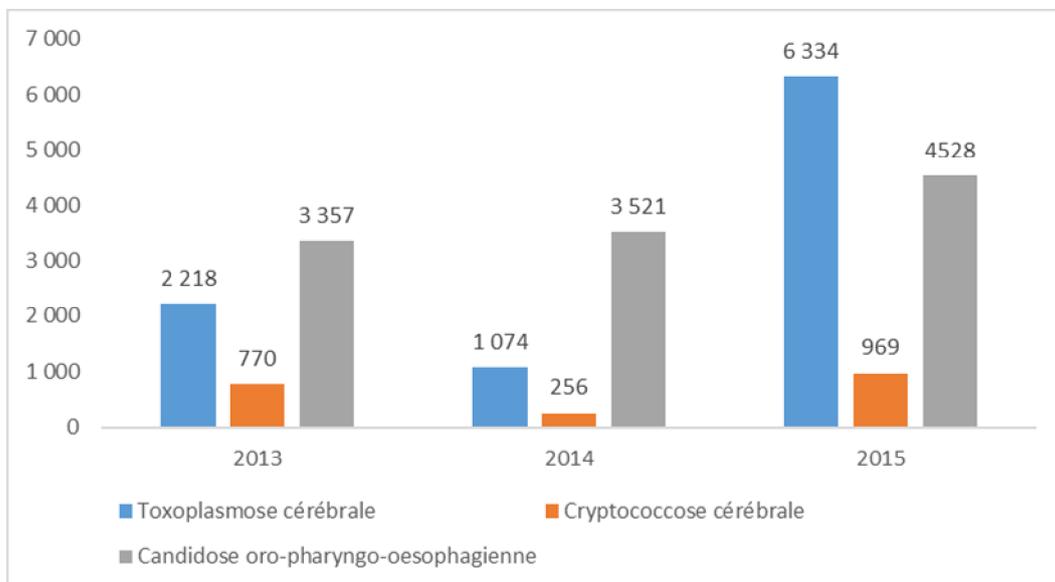


Figure 17: Infections opportunistes diagnostiquées de 2013 à 2015

On note une augmentation générale du nombre de cas d'infections opportunistes diagnostiqués et traités depuis 2013 [4], soit une augmentation de 3 fois, 1,3 fois et 1,3 fois de la toxoplasmose cérébrale, de la cryptococcose cérébrale et de la candidose oro-pharyngo-oesophagienne respectivement.

S'agissant de la prophylaxie au cotrimoxazole, 589 414 PVVIH en ont bénéficié, soit un accroissement de 18 fois le nombre de PVVIH bénéficiaires de l'année 2014 [3].

Il est important de relever que la prophylaxie au cotrimoxazole et le traitement des infections opportunistes sont gratuits.

Ces résultats montrent qu'il y a une amélioration importante des connaissances et pratiques en matière de prévention et diagnostic des infections opportunistes.

III. Réduire l'impact socio-économique de la maladie sur les personnes vivant avec le VIH, les OEV et les autres personnes affectées

Dans le cadre du soutien aux OEV, le sous-projet de soutien des Orphelins et Enfants Vulnérables financé par la subvention du round 10 du Fonds Mondial est géré par CRS en tant que sous-récepteur du CNLS/MINSANTE.

Le sous-projet de PEC des OEV vise à atteindre l'objectif 3.2 du projet pays qui est de réduire l'impact du VIH et du sida chez les OEV et la stigmatisation et discrimination liées au VIH.

Ce projet couvre 05 régions à savoir :

- " Adamaoua
- " Centre
- " Est
- " Nord
- " Nord-Ouest

Pour l'année 2015, 3 rapports trimestriels (T11, T12, T13) (jan-juin 2015 et oct-déc) du sous-projet susmentionné, ont été transmis par CRS au GTC/CNLS.

Dans le cadre du projet de soutien aux OEV mis en œuvre par CRS avec l'appui du Fonds mondial, des activités de soutien se sont poursuivies. Selon le mode opératoire du projet, CRS contracte avec des OBC qui s'occupent de la mise en œuvre sur le terrain. Ainsi 22 organisations à base communautaires (OBC) ont directement contracté avec CRS. Ces OBC ont signé des accords de partenariat qui définissent le mode de coopération et fixent les clauses essentielles qui fondent ce partenariat.

Les OBC apportent 5 types de soutien aux bénéficiaires à savoir :

- " Soutien à la scolarisation ;
- " Soutien nutritionnel ;
- " Soutien psychosocial ;
- " Soutien juridique ;
- " Soutien aux soins (de Santé).

Pour consolider ces différents types d'appuis, les OBC font des visites à domicile (VAD). Ces activités se déroulent dans le respect strict des personnes ciblées sans stigmatisation ni discrimination. Les OBC reçoivent également d'appuis matériels de CRS notamment des fournitures de bureau et bénéficient également des appuis financiers pour leur fonctionnement. Au 31 décembre 2015, les résultats obtenus étaient les suivants :

Tableau 21: Répartition des activités de soutien aux OEV par région

Région	Nbre d'OEV éligibles	Nbre de soutien psychosocial	Nbre de soutien nutritionnel	Nbre de soutien juridique	Nbre de soutien éducationnel	Nbre de soutien sanitaire	Nbre de VAD
AD	2 250	1 714	2 048	291	1 536	0	501
CENTRE	7 325	3 536	7 258	720	5 119	4 317	2 727
EST	1 975	1 555	1 974	447	1 297	603	1 294
NORD	4 150	963	3 470	601	2 498	0	819
NORD OUEST	4 300	3 355	4 274	426	3 285	4 300	1 861
Total	20 000	11 123	1 902	2 485	13 735	9 220	7 202

La mise en œuvre des activités de ce sous-projet s'appuie sur différents intervenants parmi lesquels 82 TS travailleurs sociaux. Les interventions de ce sous-projet sont d'urgence nationale. Ainsi, dans le souci de s'assurer que toutes les activités sont menées conformément aux plans d'action approuvés, le CNLS a mené en 2015, deux missions de supervisions des activités et de contrôle de la qualité des données des Sous Récipiendaires. Les résultats de ces missions ont révélé des faiblesses dans la mise en œuvre des activités. Deux sous projets et des propositions d'amélioration issues des faiblesses identifiées ont été faites. Parmi les recommandations les plus importantes, on relève pour le sous-projet mis en œuvre par CRS :

- Rendre effectif le soutien sanitaire aux OEV à travers un partenariat avec des formations sanitaires des régions de l'Est, de l'Adamaoua et du Nord
- Réorienter les soutiens non seulement au niveau d'un OEV éligible dans la famille mais au niveau de tous les enfants de la famille.
- Faire un plaidoyer auprès des autorités administratives des différentes localités pour leur bonne compréhension et adhésion au projet afin de mieux faciliter la distribution des paquets de soutien et l'établissement des actes de naissance
- Faire un auprès des communes et les grandes Sociétés des Région pour leurs implications dans le soutien aux OEV

III.1. Réduction de la stigmatisation et de la discrimination liée au VIH/Sida, ainsi qu'à l'orientation sexuelle et augmentation de la tolérance envers les PVVIH

Sous la coordination du CNLS, il s'est tenu en 2015, deux réunions du Groupe de Suivi des activités visant la réduction de la stigmatisation et de la discrimination (S&D) envers les PVVIH. Ce groupe est constitué des représentants des associations des PVVIH, de l'ACMS, du BIT, du MINJUSTICE, PPSAC, OCEAC, MINTSS, ONUSIDA. Les objectifs de ces réunions ont respectivement porté sur l'évaluation du niveau de mise en œuvre des activités de lutte contre la S&D conformément aux résultats de la première étude de l'index

Stigma au Cameroun (réalisé en 2011), et du plan d'action 2015 du comité de suivi S&D. En effet, les activités de lutte contre le VIH sont effectivement mises en œuvre au Cameroun, mais ne sont pas suffisamment rapportées par les secteurs concernés (travail, santé, justice et communautaire). Une discussion sur la planification du second passage de l'étude index de stigma au Cameroun est entamée dans le but d'actualiser les données sur la stigmatisation et discrimination et d'évaluer l'impact des activités menées après la première étude.

En plus des études sur *l'index de stigma*, il y a *l'indice de stigma* qui est en cours de développement au Cameroun depuis le mois de juillet 2015 avec l'appui technique et financier de PPSAC. Cet *indice stigma* aura une portée internationale et permettra d'analyser par région ou par pays, le niveau de stigmatisation et discrimination.

IV. Amélioration de l'utilisation des données programmatiques et de recherche pour la prise de décisions

IV.1. Renforcement du fonctionnement du GTSE

Le Groupe Technique de Suivi Evaluation comme organe technique faitier de l'information stratégique a tenu les 04 réunions prévues et différents documents et rapports ont pu être validés. Précisément les documents principaux validés ont pu être mis sur le site internet www.cnls.cm afin de permettre une meilleure diffusion. Par ailleurs des réflexions ont été menées pour adresser un peu plus spécifiquement certaines recherches. Ainsi des projections Régionales de l'épidémie à VIH ont été effectuées pour les 10 régions.

IV.2. Renforcement de la surveillance épidémiologique et des résistances

Le système de surveillance de la pharmaco résistance du VIH a été renforcé en 2015 grâce à l'appui technique et financier de l'OMS. Pour y parvenir, l'organisation a facilité le processus d'élaboration du Plan national 2016-2018 de prévention et surveillance de la pharmaco résistance du VIH, redynamisée le fonctionnement du groupe technique de travail sur la résistance et réalisé dans 50 CTA/UPEC l'enquête 2015 sur les « Indicateurs d'alerte précoce » de la pharmaco résistance du VIH. Ces actions permettront de réduire significativement les risques d'émergence de la pharmaco résistance et d'accroître à plus 80%, le taux de rétention des patients sous traitement ARV qui était de 60% en mars 2015.

IV.3 Renforcement de la supervision et du contrôle de la qualité des données

Au cours de l'année 2015, les activités de supervision de la qualité des données primaires et secondaires se sont poursuivies.

Les activités de supervision et contrôle de la qualité des données collectées ont été menées régulièrement tout au long de l'année 2015 par tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH à plusieurs niveaux à savoir :

- Le niveau central vers les régions et sous récipients (CARE ET CRS) ;
- Le niveau régional en direction des formations sanitaires ;
- Auprès de sous-récipients (CARE et CRS) par le niveau central.

IV.4. Amélioration du stockage et de l'accès aux données/documents

Le site du GTC/CNLS est resté fonctionnel et opérationnel pendant toute l'année 2015 et on y retrouve des informations pratiques et autres documents tels que les rapports d'activités des années antérieures, les plans stratégiques etc.

La mise en œuvre de la base de données DHIS a été entamée et les données de toutes les régions y ont été introduites, cette mise en œuvre est continue. Le logiciel VINDATA a également été adopté et son processus de mise en œuvre amorcé. Le logiciel ESOPE mis en place avec l'appui financier d'ESTHER est resté fonctionnel et opérationnel pendant l'année 2015.

IV.5. Promotion de la recherche dans le domaine du VIH

En matière de recherche dans le domaine du VIH en 2015, une cartographie des travailleurs de sexe (TS) a été menée dans 8 villes du Cameroun avec l'appui financier de la Banque Mondiale [7]. L'objectif de cette étude était d'estimer la taille de la population des TS pour une orientation spécifique de l'offre des services de PEC du VIH/SIDA chez les TS. De cette étude il ressort une estimation nationale de 112 580 TS (103 436-121,723). Les villes de Bafoussam, Bertoua et Kribi avaient les taux de TS pour mille femmes adultes les plus élevés avec 26,81/1000, 39,9/1000 et 51,5/1000. Environ 1,3% de la population des femmes adultes dans ces villes pourraient être des TS. Les hot spots les plus représentés où on retrouvait plus de TS, étaient les bars simples/bars avec chambres (45%) et les auberges/hôtels (21%).

Sous la coordination de la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS), une évaluation du plan d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH (2011-2015) [8] et une analyse de la situation de la prise en charge du VIH pédiatrique au Cameroun [9] ont été réalisées.

Analyse de la situation de la prise en charge du VIH pédiatrique au Cameroun [9]

Une étude transversale avec une double approche qualitative et quantitative avait été menée auprès des décideurs nationaux du système de santé et les responsables régionaux impliqués dans la prise en charge du VIH pédiatrique d'une part, et d'autre part les prestataires des différents services de PTME et de prise en charge pédiatrique du VIH et enfin les acteurs communautaires de ces services. L'objectif général de cette étude était de faire une analyse situationnelle de la prise en charge pédiatrique du VIH au Cameroun. Les goulots d'étranglements suivants ont été identifiés :

Sur le plan de l'environnement pour la fourniture de services

- L'absence de suivi des activités des PTF par la partie nationale ;
- La répartition inéquitable de l'appui des PTF sur le territoire national ;
- La faible coordination entre les différents partenaires, pourtant nombreux. Ce qui se traduit par la duplication des interventions portant quelques fois sur les mêmes cibles et les mêmes sites.

Concernant l'accès aux soins, soutien et traitement pédiatrique du VIH

- Les ruptures de kits de prélèvement sur DBS ;
- L'absence de normalisation du système de transport des échantillons DBS et des résultats entre le laboratoire de référence et les sites de prélèvement ;
- Les nouvelles directives de la prise en charge précoce du VIH pédiatrique non diffusées auprès du personnel ;
- La faible implication des autres services de SMNI dans le repérage des nourrissons exposés au VIH et dans l'offre de service de diagnostic précoce du VIH pédiatrique ;
- La faible documentation des activités de prise en charge pédiatrique du VIH ;
- L'absence de mise en œuvre de la stratégie de délégation des tâches de PECP des personnels spécialisés vers les personnels non spécialisés
- La faiblesse de l'organisation communautaire autour de la PTME/PECP pédiatrique dans la quasi-totalité des régions investiguées.

Par ailleurs, concernant la couverture en dépistage précoce des nourrissons nés de mères séropositives testés dans les 6-8 semaines par la PCR, les données montraient que la tendance nationale était à la hausse sur la période de 2011-2013 (8 099 à 9 994 enfants testés). Cependant, la région de l'Extrême-Nord était celle où la couverture a connu une tendance à la baisse (504 à 243 enfants testés).

Evaluation du plan d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH [8]

Une étude transversale avec un volet qualitatif et quantitatif avait été menée pour objectif général de comparer le niveau d'atteinte des résultats planifiés suivant le cadre logique de Suivi et Evaluation (S&E) et d'évaluer la mise en œuvre à mi-parcours du Plan é-TME (2011-2015)

De cette étude il ressort les faits suivants :

- Le taux de fréquentation de la CPN était de 69,5% au niveau national en 2014, se rapprochant de l'objectif national qui était de 75%, faisant suite à une quasi-stagnation observée entre 2007 et 2012 (35 à 40%) ;
- Le taux de TME était passé de 32% en 2009 à 25% en 2013. Cependant, il demeurait très élevé et très éloigné de la cible fixée à 5% pour 2015 ;
- La couverture populationnelle des FEC VIH + en ARV a sensiblement augmenté passant de 32,7% en 2013 à 53,5% en 2014. Le taux de 2014 était proche de la cible du plan fixée à 65% ;
- Concernant la sensibilisation sur la PTME, les principaux acteurs impliqués dans les activités de sensibilisation sur la PTME, étaient les prestataires de santé, les agents relais communautaires (ARC) et les leaders communautaires. Il est ressorti que plusieurs activités de communication de sensibilisation sur le VIH (modes de prévention et de transmission, importance de la CPN etc.) menées sur le terrain étaient connues des bénéficiaires. En outre on notait que les groupes de soutien œuvrant pour la PTME étaient rares ;

- Concernant l'accès et l'utilisation des services de PTME et de prise en charge du VIH pédiatrique, dans certaines régions telles le Littoral, le Centre et l'Est le problème d'accessibilité géographique ne se posait pas avec autant d'acuité que dans la région de l'Extrême Nord où la distance entre les formations sanitaires et les communautés était présentée comme un frein à l'utilisation des services de santé.

Le CNLS a mené une étude sur la rétention des malades sous traitement ARV 12 mois après l'initiation [10]. L'objectif général de cette étude était d'évaluer la capacité du programme national de prise en charge à maintenir les patients sous ARV. L'étude était analytique de type cohorte rétrospective incluant les patients sous TARV suivis dans certains CTA et UPEC sélectionnés de façon aléatoire sur l'étendue du territoire. Cette étude a révélé que seul 34,4% des sites avaient un taux de rétention supérieur à 70%, la rétention était statistiquement plus élevée chez les femmes (62%) que chez les hommes (57,1%). La rétention était aussi statistiquement plus élevée dans les UPEC (66,8%) que dans les CTA (54,2%). Aussi, la rétention était plus élevée au mois d'octobre (64,9%) par rapport aux mois de novembre (59,1%) et décembre (57,1%). On a aussi noté une rétention plus élevée au stade clinique I (63,3%) et chez les patients ayant des CD4 entre 351 et 500. Il ressort donc de cette étude un faible taux de rétention sous TARV à 12 mois (60,4%), très inférieur à la valeur standard de l'OMS qui est de 70%.

Une étude conduite en 2015 par l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) avec l'accompagnement du MINAS, du MINSANTE ainsi que des Organisations de promotion des droits des personnes handicapées a dressé un état des lieux et évalué la vulnérabilité de cette couche sociale au VIH, en comparant leur situation à celle de la population générale [11]. Cette étude de type cas-témoins apparié a comparé une population de 807 personnes handicapées âgées de 15 à 49 ans et 807 témoins non handicapés, de même âge, sexe et lieu de résidence. Tous les types de handicaps ont été considérés (23% handicap visuel, 12% auditif, 43% physique, et 21% handicap intellectuel ou psychique). Il en est ressorti une prévalence du VIH de 6,5 chez les cas contre 3,9% chez les témoins. Comparées aux témoins, les femmes handicapées avaient une fréquence plus élevée de rapports sexuels en échange d'argent (2,46% vs 0,72%). Par ailleurs la proportion d'utilisation de préservatif pendant les rapports sexuels occasionnels était plus faible chez les sujets en situation de handicap comparée aux témoins (62% vs 78%). Cette étude a démontré que les personnes handicapées ont un risque élevé de contracter le VIH, et présentent de façon plus générale une grande vulnérabilité dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

Une étude IBBS a été initiée en 2015 par ACMS, les résultats de ladite étude seront disponibles en 2016.

V. Renforcer la coordination, la mobilisation des ressources et la gestion de la réponse nationale

V.1. Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs

L'atteinte des objectifs nationaux et internationaux en matière de lutte contre le VIH/SIDA nécessite l'implication des tous les acteurs engagés dans cette lutte. Les principaux acteurs sont :

- Les PVVIH ;
- Les communautés ;
- Les organisations confessionnelles ;
- Les leaders d'opinion ;
- Les médias ;
- Les administrations publiques et privées ;
- Les Organisations de la société Civile (ONG, OBC, Associations) ;
- Les organismes bi et multilatéraux.

Les partenaires bi et multilatéraux sont davantage des organismes d'appui techniques et financiers pour les acteurs clés opérationnels notamment les administrations publiques et privées, les OSC.

a. Les administrations publiques et parapubliques

MINADER

Le Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural (MINADER) a participé à la mise en œuvre effective du PSN 2014-2017. Les activités réalisées au cours de l'année 2015 ont consistés en l'organisation d'une campagne de dépistage gratuit, volontaire et anonyme du VIH dans 2 sites au cours de laquelle 400 personnels ont été dépistés dont 1 séropositif référé pour PEC. Par ailleurs dix points focaux VIH régionaux ont été formés et installés, tandis que, 6000 dépliants et 43 200 préservatifs masculins ont été distribués. En outre le MINADER a procédé à la validation de son plan sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2015-2017.

MINDEF

Les activités de lutte contre le VIH au Ministère de la Défense (MINDEF) sont coordonnées et implémentées par la Direction de la Santé Militaire avec l'appui de PEPFAR/DoD à travers le projet DHAPP. Les partenaires d'implémentation de PEPFAR pour le MINDEF sont ACMS et GV. L'appui de GV est orienté exclusivement vers les Structures de Santé des Armées ; celui d'ACMS s'effectue essentiellement dans les unités non médicales, les casernes et communautés riveraines.

Les populations cibles du Secteur Défense sont les militaires et leurs familles, avec un focus sur les militaires vulnérables que sont les jeunes recrues, les personnels déployés en opérations/en détachement et les personnels féminins.

Les activités de Communication pour le Changement de Comportement ont été réalisées par les pairs éducateurs au sein des services, des unités et casernes à travers lors des causeries morales réglementaires sous la supervision des chefs d'unité et des personnels de la Santé Militaire. Un accent a été mis sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

L'offre et la demande en préservatifs masculins ont augmenté grâce à l'approvisionnement gratuit de tous les secteurs de santé pour répartition dans les unités sous leur contrôle. Ces préservatifs sont accessibles chez les chefs de région et secteurs de santé et commandants d'unité, utilisés dans le Package de prévention aux stagiaires et aux contingents en pré déploiement. Les activités qui ont concouru à la disponibilité et l'accessibilité des préservatifs ont été renforcées par l'action conjointe des partenaires, notamment l'ACMS qui a distribué 90% des préservatifs en 2015. En dépit d'un épuisement des stocks à disposition, plusieurs unités/services demeurent non bénéficiaires.

Un accent particulier est mis sur le Renforcement et la promotion de l'utilisation correcte du préservatif féminin, longtemps rejeté par les personnels féminins. En 2015, ACMS a distribué un total de 1 081 620 préservatifs (1 018 220 préservatifs masculins et 63 400 préservatifs féminins) et GV a distribué 125 920 préservatifs (124 560 préservatifs masculins et 1 360 préservatifs féminins)

En matière de renforcement des capacités, les personnels des FOSA militaires ont été formés en Positive Health Dignity and P. Les activités y relatives sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 22: Répartition des activités de formation du personnel des FOSA militaires

Type de formation	RSM1	RSM2	Total
Formation intégrée en PTME B+ _CDV_ Coïnfection VIH/TB, Soins et soutien PVVIH	51	81	132
Agents relais communautaire	19	0	19
Pratique générale en laboratoire	13	36	49
Technique EID/PCR	22	5	49
Gestion de la qualité en laboratoire et la biosécurité	10	8	18
Gestion des données/ suivi & évaluation	51	74	125
Santé Positive, Dignité et Prévention (SPDP)	24	7	31
Total	190	211	291

La réorientation des activités de PEPFAR sur les régions les plus affectées du pays a limité en 2015 la capacité du secteur à atteindre ses populations cibles. (23 sites en fin 2015 répartis dans les 4 régions du Centre, Littoral, Nord -Ouest et Sud- Ouest).

MINAS

Les activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Ministère des Affaires Sociales (MINAS) ont été marquées par la réalisation d'une campagne de sensibilisation sur le SIDA couplée au dépistage volontaire et gratuit du VIH dans le cadre de la célébration de la 129^{ème} fête internationale du travail. Le résultat obtenu était le conseil et dépistage de 157 personnels des services centraux (54 femmes et 103 hommes) dont 02 testés positifs (01 homme et 01 femmes), 66 personnels ont pris part à une causerie éducative portant sur « la stigmatisation et la discrimination liées au VIH » et « le préservatif féminin et ses avantages », 960 préservatifs masculins ont été distribués et 354 supports de sensibilisation/information produits/utilisés (02 banderoles, 40 affiches VCT@Work, 250 dépliants, 10 blocs notes, 10 stylos , 40 autocollants, VCD sur la stigmatisation et la discrimination en milieu professionnel).

Dans le sillage de la Semaine Camerounaise contre le Sida 2015, 69 responsables des services centraux et déconcentrés de ce département ministériel et mandataires d'organisations partenaires, ont pris part le 08 décembre 2015 au Cercle Municipal de Yaoundé, à un Atelier de sensibilisation et de renforcement des capacités des intervenants sociaux sur leur rôle dans la prévention du VIH/sida et la protection sociale des personnes affectées ou infectées.

Le plan sectoriel 2016-2018 du MINAS pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA a été validé techniquement en décembre 2015 et la validation sectorielle est envisagée au courant 2016.

MINESEC

Les activités du Ministère des Enseignements Secondaires (MINESEC) ont été intenses au cours de l'année 2015. Les capacités de 20 coordonnateurs régionaux et locaux VIH sont été renforcées sur l'utilisation des outils et la vision du projet.

Tableau 23: Activités de lutte contre le VIH au MINESEC

Activités	NKONSAMBA	NDOP	MEIGANGA	BERTOUA	DOUALA 3 ^{ème}	MUYUKA	LIMBE	BAFANG
Sensibilisation	3 000	4 000	3 000	6 000	10 000	3 000	/	4 000
Conseil et dépistage	1 542 (4 positifs)	570 (1 positif)	574 (1 positif)	683 (1 positif)	842 (3 positifs)	800 (2 positifs)	/	778 (2 positifs)
Formation des élèves paires éducateurs	/	600	600	600	600	600	/	600
Formation des élèves superviseurs pairs éducateurs	/	60	60	60	60	60	/	60
Formation des encadreurs	/	20	20	20	20	20	/	20

RAPPORT ANNUEL CNLS 2015

Plaidoyer pour l'implication de 4 autorités locales dans la prévention du VIH	/	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	/	OUI
Formation des prestataires des inspections médico-scolaires et associations au counseling et à la PEC psycho-sociale des PVVIH	/	/	/	/	20	/	20	/

Des activités ont également été menées en faveur des jeunes dans plusieurs arrondissements et villes du pays ainsi qu'il ressort du tableau ci-après:

MINJEC

Plusieurs interventions ont été menées par le Ministère de la Jeunesse et de l'Éducation Civique (MINJEC) au cours de l'année 2015.

En matière de renforcement des capacités, des formations ont eu lieu dans plusieurs villes du pays à savoir :

- “ 360 superviseurs pairs éducateurs, 66 ECE, 3600 paires éducateurs, 44 AL dans les villes de Kye-ossi, Ebolowa, Borgop, Yaoundé, Tubah, Nkongsamba, Kumba, Santchou ;
- “ 30 prestataires en PTME (Bakassi) ;
- “ Formation de 30 jeunes filles leaders des milieux scolaires et extrascolaires ont été formées en SRA, prévention du VIH/SIDA, ANACOM, life skills et VBG.
- “ Recyclage des superviseurs des paires éducateurs des CIEE

Les CRV ont été réalisées dans les villes de Kye-Ossi, Ebolowa, Borgop, Tubah, Kumba Nkongsamba, Yaoundé et santchou.

En matière de mobilisation, sensibilisation et dépistage des jeunes, le MINJEC a mobilisé 64 240 jeunes, parmi lesquels 11 498 ont été dépistés dont 102 positifs et 101 référés, ceci dans plusieurs villes du pays.

Le suivi des micros plans intégrés de communication des centres de promotion de la jeunesse de Bamenda, Limbé, Ngaoundéré, Mimboman et Nkolndongo et Mimboman à Yaoundé, Obala, Kribi et Douala Bassa, a été marqué par l'exécution des micros plans des ECE et superviseurs pairs éducateurs des CIEE des CMPJ desdites villes.

Le MINJEC a mené des activités en faveur des OEV en 2015 à Batacham, c'est ainsi que 300 OEV ont bénéficié d'au moins une visite par mois, 100 OEV et leurs familles ont bénéficié d'un soutien nutritionnel, 240 OEV ont bénéficié de kits scolaires.

Le suivi des adolescents et jeunes vivant avec les VIH a été marqué par la prise en charge de 6 nouveaux cas, la tenue de réunions de groupes de soutien avec les anciens et nouveaux patients à Dschang.

MINREX

Le Ministère des Relations Extérieures (MINREX) a apporté sa contribution dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST pendant l'année 2015 lors de la célébration de la 29^{ème} édition de la journée internationale de lutte contre le VIH/SIDA à travers l'organisation d'une campagne de dépistage volontaire du VIH, des hépatites virales B et C au cours de laquelle 109 personnes ont été dépistées au VIH dont 4 positives, 252 à l'hépatite B dont 10 positives et 235 personnes à l'hépatite C dont 4 positives.. Une conférence débat sur le thème « combattre et vivre avec le VIH/SIDA en milieu professionnel » a été organisé rassemblant 200 jeunes et visait la sensibilisation, la prise de conscience le changement de comportement et le renforcement des capacités.

MINFOF

Les activités du Ministère des Forêts et de la Faune (MINFOF) ont porté sur la ccc. Une campagne d'éducation, d'information et de renforcement des capacités des pairs éducateurs et personnels relais sur le VIH/SIDA et les IST a été organisé à l'attention de 25 étudiants et personnels de l'École de la Faune de Garoua.. Divers thèmes ont été abordés à savoir le conseil à assise communautaire, les techniques d'animation, la CCC, l'influence naturelle des IST dans la société, l'impact du VIH dans la société, les femmes vivant avec le VIH etc. une campagne d'éducation, d'information et de sensibilisation du personnel du MINFOF au bataillon des troupes aéroportées de Koutaba a également été menée avec la participation de 100 éléments.

MINEPIA

Le Ministère de l'Élevage, des Pêches et des Industries Animales (MINEPIA) a procédé à la validation de son plan sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

MINTSS

Le MINTSS n'a pas été en reste en 2015 en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA. Ses activités ont consisté au renforcement des capacités des inspecteurs du travail des régions du centre, sud, littoral et sud-ouest sur les droits associés au VIH. Grâce à l'appui technique et financier du BIT, l'initiative VCT@Work a été mise en œuvre avec comme résultat le dépistage de plus de 68 200 personnes dans les régions du sud, sud-ouest, ouest, littoral et centre. Avec l'appui du même partenaire, il a été procédé une dotation de 12 Rolls-Up VCT@WORK au CNLS pour renforcer la communication lors des campagnes de dépistage par les unités mobiles du CNLS.

L'Observatoire National du Travail (ONT), a formé des cadres du niveau central et des services déconcentrés sur la lutte contre le VIH et le SIDA et à la collecte des données y relatives en entreprise. En partenariat avec l'ONT, le CNLS et le BIT, un lancement et collecte des données en vue de l'établissement de la cartographie des interventions de lutte contre le VIH et SIDA dans le monde du travail a été initiée Par ailleurs le MINTSS a

apporté un appui technique au CNLS pour l'organisation des concertations nationales entre le CNLS et le secteur privé en vue de l'accélération de la thérapie ARV au Cameroun.

MINESUP

Au cours des jeux universitaires 2015, des campagnes de sensibilisation et de dépistage du VIH ont été menées avec l'appui des unités mobiles du GTR/CNLS. Par ailleurs, un plan sectoriel de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2015-2017 a été élaboré et validé. **CIRCB**

Dans le cadre de l'administration du « vaccin social », 1000 enseignants et 3 millions d'élèves ont été sensibilisés dans les régions du centre, est, sud-ouest, sud, nord-ouest et ouest. Cinquante (55) structures sanitaires ont bénéficié de l'expertise en assurance qualité du CIRCB dans le cadre du programme national d'assurance qualité pour la numération des T CD4. En tant que centre de référence, le CIRCB a réalisé 2507 charges virales, 63 tests rapides et 3512 numérations de CD4 au cours de l'année 2015. Le diagnostic précoce du VIH chez les enfants a été réalisé chez les enfants avec 3015 enfants testés, et 600 sites de PNDP créés. La recherche scientifique s'est poursuivie avec la réalisation de quelques études notamment : l'étude d'impact du VIH sur le système hospitalier, l'étude d'impact de la coinfection Dengue et paludisme chez les enfants et les mères VIH positif, l'exploration des facteurs permettant le contrôle de l'infection à VIH chez certains enfants et l'évaluation préclinique du vaccin du VIH/SIAD.

SOSUCAM

Grace à l'appui technique des partenaires notamment l'OIT/EAT Cameroun, le CNLS/GTC et GTR centre, SOSUCAM a pu distribuer gratuitement plus de 3 352 préservatifs masculins, 750 féminins, 200 pins ruban et 50 tee-shirts ceci dans le cadre des activités de sensibilisation et prévention du VIH/SIDA. S'agissant du dépistage volontaire et gratuit, avec l'appui du GTC et GTR centre à travers le don en kits de dépistage, 567 personnes ont été dépistées au cours de l'année dont 22 positives soit un taux de prévalence de 3,9%. Les points focaux ont également bénéficié d'un renforcement de leurs capacités à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA sur les lieux de travail.

b. Les organisations de la société civile et entreprises privées

Association des Femmes Actives et Solidaires (AFASO)

Au cours de l'année 2015, l'AFASO a réalisé le counseling au CHUY, 825 clients ont été reçus dont : 171 en pré-test, 654 en post-test (549 négatifs et 105 positifs). Leurs activités ont permis d'identifier 57 perdus de vue parmi lesquels 43 ont été réintégré dans le circuit de prise en charge. Des visites à domicile ont également été effectuées soit 78 dans les villes de Yaoundé et Okola. Dans le cadre du projet de soutien aux OEV du Round 10 Fonds Mondial, 1075 enfants ont bénéficié d'un soutien éducatif et 1 101 d'un soutien nutritionnel.

Parmi Les autres activités également réalisées par l'AFASO en 2015 on peut citer :

“ Les causeries éducatives : 67 causeries effectuées touchant 1029 personnes ;

- “ La formation des membres de l'AFASO sur le plaidoyer ;
- “ La production d'un guide communautaire des PVVIH ;
- “ Le tournage des scénarios AFASO : 05 scénarios produits sur les connaissances générales sur le VIH et la lutte contre le VIH, la stigmatisation et la discrimination
- “ La distribution des préservatifs masculins et féminins : 2500 préservatifs masculins et 1000 préservatifs féminins
- “

Association Féminine Vision Positive (AFVIPO)

Les activités de lutte contre le VIH menées par AFVIPO se sont résumé à l'organisation d'une campagne de dépistage volontaire du VIH au cours de laquelle 332 personnes ont été conseillées et dépistées dont 19 positifs soit un taux de séropositivité de 5,7%.

Association pour la Réinsertion et l'Implication des Personnes Infectées et Affectées par le VIH/SIDA (ARIPIA)

Au cours de l'année 2015 les activités suivantes ont été menées par ARIPIA avec l'appui technique et financier de ses partenaires :

- La prise en charge psychosociale dans les hôpitaux ;
- La mobilisation communautaire ;
- Les causeries éducatives ;
- Le Soutien aux OEV : inscriptions et réinsertions scolaires
- L'accompagnement à la prise en charge de la mère et de l'enfant

Centre International de Référence Chantal Biya (CIRCB)

Dans le cadre de l'administration du « vaccin social », 1000 enseignants et 3 millions d'élèves ont été sensibilisés dans les régions du centre, est, sud-ouest, sud, nord-ouest et ouest. Cinquante (55) structures sanitaires ont bénéficié de l'expertise en assurance qualité du CIRCB dans le cadre du programme national d'assurance qualité pour la numération des T CD4. En tant que centre de référence, le CIRCB a réalisé 2507 charges virales, 63 tests rapides et 3512 numérations de CD4 au cours de l'année 2015. Le diagnostic précoce du VIH chez les enfants a été réalisé chez les enfants avec 3015 enfants testés, et 600 sites de PNDP créés. La recherche scientifique s'est poursuivie avec la réalisation de quelques études notamment : l'étude d'impact du VIH sur le système hospitalier, l'étude d'impact de la coinfection Dengue et paludisme chez les enfants et les mères VIH positif, l'exploration des facteurs permettant le contrôle de l'infection à VIH chez certains enfants et l'évaluation préclinique du vaccin du VIH/SIAD.

Cameroon National Association for Family Welfare (CAMNAFAW)

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet Round 10 financé par le Fonds Mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (FM), la CAMNAFAW a mené plusieurs interventions en faveur des groupes de Populations les Plus Exposées au Risque VIH (PPER). Ces interventions ont essentiellement porté sur :

- La distribution des préservatifs, gels et lubrifiants ;
- La sensibilisation des PPER à partir des activités communautaires ;
- L'organisation du conseil dépistage volontaire du VIH/SIDA chez les PPER et autres populations vulnérables ;
- La prise en charge des cas IST chez les PPERs et autres populations vulnérables ;
- La formation des pairs éducateurs ;
- Le renforcement des capacités des prestataires de santé des cliniques CAMNAFAW.

CHIMISSIONS

En 2015, CHIMISSIONS a organisé des campagnes de sensibilisation et dépistage du VIH dans 2 congrégations au cours desquelles 724 personnes ont été sensibilisées dont 120 dépistées, soutenu plusieurs orphelins dans les zones rurales, formé des paires éducateurs en conseil biblique et psychosocial sur le VIH et les IST (25 paires éducateurs formés).

Communauté Camerounaise des Femmes Positives (CCaF+)

Les activités de CCaF+ ont porté essentiellement sur la CCC, la distribution des préservatifs, la formation des formateurs sur l'autonomisation des femmes vivants avec le VIH.

Développement et Santé Sans Frontières (DESSAF)

Les activités ont porté sur le conseil et dépistage des IST/VIH. C'est à cet effet que 235 personnes ont été conseillées et dépistées à l'École Nationale des Travaux Publics de Yaoundé pour le VIH, l'hépatite B et C avec pour résultats respectifs obtenus étaient : 16, 09, et 01 cas positifs.

Association Camerounaise pour le Marketing Social (ACMS)

- **Approche Régionale pour l'accès universel aux préservatifs (ARAUP)**

Afin de répondre au besoin de coordination et de visibilité du travail réalisé par les diverses structures qui assurent la disponibilité et l'accessibilité des préservatifs masculins et féminins, il a été mis sur pied le comité ARAUP (Approche Régionale pour l'Accès Universel aux préservatifs) avec l'appui du PPSAC et de l'OCEAC au niveau national en fin 2013. Ce comité multisectoriel de consultation technique, fonctionne sous la coordination du Secrétaire Permanent du GTC/CNLS. En 2015, ce comité a tenu 02 sessions, respectivement la troisième

et la quatrième du genre. Les recommandations fortes issues des deux réunions de 2015 ont été réalisées, certaines sont en cours de mise en œuvre pour être réalisées en 2016. Ainsi, le plan stratégique de la programmation du préservatif élaboré en octobre 2015, est en cours de finalisation. L'ACMS, membre de ce comité a produit 2 bulletins ARAUP en 2015 qui sont disponible sur le site internet du CNLS. Aussi, le CNLS est en train de faire prendre un acte officiel de création et mise en place du Groupe de travail Préservatif. Par ailleurs, le CNLS devra également mobiliser des ressources pour une étude sur l'évaluation de l'impact de la distribution gratuite du préservatif

- **Projet Coup d'Arrêt Sida-Cameroun (CAS-Cameroun)**

Ce projet est mis en œuvre depuis le mois de novembre 2008 par l'ACMS et le Ministère de la Défense avec l'appui financier du Département américain de la défense (DoD). Ce projet a pour but de réduire le nombre de nouvelles infections au VIH auprès des militaires. Au courant de l'année 2015, il a été implémenté dans trois Régions Militaires Interarmées (RMIA) notamment la RMIA 1 (Centre, Sud et Est), RMIA 2 (Littoral, Nord-Ouest, Ouest et Sud-Ouest) et RMIA 3 (Adamaoua et Nord). Le tableau ci-dessous indique les résultats du Projet en 2015.

Tableau 24: Activités menées dans le cadre du projet coup d'arrêt Sida-Cameroun

Indicateur	Réalisation	Zone de couverture	Partenaires
# Préservatifs masculins distribués	1 018 220	RMIA 1,2,3,4	MINDEF, CNLS
# Préservatifs féminins distribués	63 400	RMIA 1,2,3,4	MINDEF, CNLS
# Gels lubrifiants distribués	4 100	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS
# Magazine 100% Jeunes distribués	3 000	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS
# Kits de vie positive	110	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS
# Campagnes de dépistage IST/VIH/TB	23	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS, CHP, PNLT
# Personnes testées	7 465	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS, CHP, PNLT
# Cas positifs au VIH	263	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS, CHP, PNLT
# Militaires testés	3 632	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS, CHP, PNLT
# Cas positifs militaires	116	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS, CHP, PNLT
# Civils testés	3 833	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS, CHP, PNLT
# Cas positifs civils	147	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS, CHP, PNLT
# Activités de CCC	55 955	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS
# Personnes touchées par les activités de CCC	85 632	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS
# Militaires touchés par les activités de CCC	34 098	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS
# Civils touchés par les activités de CCC	51 534	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS
# Réunions mensuelles des groupes de parole	34	Yaoundé, Douala, Garoua et Bamenda	MINDEF, CNLS, RECAP+
# Participants cumulés aux réunions mensuelles des groupes de parole	522	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS, RECAP+

# PVVIH référés efficacement vers les centres de traitement (CTA/UPEC)	181	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS
# Cas d'IST traités suivant l'approche syndromique	500	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS, CHP
# Instructeurs militaires formés à l'usage des manuels sur le VIH	37	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS
# Pairs éducateurs formés	465	RMIA 1,2,3	MINDEF, CNLS

- **Stratégie nationale de la programmation du préservatif**

Avec une prévalence de 4.3% dans la population de 15 à 49 ans, le Cameroun fait partie des pays à fort taux de prévalence dans la sous-région.

Grace à l'appui technique et financier de l'USAID et de l'UNFPA, le CNLS a conduit l'élaboration du *plan stratégique de la programmation complète des préservatifs féminins et masculins et lubrifiants pour la prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées au Cameroun 2016-2017*. L'objectif de ce plan stratégique vise à assurer la disponibilité, l'accessibilité des condoms masculins, féminins et lubrifiants de bonne qualité pour toute personne qui devrait l'utiliser et qui en exprime le besoin. Ce plan stratégique est en harmonie avec plan stratégique national de lutte contre le IST/ VIH 2014-2017. Il s'agit d'un outil intégrateur pour une approche programmatique intégrée pour assurer la disponibilité des préservatifs masculins, féminins et lubrifiants. Les composantes stratégiques de ce plan sont les suivantes : (1) leadership et coordination, (2) demande, accès et utilisation, (3) approvisionnement et sécurisation des produits, (4) appui institutionnel et organisationnel. Ce document disponible en draft depuis le mois d'octobre 2015 sera validé, sera produit et disséminé en 2016.

- **Activités communes synergiques et transfrontalières**

Le CNLS accompagne le Projet de Prévention du VIH en Afrique Centrale (PPSAC) dans la mise en œuvre des activités communes synergiques transfrontalières (ACSTF), dont l'objectif vise à réduire la propagation du VIH et des IST à travers des interventions au niveau des nœuds transfrontaliers. Les autres partenaires impliqués dans la mise en œuvre des ACSTF sont l'ACMS, le RECAP+, le RAP+AC, la FCCR. Du 24 août au 03 septembre 2015, les activités du nœud transfrontalier Ouesso-Socambo (Ouesso au Congo et SOCAMBO au Cameroun) ont été menées en directions des cibles filles libres, camionneurs, pêcheurs et populations riveraines et autochtones. A l'issue de ces activités, les résultats suivants ont été obtenus :

- “ 80 pairs éducateurs (parmi les filles libres, les camionneurs, les pêcheurs, les forestiers et les populations autochtones) ont été formés sur modes de transmission et prévention du VIH, la connaissance et l'utilisation des préservatifs masculins et féminins, les techniques d'organisation et d'animation de causeries éducatives et les stratégies de mobilisation communautaire

- “ 20 prestataires de soins des formations sanitaires (des sites du nò ud transfrontalier des deux pays) ont été renforcés sur la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles et sur le Counseling IST/VIH/SIDA fourni aux clients.
- “ 20 PVVIH issus des associations de PPVIH (du nò ud transfrontalier des deux pays) ont renforcé leurs capacités sur la vie positive, l'animation des séances de causeries éducatives, le conseil et l'orientation, des visites à domicile des personnes testées positives dans les formations sanitaires pour une meilleure prise en charge.
- “ Un atelier de plaidoyer avec les autorités administratives, les confessions religieuses, les Chefs traditionnels, les Chefs de Districts de santé de part et d'autres du Congo et Cameroun pour montrer l'intérêt des ACSTF et la mobilisation des cibles prioritaires et population riveraine au dépistage et la prise en charge du VIH.
- “ La grande campagne de dépistage du VIH et des IST (à Ouessou et SOCAMBO) et dont les résultats obtenus sont présentés dans les tableaux ci-après

Tableau 25: Activités de dépistage et PEC des IST/VIH dans le cadre des activités communes et synergiques transfrontalières

SITE	Nombre de personnes consultées par site et par sexe			Nombre de cas traités		
	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total
Socambo	184	121	305	88	106	194
Ouessou	195	162	357	77	99	176
Total	379	283	662	165	205	370
VIH						
SITE	Nombre de personnes dépistées par site et par sexe			Nombre de cas positifs		
	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total
Socambo	128	67	195	12	8	20
Ouessou	357	202	559	5	7	12
Total	485	269	754	17	15	32

ESPOIR ET VIE CAMEROUN (EVICAM)

Avec l'appui technique et financier de ses partenaires, EVICAM a pu réaliser les activités d'accompagnement psycho-social des PVVIH et des Campagnes de dépistage du VIH.

For Impacts in Social Health (FIS)

Les activités menées par FIS en 2015 ont notamment porté sur la rétention des femmes dans les services de PTME dans le district de santé de Lolodorf. C'est dans ce cadre que 1 876 femmes ont été sensibilisées, parmi lesquelles 331 ont été référées, 40% des perdues de vues ont ainsi été ramenées dans les FOSA.

Horizons Femmes

L'essentiel des activités de Horizons Femmes en matière de lutte contre le VIH en direction des TS et leurs clients au cours de l'année 2015 se résume ainsi qu'il suit :

- Communication pour le changement de comportement à travers des causeries individuelles, causeries de groupes ;
- Conseil dépistage volontaire du VIH/SIDA ;
- Distribution des kits de prévention à savoir préservatifs et gels lubrifiants ;
- Prise en charge des IST.

Humanity First

Au cours de l'année 2015, Humanity First a organisé des activités en direction des minorités sexuelles. Il s'est essentiellement agi des campagnes de dépistage du VIH, de l'accompagnement psychosocial, de l'assistance médicale (référence des PVVIH vers les UPEC pour suivi et laboratoires pour la réalisation de bilans biologiques, consultations médicales générales et spécialisées), et de la distribution des préservatifs et lubrifiants.

POSITIVE GENERATION

Positive Generation a apporté sa contribution à la lutte contre le VIH/SIDA à travers la mise en œuvre des activités suivantes :

- Organisation des 13 campagnes de dépistage du VIH visant les élèves, les étudiants et les communautés, au cours desquelles 760 causeries éducatives ont été organisées permettant de toucher 17 886 personnes ;
- Distribution de 3 258 préservatifs (masculins et féminins) ;
- Octroi de tests de dépistage aux communautés (200 tests octroyés) ;
- Accompagnement psycho-social de 188 personnes infectées.

Réseau Camerounais des Associations de Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (RéCAP+)

RéCAP+ a accompagné certains partenaires tels que l'ACMS et CNLS dans le cadre des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans la population générale et les populations spécifiques. Ainsi, il a conduit l'animation de groupes de paroles à la brigade du quartier

général, dans certaines entreprises et dans les associations de TS et MSM touchant au total 1 065 personnes. Par ailleurs des perdus de vues ont été recherchés et retrouvés. Comme autres activités, on note la distribution des préservatifs (705 préservatifs masculins et 221 préservatifs féminins) et la formation des conseillers psychosociaux pour accompagner les unités mobiles pour le dépistage des couples, lors de la mobilisation communautaire et en pré et post counseling.

MSH/SIAPS

MSH/SIAPS apporte essentiellement un appui technique au CNLS dans la réalisation de ses activités. Les activités suivantes ont été menées :

- Accompagnement du CNLS dans l'amélioration logistique et gestion de l'information à travers des formations, supervisions formatives et réunions de restitution dans les CTA/UPEC (104 CTA/UPEC) et sites PTME (32 sites) dans plusieurs régions ;
- Accompagnement du CENAME, des fonds régionaux, et des CTA/UPEC et sites PTME, pour l'amélioration du stockage et gestion des inventaires. Un recrutement de 4 conseillers techniques SIAPS a été effectué dans 4 fonds régionaux (Centre, Littoral, Nord et Nord-Ouest), 4 véhicules 4*4 ont été déployé pour le transport des médicaments dans les 4 fonds régionaux suscités, 20 magasiniers et superviseurs du CENAME ont été formé en gestion des médicaments, 28 magasiniers et superviseurs des fonds régionaux ont été formé en gestion des médicaments, formation de 129 coordonnateurs de CTA/UPEC et pharmaciens sur la supervision interne et monitoring des stocks, formation de 251 coordonnateurs de CTA/UPEC et commis de pharmacie sur le monitoring des stocks en utilisant les valeurs AMC Max et Min ;
- Appui technique au CNLS pour la vulgarisation de l'outil de suivi des produits VIH et SIDA au niveau régional à travers la formation de 23 staff dans 10 GTR et fonds régionaux ;
- Accompagnement du CNLS dans le processus de quantification des besoins 2016-2018 pour appréciation par le fonds mondial dans le cadre de la note conceptuelle du new funding model ;
- Collaboration avec les organisations de la société civile pour l'amélioration de la gestion de l'accès des patients aux ARV et aux diagnostics.

c. Les partenaires bi et multilatéraux

V.2. Mobilisation des ressources

La recherche et la mobilisation des ressources financières font suite à l'élaboration et l'adoption par le Cameroun en 2014, du Plan Stratégique National (PSN) 2014-2017 de lutte contre le VIH/SIDA, l'élaboration du plan opérationnel de ce PSN, l'élaboration et la

validation du cadre d'investissement, l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse à l'infection à VIH au Cameroun.

La mobilisation des ressources financières ayant permis la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA au cours de l'exercice 2015 s'est faite dans le cadre de divers projets financés par différents bailleurs de fonds notamment, le Gouvernement camerounais à travers le budget d'investissement public et les fonds de contrepartie, le Fonds Mondial du Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme à travers le projet « ROUND 10 », le PEPFAR à travers le projet « *í í .* », la Banque Islamique de Développement à travers le projet « PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIRUS VIH/SIDA DE LA MERE A L'ENFANT DANS LA REGION DE L'Est (BERTOUA), l'UNICEF, l'ONUSIDA, etcí

Le montant global des financements ainsi mobilisés en 2015 s'élève à FCFA 17 304 008 730. Cette somme (79%) a prioritairement servi à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le tableau ci-dessous présente la répartition des fonds mobilisés en trois rubriques de dépenses. (Sous réserve des données de CAMNAFAW, ICAP, etcí).

Tableau 26: Affectation des fonds mobilisés en 2015

N°	Rubrique	Montant (FCFA)	%
1	Prise en charge	13 641 399 140	78,83%
2	Prévention	865 313 812	5,0%
3	Autre	2 797 295 778	16,17%
Total		17 304 008 730	100%

En perspective, le montant des financements attendus en 2016 pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le sida s'élève à **FCFA 30 901 728 156**. Le tableau ci-dessous présente la répartition par bailleurs de fonds.

Tableau 27: Répartition des fonds attendus en 2016

N°	Bailleur de fonds	Montant (FCFA)	%
1	Etat du Cameroun	9 900 000 000	32,04%
2	Fonds Mondial	19 338 446 666	62,58%
3	PEPFAR	1 663 281 490	5,38
4	Autres		
Total		30 901 728 156	100%

Le montant global des financements attendus en 2016 (59%) sera prioritairement utilisé pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le tableau ci-dessous présente la répartition des fonds attendus par rubriques de dépenses.

RAPPORT ANNUEL CNLS 2015

Tableau 28: Affectation des fonds attendus en 2016

N°	Rubrique	Montant (FCFA)	%
1	Prise en charge	18 212 638 940	59,94%
2	Prévention	3 891 646 880	12,59%
3	Autre	8 797 442 337	28,47%
Total		30 901 728 156	100%

ANALYSE FFOM

Forces

- Appui technique et financier constant des partenaires
- Bonne appropriation de la lutte les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA
- Les mécanismes de gestion et de coordination sont bien organisés
- Renforcement des activités de mobilisation communautaires
- Renforcement de la prévention et prise en charge des infections opportunistes et autres comorbidités liées à l'infection VIH/SIDA

Faiblesses

- Mauvaise promptitude et complétude des rapports annuels des différents acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA
- Baisse de performances dans la distribution des préservatifs et dans les bilans de prise en charge

Opportunités

- Distribution communautaire des ARV en vue
- Collaboration avec les églises surtout celles dites « réveillées » et les tradipraticiens
- Extension des sites PTME, sites de prélèvement DBS et CTA/UPEC
- Elaboration des plans sectoriels (MINESUP, í í)

Menaces

- Faible taux d'enrôlement des PVVIH au traitement ARV
- Faible implication des partenaires des femmes enceintes dans la région de l'extrême-nord
- Contexte sécuritaire précaire dans la région de l'extrême-nord

CONCLUSION

L'année 2015 a été marquée principalement par la recherche du financement pour la mise en œuvre du Plan Stratégique National. Le principal résultat dans ce domaine est l'acceptation de la note conceptuelle du Cameroun par le conseil d'administration du Fonds Mondial pour une subvention d'environ 63 milliards de francs CFA., destinés prioritairement à l'assurance de la disponibilité des ARV et à la prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH.

En 2016, des efforts d'accélération des résultats sont envisagés avec les importants financements obtenus en 2015.

Les principaux résultats d'impacts et de processus obtenus en 2015 sont les suivant :

- La prévalence du VIH a été estimée à 4,71% ;
- 35 649 598 préservatifs ont été distribués ;
- 1 232 452 personnes ont pu être dépistées au VIH ;
- 168 249 personnes ont été mises sous traitement ARV soit une progression de 16% ;
- Le financement a été obtenu pour mesurer en 2016 la charge virale et ainsi évaluer le nombre de personnes qui annulent leur charge virale ;
- 562 473 femmes ont été dépistées en PTME pour un taux de séropositivité de 4,1% ;
- 9 756 enfants exposés ont été dépistés pour un taux de séropositivité de 5,4% ;
- 12 811 enfants infectés ont été mis sous traitement pour un taux de couverture programmatique de 40% ;
- 20 000 OEV ont bénéficié d'un appui ;
- Dix-Sept milliards trois-cent quatre millions huit mille sept-cent trente FCFA (17 304 008 730) ont été dépensé au GTC dans la lutte (l'étude REDES en cours déterminera les dépenses nationales).

REFERENCES

1. République du Cameroun. Enquête Démographique de Santé (EDS IV) : Rapport. Yaoundé : Institut National de la Statistique (INS) ; 2011.
2. Comité National de lutte contre le VIH/SIDA. Plan Stratégique National de Lutte Contre le VIH, Le SIDA et les IST 2014-2015. Yaoundé : CNLS ; Décembre 2013
3. Comité National de Lutte Contre le VIH/SIDA. Rapport annuel 2014 des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Cameroun. Yaoundé : CNLS ; Mars 2015.
4. Comité National de Lutte Contre le VIH/SIDA et les IST au Cameroun. Rapport annuel 2013 de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Yaoundé : CNLS ; 2013.
5. République du Cameroun. Directives Nationales de prévention et prise en charge du VIH au Cameroun. Yaoundé : Ministère de la Santé Publique ; Janvier 2015.
6. ONUSIDA. 90-90-90 une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du SIDA. Genève : ONUSIDA ; 2014.
7. Comité National de Lutte Contre le SIDA. Collecting mapping and using it to inform HIV programme design and implementation for female sex workers in Cameroon. Yaoundé: CNLS; Décembre 2015.
8. Ministère de la Santé Publique. Evaluation du plan d'élimination de la transmission Mère-Enfant (2011-2015). Yaoundé : Division de la Recherche Opérationnelle en Santé ; Décembre 2015.
9. Ministère de la Santé Publique. Analyse de la situation de la prise en charge du VIH pédiatrique au Cameroun. Yaoundé : Division de la Recherche Opérationnelle en Santé ; Décembre 2015.
10. Comité National de Lutte Contre le SIDA. Rétention des malades sous ARV 12 mois après l'initiation. Yaoundé : CNLS ; Avril 2015.
11. De Beudrap P, Pasquier E, Essomba F, Touko A, Tchoumkeu A, Brus A et al. People with disabilities are at increased risk of HIV infection and adverse sexual outcomes: Results from the HandiVIH study (ANRS 12302).

ANNEXES

ANNEXE 1 : Promptitude et Complétude des rapports des activités

Acteurs	Délai d'envoi		Observation
	Avant le 15/01/2015	Après le 15/01/2015	
Administrations publiques et parapubliques			
MINADER		✓	
MINAS		✓	
MINESEC		✓	
MINJEC		✓	
MINREX		✓	
MINFOF		✓	
MINEPIA		✓	
MINTSS		✓	
MINESUP		✓	
MINDEF		✓	
Organisations de la société civile (ONG, OBC, Associations) et entreprises privées			
AFASO		✓	
CAMNAFAW		✓	
CIRCB		✓	
DESSAF		✓	
ACMS		✓	
SOCUCAM		✓	
MSH/SIAPS		✓	
Humanity First		✓	
For Impacts in Social health		✓	
RéCAP+		✓	
CCaF+		✓	
ARIPIA		✓	
AFVIPO		✓	
EVICAM		✓	

RAPPORT ANNUEL CNLS 2015

Horizons Femmes		✓	
CHIMISSIONS		✓	
Positive Generation		✓	
NOLFOWOP		✓	
ATFAS+P		✓	
	Partenaires bi et multilatéraux		
OMS		✓	
USAID		✓	
BIT		✓	
CARE		✓	
CDC/PEPFAR		✓	
ICAP		✓	

Nombre de rapports attendus (A) =

Nombre de rapports transmis dans les délais (B) = 0

Taux de promptitude (B/A*100) = 0%

Annexe 2 :

Equipe de validation

Contacts du GTC

Contacts des GTRs

Contacts des CTA et UPEC

Annexe 3 : Dépistage des partenaires masculins des femmes enceintes en 2015

	Nombre de femmes testées (y compris en salle travail)	# Partenaires masculins des FEC testés au VIH	# Partenaires masculins des FEC testés VIH+	Taux de séropositivité des partenaires Masculins au VIH (%)
Adamaoua	34 373	985	166	17%
Centre	96 902	6 140	606	10%
Est	35 697	1 773	195	11%
Extrême-Nord	58 515	547	150	27%
Littoral	74 501	3 126	420	13%
Nord	62 192	1 275	336	26%
Nord-Ouest	46 683	4 695	275	6%
Ouest	60 108	2 847	313	11%
Sud	18 277	1 079	164	15%
Sud-Ouest	31 693	4 253	204	5%
National	518 941	26 720	2 829	11%