



# **RAPPORT ANNUEL 2013 DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST AU CAMEROUN**



**GTC-CNLS**

**Yaoundé**

**Avril 2014**

## Table des matières

### Table of Contents

<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>2</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>5</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>10</b>
<b>LISTE DES FIGURES ET DES GRAPHIQUES</b> .....	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>13</b>
<b>AXE 1 : RENFORCEMENT DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH ET DES IST</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1. .... COMMUNICATION ET EDUCATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT</b> .....	<b>14</b>
1.1.1.    LE RENFORCEMENT DE LA SENSIBILISATION ET DE L'INFORMATION DANS LA POPULATION GENERALE .....	14
1.1.2.    PASSAGE A L'ECHELLE DE L'ENSEIGNEMENT SUR LA SSR/VIH ET LES IST DANS LES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES PUBLICS ET PRIVES (CONFESSIONNELS ET LAÏCS).....	15
<b>1.2. .... PROMOTION DE L'UTILISATION CORRECTE DU PRESERVATIF (MASCULIN ET FEMININ)</b> .....	<b>16</b>
1.2.1.    RENFORCEMENT DE LA DISPONIBILITE ET DE L'ACCESSIBILITE AUX PRESERVATIFS AUSSI BIEN POUR LA POPULATION GENERALE QUE LES POPULATIONS LES PLUS EXPOSEES AU RISQUE .....	16
1.2.2.    RENFORCEMENT DE L'ASSURANCE-QUALITE DES PRESERVATIFS .....	18
1.2.3.    RENFORCEMENT DE LA PROMOTION DE L'UTILISATION CORRECTE DU PRESERVATIF .....	18
1.3.    RENFORCEMENT DES LIENS ENTRE LE VIH ET LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.....	18
<b>1.4. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SANGUINE</b> .....	<b>19</b>
<b>1.5. PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION LIES AU SANG/LIQUIDES BIOLOGIQUES ET VIOLENCES SEXUELLES</b> .....	<b>20</b>
<b>1.6. RENFORCEMENT DE LA PREVENTION DU VIH EN DIRECTION DES GROUPES VULNERABLES ET DES GROUPES LES PLUS EXPOSES AU RISQUE (ADOLESCENTS/JEUNES, TS ET LEURS CLIENTS, HSH, HOMMES EN TENUE, USAGERS DE DROGUE, POPULATION CARCERALE, POPULATIONS MOBILES ET PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP) ;</b> .....	<b>20</b>
1.6.1.    TS ET LEURS CLIENTS, HSH, POPULATIONS MOBILES .....	20
1.6.2.    POPULATION CARCERALE .....	23
1.6.3.    HOMMES EN TENUE .....	23
1.6.4.    CHEZ LES JEUNES ET LES ADOLESCENTS.....	23
<b>1.7. PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE- ENFANT DU VIH</b> .....	<b>24</b>
<b>A- .... EXTENSION DE LA COUVERTURE GEOGRAPHIQUE DE LA PTME :</b> .....	<b>24</b>
<b>B- .... OFFRE DES SERVICES DE PTME POUR LES FEMMES ENCEINTES</b> .....	<b>26</b>
3-    LE DEPISTAGE DU VIH CHEZ LES PARTENAIRES MASCULINS DES FEMMES ENCEINTES : .....	31
4-    OFFRE DU COTRIMOXAZOLE PROPHYLACTIQUE AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES.....	32
5-    OFFRE DU BILAN D'ORIENTATION CD4 AUX FEMMES ENCEINTES VIH+ .....	33
6-    COUVERTURE EN ARV DES FEMMES ENCEINTES VIH SEROPOSITIVES : .....	34
<b>C- .... OFFRE DES SERVICES PTME POUR LES ENFANTS EXPOSES</b> .....	<b>36</b>
1-    LA PROPHYLAXIE ARV POUR LES ENFANTS EXPOSES .....	36

2-	LE SUIVI DES ENFANTS NES DES MERES SEROPOSITIVES : .....	37
3-	LE SUIVI NUTRITIONNEL DES ENFANTS NES DES MERES SEROPOSITIVES .....	37
4-	LA PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE CHEZ LES ENFANTS NES DES MERES SEROPOSITIVES .....	38
5-	DIAGNOSTIC PRECOCE DE L'INFECTION A VIH CHEZ LES ENFANTS EXPOSES .....	39
	LE DEPISTAGE DU VIH ENTRE 12 ET 18 MOIS APRES LA NAISSANCE .....	42
<b>D-</b>	<b>..... PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE DU VIH</b>	<b>43</b>
<b>E-</b>	<b>..... ACTIVITES DE MOBILISATION COMMUNAUTAIRE EN FAVEUR DE LA PTME</b>	<b>45</b>
<b>F-</b>	<b>..... DEFIS MAJEURS A LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME PTME AU COURS DE L'ANNEE 2013</b>	<b>46</b>
<b>G-</b>	<b>PERSPECTIVES .....</b>	<b>47</b>
	1.8. CONSEIL ET DEPISTAGE DU VIH .....	48
	1.9. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES IST .....	49
	<b>AXE 2 : RENFORCEMENT DE L'ACCES AUX SOINS ET TRAITEMENT .....</b>	<b>50</b>
	<b>2.1. DECENTRALISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PVVIH ET OFFRE DE TRAITEMENT .....</b>	<b>50</b>
	2.1.1. COUVERTURE GEOGRAPHIQUE .....	50
	2.2.2. OFFRE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL .....	53
	<b>2.2. PRISE EN CHARGE DES COÏNFECTIONS VIH/TB, VIH/HEPATITES ET D'AUTRES CO-MORBIDITES ASSOCIEES AU VIH ET PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES.....</b>	<b>55</b>
	<b>2.3. AIDE A L'OBSERVANCE AUX TRAITEMENTS ET PEC COMMUNAUTAIRE DES PVVIH ; .....</b>	<b>55</b>
	<b>2.4. PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DES PVVIH.....</b>	<b>56</b>
	<b>AXE 3 : RENFORCEMENT DU SOUTIEN ET DE LA PROTECTION DES PVVIH, DES OEV ET DES PERSONNES AFFECTEES</b>	<b>57</b>
	<b>3.1. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE, SOCIAL ET ECONOMIQUE AUX PVVIH ; .....</b>	<b>57</b>
	<b>3.2. SOUTIEN AUX OEV (SOUTIEN SANITAIRE, SCOLAIRE, NUTRITIONNEL, PSYCHOSOCIAL ET PROTECTION JURIDIQUE).....</b>	<b>58</b>
	<b>3.3. PROTECTION JURIDIQUE DES PVVIH ET PERSONNES AFFECTEES .....</b>	<b>59</b>
	<b>AXE 4 : APPROPRIATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH PAR L'ENSEMBLE DES ACTEURS .....</b>	<b>60</b>
	<b>4.1. RENFORCEMENT DE L'IMPLICATION DU SECTEUR PUBLIC DANS LA RIPOSTE AU SIDA.....</b>	<b>60</b>
	4.1.1. MINSANTE .....	60
	4.1.2. MINESEC/MINEDUB .....	61
	4.1.3. MINPOSTEL .....	61
	4.1.4. MINESUP/UNIVERSITE DE YAOUNDE 1 .....	61
	<b>4.2. RENFORCEMENT DE L'IMPLICATION DU SECTEUR PRIVE (FORMEL ET INFORMEL) DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH .....</b>	<b>62</b>
	<b>4.3. RENFORCEMENT DE L'IMPLICATION DES COLLECTIVITES LOCALES DANS LA REPONSE AU VIH .....</b>	<b>63</b>
	<b>4.4. RENFORCEMENT DE L'IMPLICATION DES OSC ET DES ORGANISATIONS CONFESIONNELLES.....</b>	<b>63</b>
	4.4.1. CARE CAMEROUN.....	63
	4.4.2. ACMS.....	64
	4.4.3. CAMNAFAW.....	64
	<b>4.6. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT .....</b>	<b>66</b>
	<b>AXE 7 : INFORMATION STRATEGIQUE .....</b>	<b>70</b>

<b>7.1. RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, COMPORTEMENTALE ET DES RESISTANCES</b>	<b>70</b>
7.1.1. ETUDE DE FAISABILITE D'UN SYSTEME DE SURVEILLANCE SENTINELLE DU VIH BASE SUR LES DONNEES PTME.....	71
7.1.2. ETUDE SUR LES MODES DE TRANSMISSION DU VIH AU CAMEROUN.....	71
7.1.3. EVALUATION QUALITATIVE RAPIDE DES PERCEPTIONS, ATTITUDES ET PRATIQUES RELATIVES AU VIH/SIDA CHEZ LES HSH AU CAMEROUN.....	72
7.1.4. ETUDE CAP 2012 D'EVALUATION DES INDICATEURS DU PROJET PREVENTION VIH/SIDA EN AFRIQUE CENTRALE.....	72
7.1.5. EVALUATION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES RELATIVES AU DON DE SANG AU CAMEROUN.....	73
7.1.6. OBSTACLES A L'UTILISATION DES SERVICES CPN/PTME ET STRATEGIES APPROPRIEES DE PROMOTION DE LA FREQUENTATION OPTIMALE DE CES SERVICES.....	74
7.1.7. HIV PREVENTION FOR POPULATIONS AT RISK IN CAMEROON.....	74
<b>7.2. PROMOTION DE LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DU VIH.....</b>	<b>75</b>
<b>7.3. RENFORCEMENT DU SUIVI ET EVALUATION DES INTERVENTIONS.....</b>	<b>75</b>
<b>7.4. AMELIORATION DU STOCKAGE ET LE RENFORCEMENT DE LA DISSEMINATION DES DONNEES.....</b>	<b>76</b>
<b>AXE 8 :COORDINATION, PARTENARIAT ET GESTION.....</b>	<b>77</b>
8.1. RENFORCEMENT DES CAPACITES ORGANISATIONNELLES ET INSTITUTIONNELLES DES STRUCTURES DE COORDINATION ;.....	77
8.2. RENFORCEMENT DE LA COORDINATION MULTI PARTENARIALE ;.....	78
8.3. RENFORCEMENT DU PLAIDOYER POUR LA MOBILISATION DES RESSOURCES AUX NIVEAUX NATIONAL ET INTERNATIONAL.....	78

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>ACDI</b>	Agence Canadienne pour le Développement International
<b>ACAFEM</b>	Association Camerounaise des Femmes Médecins
<b>ACMS</b>	Association Camerounaise pour le Marketing Social
<b>AES</b>	Accident d'Exposition au Sang
<b>AGR</b>	Activités Génératrices de Revenus
<b>ANRS</b>	Agence Nationale de Recherche sur le Sida
<b>APPS</b>	Activités Post et Péri Scolaire
<b>ARC</b>	Agent de Relais Communautaire
<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>ATAR</b>	Amélioration du traitement, Agir contre les Résistances
<b>C2D</b>	Contrat de Désendettement Développement
<b>CAPR</b>	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional
<b>CCC</b>	Communication pour le Changement de Comportement
<b>CCLS</b>	Comité Communal de Lutte contre le Sida
<b>CCM</b>	Country Coordinating Mechanism
<b>CD4</b>	Cluster of Differentiation type 4
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention
<b>CDT</b>	Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose
<b>CDV</b>	Conseil et Dépistage Volontaire
<b>CEMAC</b>	Communauté Economique et Monétaire d'Afrique Centrale
<b>CENAME</b>	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
<b>CHE</b>	Centre Hospitalier d'ESSOS
<b>CHIMISSIONS</b>	Mission du Conseil International des Héritiers
<b>CHP</b>	Care and Health- Program
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CIRCB</b>	Centre International de Référence Chantal BIYA pour la recherche sur la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA
<b>CMA</b>	Centre Médical d'Arrondissement

<b>CNLS</b>	Comité National de Lutte contre le Sida
<b>CNPS</b>	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
<b>CNTS</b>	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CPC</b>	Centre Pasteur du Cameroun
<b>CPN</b>	Consultation Périnatale
<b>CPN1</b>	Première Consultation Périnatale
<b>CRESTAR</b>	Centre de Recherche pour la Santé des Armées
<b>CRLS</b>	Comité Régional de Lutte contre le Sida
<b>CSLS</b>	Comité Sectoriel de Lutte contre le Sida
<b>CSN</b>	Cadre Stratégique National
<b>CTA</b>	Centre de Traitement Agrée
<b>CTD</b>	Collectivité Territoriale Décentralisée
<b>CTX</b>	Cotrimoxazole
<b>DBS</b>	Dry Blood Spot
<b>DLM</b>	Direction de la Lutte contre la Maladie
<b>DRM</b>	Direct Response Marketing Consulting
<b>DRSP</b>	Délégation Régionale de la Santé Publique
<b>DS</b>	District de Santé
<b>DS-SIDA</b>	Développement Sans Sida
<b>ECE</b>	Equipe Cadre Educative
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>EPP</b>	Estimations et Projections Pays
<b>ESOPE</b>	Evaluation et Suivi Opérationnel des Programmes
<b>ESTHER</b>	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseaux
<b>EVF</b>	Education à la Vie Familiale
<b>EVS</b>	Enfant et VIH/Sida
<b>FOSA</b>	Formation Sanitaire
<b>GFTAM</b>	Global Fund to fight against Tuberculosis, AIDS and Malaria
<b>GIZ</b>	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit(Coopération Technique allemande)

<b>GICAM</b>	Groupement Inter Patronal du Cameroun
<b>GTR</b>	Groupe Technique Régional
<b>HAPP</b>	HIV/AIDS Prévention Programme
<b>HCY</b>	Hôpital Central de Yaoundé
<b>HIVDR</b>	HIV Drug Résistance
<b>HSH</b>	Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
<b>IAP</b>	Indicateur d'Alerte Précoce des résistances du VIH aux ARV
<b>IDA</b>	International Développement Agency
<b>IGE</b>	Inspections Générales de l'Enseignement
<b>INNRT</b>	Inhibiteur Non Nucléosidique Reverse Transcriptase
<b>INRT</b>	Inhibiteur Nucléosidique Reverse Transcriptase
<b>IO</b>	Infections Opportunistes
<b>IP</b>	Inhibiteur de Protéases
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>KFW</b>	Kreditanstalt für Wiederaufbau (Banque allemande de développement)
<b>LANACOME</b>	Laboratoire National de Contrôle de Médicaments et d'Expertise
<b>MAP</b>	Programme Multisectoriel de lutte contre le Sida
<b>MINAC</b>	Ministère des Arts et de la Culture
<b>MINAS</b>	Ministère des Affaires Sociales
<b>MINCOM</b>	Ministère de la Communication
<b>MINDEF</b>	Ministère de la Défense
<b>MINEDUB</b>	Ministère de l'Education de Base
<b>MINEFOP</b>	Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
<b>MINEPIA</b>	Ministère de l'Elevage des Pêches et des Industries Animales
<b>MINESEC</b>	Ministère des Enseignements Secondaires
<b>MINESUP</b>	Ministère de l'Enseignement Supérieur
<b>MINRESI</b>	Ministère de Recherche Scientifique et de l'innovation
<b>MINSANTE</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>MINSEP</b>	Ministère des sports et de l'Education physique

<b>MINTOURL</b>	Ministère du Tourisme et des Loisirs
<b>MOI</b>	Médicaments pour les Infections Opportunistes
<b>MSF</b>	Médecins Sans Frontières
<b>NVP</b>	Névirapine
<b>OBC</b>	Organisation à Base Communautaire
<b>OEV</b>	Orphelins et autres Enfants Vulnérables
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>OSC</b>	Organisation de la Société Civile
<b>PAIBLT</b>	Projet d'initiative multinational de lutte contre IST/VIH/SIDA
<b>PAM</b>	Programme Alimentaire Mondial
<b>PCIMA</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies des Adultes
<b>PCR</b>	Polymérase Chain Réaction
<b>PEC</b>	Prise en Charge
<b>PECP</b>	Prise en Charge Pédiatrique
<b>PEPFAR</b>	President's Emergency Plan for AIDS Relief
<b>PMLS</b>	Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida
<b>PNLT</b>	Programme National de lutte contre la tuberculose
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PPSAC</b>	Le Projet de Prévention du Sida en Afrique Centrale
<b>PSN</b>	Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida et les IST
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH
<b>RECAP+</b>	Réseau Camerounais des Personnes Vivant avec le VIH
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immuno déficience Acquise
<b>SMNI</b>	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
<b>SP</b>	Secrétaire Permanent
<b>SPA</b>	Secrétaire Permanent Adjoint

<b>SPE</b>	Superviseur des Pairs Educateurs
<b>SRA</b>	Santé de Reproduction des Adolescents
<b>SSR</b>	Santé Sexuelle et Reproductive
<b>TARV</b>	Traitement Anti Rétroviral
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TIC</b>	Technologie de l'Information et de la Communication
<b>TPI</b>	Traitement Préventif Intermittent
<b>TS</b>	Transfusion Sanguine
<b>UAFC</b>	Universal Access For Female Condom
<b>UM</b>	Unité Mobile
<b>UNESCO</b>	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNHCR</b>	United Nations High Commission for Refugees
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>UPEC</b>	Unité de Prise en charge
<b>USAID</b>	United State Agency for International Development
<b>VAD</b>	Visites à Domiciles
<b>VIH</b>	Virus d'Immuno déficience Humaine

## **INTEGRER LA DERNIERE VERSION DU RAPPORT DE PROGRES PTME**

## Liste des tableaux

Tableau 4: Récapitulatif des données du dépistage VIH des femmes .....	30
Tableau 6: Taux de couverture en Cotrimoxazole pour les femmes .....	33
Tableau 7: Couverture de l'offre du comptage des CD4 par région en 2013. ....	34
Tableau 9: Prophylaxie ARV chez les enfants nés de mères séropositives par région en 2013. ....	36
Tableau 10: Couverture en Cotrimoxazole prophylactique des enfants .....	38
Tableau 11: Réalisation de la PCR à 6 semaines chez les enfants exposés en 2013 par région. ....	41
Tableau 12: Répartition par région des enfants de 6 semaines testés VIH+ .....	42
Tableau 13: Répartition des enfants sous ARV par région et proportion par .....	44
Tableau 14 : File active par sexe et par groupe d'âge en 2013.....	54
Tableau 15: Principaux indicateurs de diagnostic et de PEC des coinfections VIH/TB .....	55
Tableau 16 : Répartition du nombre de personnes soutenues par région.....	58
Tableau 17 : Synthèse des principales interventions des ONG et associations en 2013.....	65
Tableau 18: Synthèse des principales ONG internationales et partenaires au développement .....	67
Tableau 20 : Fonds mobilisés au cours de l'année 2013 .....	78

## Liste des figures et des graphiques

### LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des établissements offrant les enseignements sur l'éducation sexuelle et le VIH.....	16
Figure 2 : Distribution des préservatifs au Cameroun .....	17
Figure 3: Dépistage du VIH.....	48
Figure 4: Répartition des CDV faits par l'UM selon l'occasion .....	49
Figure 5 : offre de bilans aux PVVIH .....	53
Figure 6: Evolution de la file active de personnes sous ARV .....	53
Figure 7: Répartition des CTA et UPEC fonctionnels par Région .....	54

### LISTE DE S GRAPHIQUES

Graphique 1 : Evolution des sites PTME et du nombre de districts de sante au Cameroun ....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Graphique 2: Evolution de la fréquentation de la CPN de 2004 à 2013 au Cameroun ....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Graphique 3: Taux de positivité du test du VIH chez les femmes enceintes en 2013 par région .....	28
Graphique 4: Evolution du taux de positivité du test de VIH chez les femmes enceintes de 2006 à 2013 au Cameroun .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Graphique 5: Dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes par région.	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Graphique 6: Couverture en ARV des femmes enceintes VIH+ par région en 2013.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Graphique 7: Rétention des enfants des mères VIH+ dans le système de suivi ...	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Graphique 8: Evolution du nombre des sites du diagnostic précoce du VIH de 2007 à 2013 ..	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Graphique 9: Taux de positivité de la PCR a 6semaines chez les enfants des mères séropositives par région .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Graphique 10: Evolution de l'enrôlement des enfants VIH+ au traitement ARV de 2003 à 2013 : .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>



## Introduction

La lutte contre le VIH et le Sida est depuis l'apparition des premiers cas placée au centre des préoccupations du gouvernement Camerounais. Celui-ci s'est engagé à travers le plan stratégique de troisième génération (PSN 2011-2015), à réduire la mortalité et la morbidité liées à cette pandémie et a contribué de ce fait à la réalisation des engagements internationaux pris par le Cameroun, notamment l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cet engagement, soutenu par les partenaires au développement avec l'implication effective du secteur privé, de la société civile, des organisations confessionnelles et des PVVIH, se traduit par un accroissement de l'offre de services de prévention du VIH et de prise en charge des personnes infectées et affectées par cette pandémie.

L'année 2013 constitue une année charnière dans la mise en œuvre du PSN 2011-2015. Elle a été choisie pour la revue à mi-parcours et la révision de ce plan, dans un contexte marqué par la soumission du Cameroun d'une note conceptuelle au Nouveau modèle de Financement du Fonds Mondial, le rapprochement des programmes VIH et TB, la création du Programme National de Transfusion Sanguine et la volonté politique de renforcement des actions en faveur des MARPs.

Ainsi, rendu au terme de l'année 2013, il était important de dresser le bilan des activités menées par tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida au Cameroun et une revue des résultats de processus au regard du plan opérationnel et des effets et impacts envisagés. Le présent document rend compte de la mise en œuvre de la lutte contre le VIH au Cameroun selon les principaux axes du plan stratégique 2011-2015.

## **Axe 1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST**

Le renforcement de la prévention de la transmission des IST et du VIH au sein de la population a été préconisé comme stratégie clé dans le PSN 2011-2015. À ce titre, les interventions s'y rapportant sont orientées et mises en œuvre en fonction des groupes cibles.

Les domaines d'interventions prioritaires identifiés sont les suivants :

- ✓ Communication et éducation pour le changement de comportement ;
- ✓ Promotion de l'utilisation correcte du préservatif (masculin et féminin) ;
- ✓ Renforcement des liens entre le VIH et la santé sexuelle et reproductive ;
- ✓ Renforcement de la sécurité transfusionnelle ;
- ✓ Prise en charge des accidents d'expositions liés au sang/liquides biologiques et violences sexuelles ;
- ✓ Renforcement de la prévention du VIH en direction des groupes les plus exposés au risque (adolescents/jeunes, TS et leurs clients, HSH, hommes en tenue, usagers de drogue, population carcérale, populations mobiles et personnes vivant avec un handicap) ;
- ✓ Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- ✓ Dépistage et conseil du VIH ;
- ✓ Prévention et prise en charge des IST.

### **1.1. Communication et éducation pour le changement de comportement**

La communication et l'éducation pour le changement de comportement s'appuie sur les trois principaux domaines d'interventions suivants :

- le renforcement de la sensibilisation et de l'information dans la population générale ;
- le passage à l'échelle de l'enseignement sur la SSR/VIH/IST dans les établissements scolaires publics et privés (confessionnels et laïcs) ;
- le renforcement des capacités des acteurs communautaires.

#### **1.1.1. Le renforcement de la sensibilisation et de l'information dans la population générale**

Les activités de renforcement de sensibilisation et d'information dans la population générale se sont poursuivies au cours de l'année 2013 avec l'appui de divers partenaires et acteurs de la société civile. Les grands événements de la vie nationale que sont la semaine camerounaise de lutte contre le VIH et le Sida, les jeux universitaires, vacances sans sida, Jeux de la FENASCO, Journée Internationale du Travail, le Forum de la Jeunesse ont été les principales occasions de sensibilisation de masse au sein de la population générale.

Les activités menées lors de ces événements s'articulent essentiellement autour de la sensibilisation par les pairs éducateurs préalablement formés (communications interpersonnelles), les causeries éducatives, les campagnes de sensibilisation et dépistage de masse etc. Elles ont permis d'intensifier la communication et la sensibilisation sur le VIH et de toucher la population générale et les groupes les plus à risque en particulier.

### **1.1.2. Passage à l'échelle de l'enseignement sur la SSR/VIH et les IST dans les établissements scolaires publics et privés (confessionnels et laïcs)**

En 2012, L'UNESCO a accompagné le MINEDUB et le MINESEC au suivi de l'autoformation des 7000 enseignants et des 800 pairs éducateurs sur les thématiques en SRA y compris le VIH et Sida, formés à travers les émissions radiophoniques éducatives, les didacticiels sous forme de CD-ROM et le livret de référence de fiches pédagogiques.

En 2013, l'UNESCO a poursuivi son appui aux Ministères de l'Education de Base et des Enseignements Secondaires en vue du passage à l'échelle de l'enseignement sur la SSR/VIH dans les établissements scolaires. Dans ce registre, les résultats ci-après ont été obtenus :

- 9321 enseignants (4956 hommes et 4365 femmes) des établissements scolaires et encadreurs pédagogiques de proximité ont reçu une formation et dispensent des cours sur l'éducation sexuelle et le VIH basés sur les compétences à la vie courante.
- 4000 enseignants et enseignantes des écoles primaires urbaines ont été formés à la prévention aux IST/VIH&SIDA lors des campagnes de sensibilisation tenues dans les régions du Littoral, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, dans le cadre d'un projet conjointement mis en œuvre par le Centre International Chantal Biya (CIRCB) et le MINEDUB ;
- la chaîne de suivi pédagogique de proximité constituée des points focaux régionaux a été redynamisée ;
- Une évaluation des contenus et de la pédagogie des matériels éducatifs du Cameroun a été réalisée par le BIE-UNESCO : curricula, guides pédagogiques, manuels des élèves, didacticiels et émissions radiophoniques.

On a ainsi dénombré en 2013, 560 établissements scolaires primaires et secondaires, contre 318 en 2012 qui ont dispensé des enseignements sur l'éducation sexuelle et le VIH selon la répartition ci-dessous :

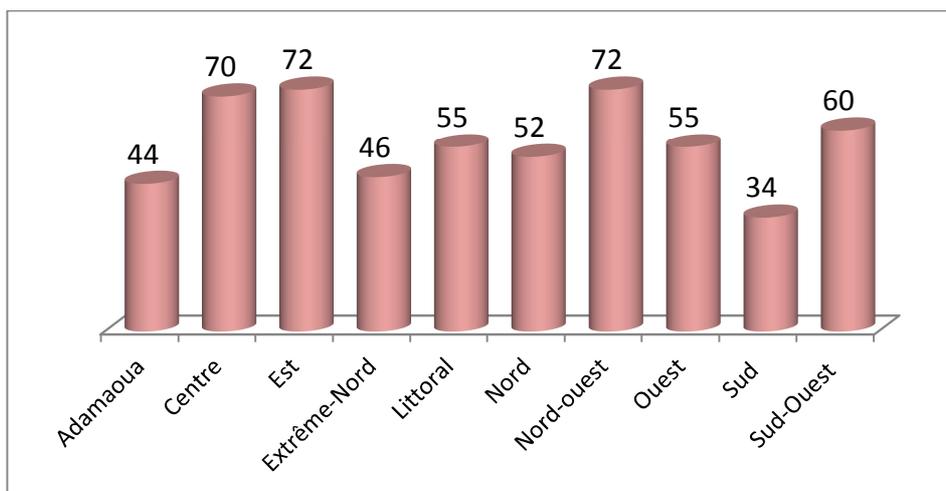


Figure 1 : Répartition par région du nombre d'établissements offrant les enseignements sur l'éducation sexuelle et le VIH dans les 10 régions au Cameroun.

Cette performance représente toutefois seulement 3,5% du total d'établissements scolaires et interpelle les différents intervenants à intensifier les efforts afin d'améliorer la couverture.

## 1.2. Promotion de l'utilisation correcte du préservatif (masculin et féminin)

Le produit attendu de la mise en œuvre des activités liées à ce domaine d'intervention est l'utilisation correcte et systématique du préservatif chez les populations exposées au risque de contamination par le VIH.

Pour ce faire, les principales stratégies proposées dans le PSN 2011-2015 et mises en œuvre sont les suivants: le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité aux préservatifs aussi bien pour la population générale que les populations les plus exposées au risque, le renforcement de la promotion de l'utilisation correcte du préservatif, le renforcement de l'assurance-qualité des préservatifs et le renforcement de la gestion environnementale des préservatifs.

### 1.2.1. Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité aux préservatifs aussi bien pour la population générale que les populations les plus exposées au risque

Le cadre de performance du PSN 2011-2015 de lutte contre le VIH se situe à 42 000 000 les besoins en préservatifs masculins et féminins pour l'année 2013. Au total 29 143 882 préservatifs masculin et féminins ont été distribués ou vendus en 2013 par l'ACMS, CAMNAFAW et le GTC/CNLS, soit une couverture de 69,3%, en hausse par rapport à 2012 (63,23%) (Cf. Figure 2).

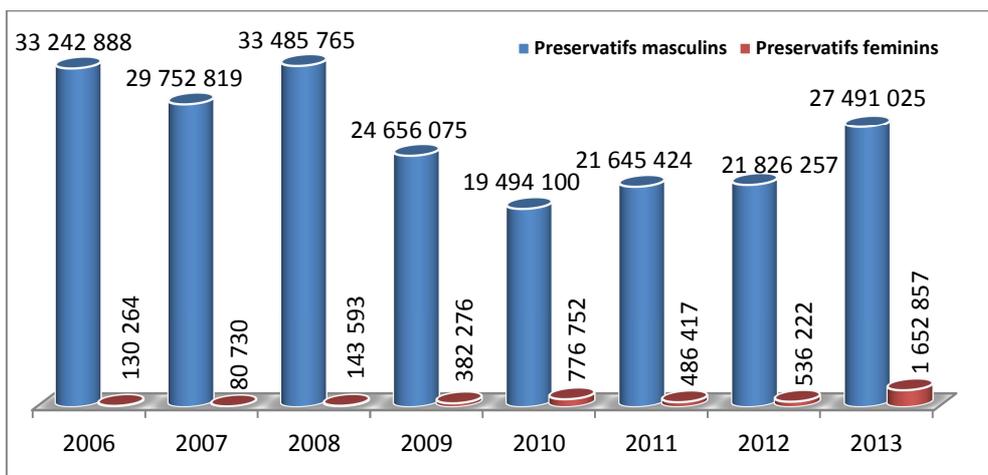


Figure 2: Evolution du nombre de préservatifs distribués au Cameroun de 2006 à 2013.

La lecture de la figure 2 montre de façon plus spécifique une augmentation de l'offre de préservatifs masculins de 26% par rapport à 2012. Par ailleurs, l'offre de préservatifs féminins a pratiquement triplé entre 2012 et 2013 passant de 563 222 à 1 652 857.

L'ACMS, avec la mise en œuvre des projets PPSAC, UAFC et CAS demeure le principal distributeur de préservatifs avec plus de 96% des préservatifs distribués en 2013. Son réseau de distribution est constitué des pharmacies, des OBC, des boutiques et surtout les pairs éducateurs pour la population générale et pour les populations clés.

S'agissant du préservatif féminin spécifiquement, l'ACMS, dans le cadre du projet UAFC, a poursuivi l'extension du réseau de distribution dans les 07 localités de mise en œuvre du projet (Centre, Littoral, Sud-ouest, Nord-ouest, Adamaoua, Sud et Nord). Cette stratégie explique l'augmentation de l'offre de préservatifs féminins observée depuis le début de la mise en œuvre du projet.

Cette extension s'est faite au niveau communautaire par la contractualisation avec 342 salons de coiffure et 02 associations de professionnels de sexe (AIDS ACODEV à Douala et ACFILI à Yaoundé). Le Réseau pharmaceutique quant à lui est constitué de 10 hôpitaux privés, 24 hôpitaux publics, 40 pharmacies, 21 centres de santé publiques, 32 centres de santé privés, 03 entreprises, impliqués dans la distribution du préservatif féminin. Pour ce qui est du réseau commercial, au cours de l'année, 679 nouveaux points de ventes ont été créés et 3129 ont été redynamisés.

Toujours dans le sens de l'accessibilité du préservatif féminin, l'ONG FESADE a élaboré en 2013, en collaboration avec le CNLS, les médias, le MINSANTE et autres OSC, un plan stratégique de plaidoyer sur le préservatif féminin. Ce document sert de base pour la présentation générale du plaidoyer en vue de l'augmentation du soutien politique et financier dans la recherche et le développement, la programmation et l'approvisionnement du préservatif féminin au Cameroun.

Le GTC/CNLS pour sa part a acquis et distribué avec l'appui de l'ACMS, 709520 préservatifs masculins et féminins. Ces préservatifs ont été distribués aux associations, groupes vulnérables et à risque et à certains établissements de tourisme. CAMNAFAW par contre a bénéficié avec l'appui de ses partenaires (IPPF et la

fondation de France) a distribué les préservatifs masculins et féminins particulièrement auprès des populations clés.

La distribution des préservatifs a également été renforcée par l'acquisition et l'installation des distributeurs automatiques. Au total 04 distributeurs ont été acquis par CAMNAFAW et installés dans les villes de Yaoundé, Douala, Ebolowa et Bamenda.

### **1.2.2. Renforcement de l'assurance-qualité des préservatifs**

Avec le renforcement de l'assurance –qualité des préservatifs, la problématique des normes en matière de préservatif masculin et féminin a été examinée au cours de l'année. A cet effet, le CNLS a mis sur pied un sous-comité chargé de l'élaboration de la norme pour le préservatif masculin et féminin avec l'appui technique de l'ANOR.

Par ailleurs, la Direction de la Santé Familiale a conduit avec l'appui technique et financier de l'UNFPA, une étude préalable sur l'évaluation du Système Logistique pour la Sécurisation des Contraceptifs au Cameroun. L'objectif de cette étude était l'analyse des principaux systèmes logistiques mis en place dans le pays et l'identification des stratégies concrètes et réalisables pour améliorer la disponibilité universelle des produits contraceptifs. Cette étude a permis de ressortir les contraintes, les obstacles et les recommandations relatives à une meilleure sécurisation des produits contraceptifs (prévision des besoins, le financement, budgétisation, acquisition des contraceptifs, distribution des contraceptifs, stockage et gestion de stocks des contraceptifs, assurance de la qualité des contraceptifs, système informatique de gestion logistique et la tarification).

### **1.2.3. Renforcement de la promotion de l'utilisation correcte du préservatif**

La promotion de l'utilisation correcte et systématique du préservatif est une activité intégrée dans toutes les actions de sensibilisation, d'information, d'éducation et de communication sur le VIH. Elle se fait aussi bien à travers les médias de masse que durant toutes les activités de routine (Communications interpersonnelles, causeries éducatives) visant la sensibilisation dans la population générale et les groupes à risque. Les principaux acteurs mettant en œuvre des activités de promotion de l'utilisation correcte du préservatif sont : l'ACMS, Care, CAMNAFAW et de nombreuses autres OBC.

Dans ce cadre, 19 campagnes de promotion des préservatifs ont été organisées par CAMNAFAW en 2013, 1059 affiches, 23 633 dépliants et 25 350 livrets pour la promotion des préservatifs dans les centres de jeunesse, de promotion de la femme et dans les services de santé ont été distribués.

## **1.3. Renforcement des liens entre le VIH et la santé sexuelle et reproductive**

Le renforcement des liens entre le VIH et la SRR préconisé dans le PSN visait l'intégration de 75% des interventions de SSR dans les interventions VIH et vice versa d'ici à 2015. Les stratégies recommandées à cet effet étaient essentiellement liées à l'intégration des activités VIH dans les activités de SSR et vice versa et le renforcement des activités VIH et SSR.

Avec l'appui technique et financier de l'UNFPA, les activités suivantes contribuant au renforcement du lien entre le VIH et la SRR ont pu être réalisées :

- dans le Nord, l'Extrême-Nord et l'Adamaoua, les compétences de 56 nouveaux formateurs ont été renforcées et à leurs tours ils ont formé des adolescents / jeunes dans le domaine de l'éducation sexuelle intégrée ;
- dans la Région de l'Est, 3500 jeunes / adolescents ont été sensibilisés sur la SSR / VIH et 1129 d'entre eux ont été testés sur le terrain ;
- l'éducation à la sexualité a été intégrée dans le programme du projet PAJER - U;
- un curriculum de formation des jeunes intégrant divers thèmes sur la santé de la reproduction et la sexualité a été révisé. Dans la même lancée un guide pour la santé sexuelle et reproductive des jeunes a été élaboré. Ces documents seront distribués aux jeunes et aux pairs éducateurs afin de faciliter la mise en œuvre des programmes d'IEC chez les jeunes, les informer et les guider sur leur vie sexuelle ;

le Ministère de la jeunesse a mis en place un bureau de consultation de la jeunesse (Bureau Conseil Jeune), dans la région de l'Est avec l'appui technique et financier de l'UNFPA. Ce bureau sert de plateforme pour les jeunes qui peuvent en tout temps obtenir des informations et des conseils sur la Santé Sexuelle et Reproductive, le VIH/Sida et les IST;

Avec l'appui de la GIZ, CAMNAFAW a par ailleurs renforcé des capacités de 14 agents du secteur santé et 10 agents du secteur communautaire en vue de l'intégration du VIH et de la SDSR.

Afin d'intégrer les activités de la PTME dans les Soins Maternelle Néonatal et Infantile, un curriculum de formation intégré a été développé par la Direction de la Santé Familiale avec l'appui PEPFAR à travers CDC.

#### **1.4. Prévention de la transmission du VIH par voie sanguine**

L'un des objectifs du PSN 2011-2015 de lutte contre le VIH et les IST est d'augmenter le pourcentage d'unités de sang transfusé ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH et de porter la proportion de poches de sang sécurisé avant transfusion à 100% d'ici à 2015.

Au cours de l'année 2013, la Transfusion Sanguine a connu une avancée majeure au Cameroun avec la création du Programme de Transfusion sanguine. Les activités suivantes ont néanmoins pu être réalisées:

- finalisation, multiplication et diffusion du rapport de l'enquête CAP sur les dons de sang ;
- production des cartes pour les donneurs bénévoles afin d'accroître leur motivation ;
- appui à l'organisation des campagnes mobiles de collecte des poches de sang. Lesdites campagnes ont été organisées pour les banques de sang de 06 FOSA parmi les 15 soutenues par le projet. Les neuf autres faisant face aux difficultés liées à leur capacité de stockage.

Par ailleurs, les données provenant des 15 FOSA soutenu par le projet CNLS/CDC-PEPFAR et le PNTS se situent à 45 538 le nombre de poches de sang collectées et testées durant l'année. Il est par ailleurs

important de signaler que la complétude de ces données demeure faible (moins de 40%). 100% de poches de sang ont été testés et la prévalence du VIH était de 7,85% parmi les donneurs de sang.

## **1.5. Prise en charge des accidents d'exposition liés au sang/liquide biologique et violences sexuelles**

La PEC des accidents d'exposition liés au sang/liquide biologique et violences sexuelles tel que préconisée par le PSN est effective dans tous les CTA et UPEC. Au cours de l'année en 2013, au total 1 198 cas d'AES ont été rapportés et pris en charge dans les dix régions.

## **1.6. Renforcement de la prévention du VIH en direction des groupes vulnérables et des groupes les plus exposés au risque**

Plusieurs activités sont menées dans le but de renforcer la prévention du VIH en direction des populations les plus exposées au risque. Les principales sont mises en œuvre par CARE, ACMS, MINDEF, CAMNAFAW, et avec l'appui technique et financier de plusieurs partenaires.

### **1.6.1. TS et leurs clients, HSH, populations mobiles**

Les principales activités en faveur des MARPs ont été mises en œuvre par Care et CAMNAFAW dans le cadre des projets HAPP, Fond mondial (R10) et avec l'appui de la Fondation de France. Les résultats enregistrés au cours de l'année 2013 sont présentés dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 1: Principales activités menées par CAMNAFAW et CARE en faveur des MARPs en 2013**

Activités	Indicateurs	Cible	CARE	CAMNAFAW	Total
Education pour le changement de comportement par les pairs (communications interpersonnelles, causeries éducatives et groupes de parole)	Nombre de pairs éducateurs formés pour les MARPs :	TS	54	66	248
		MSM		24	
		Camionneurs		104	
		APV			
	Nombre de causeries éducatives organisées	TS		1519	6103
		MSM		482	
		Camionneurs		4102	
		APV			
	Nombre de personnes touchées par les messages de prévention/sensibilisation	TS	6,606	21 226	95 008
		MSM	3,067	6 560	
		Camionneurs	9,292	57 920	
		APV			
Campagnes (masse et proximité), Conseil et Dépistage dans les communautés avec Unité Mobile en collaboration avec ACMS et Formations Sanitaires des sites	Nombre de personnes testées ayant retiré leurs résultats	TS	1038	6350	
		MSM	655		
		Camionneurs	4657		
		APV			
Soutien psychosocial vers les MARPs dans les OBC et espaces prévention et santé (Drop-in Centers)	Nombre de personnes ayant reçu un soutien psychosocial (counseling, groupe de parole) dans un site communautaire	TS	698	3316	
		MSM	801		
		Camionneurs	1817		
		APV			
Distribution de matériel de prévention aux MARPs et autres populations vulnérables lors des activités	Nombre de préservatifs distribués	masculin	405,12	287 867	288 272
		Féminin	160,69	24 333	24 494
		Lubrifiants	174,4	12 839	13 013
Diagnostic et PEC des IST	Nombre de cas d'IST traités	TS		1369	2396
		MSM		161	
		Camionneurs		866	
		APV			

CAMNAFAW a poursuivi la mise en œuvre des activités du projet R10 financé par le Fond Mondial en 2013. Dans le processus de mise en œuvre de ces activités, les résultats suivants ont été obtenus :

- un comité de gestion de risque a été mis en place et deux conseillers juridiques ont été recrutés. Ceux-ci sont chargés d'intervenir auprès des institutions de police ou des instances judiciaires chaque fois qu'un acteur de mise en œuvre est interpellé dans le cadre de l'exécution des activités liées au projet round 10 ;

- des plaidoyers en direction des autorités sanitaires, administratives, forces de l'ordre et personnel judiciaire sur les droits à la santé des populations clés dans les régions de mise en œuvre du projet ont été menés ;
- une cartographie des structures sanitaires pouvant accueillir et offrir les services de prévention aux HSH a été réalisée. Au total 25 formations sanitaires (publiques, privées, privées confessionnelles, parapubliques) ont été retenues et sont impliquées dans les 5 régions de mise en œuvre du projet.

Parallèlement, le projet SHADOW And Light financé par la GIZ et mis en œuvre par CAMNAFAW en complément au projet R10, a permis de renforcer les capacités de 24 pairs conseillers et ARC des CTA et UPEC sur les techniques de la pair éducation, compétences de vie (life skills), prévention intégrée et ESI spécifique aux MARPS. Ce projet vise à promouvoir les liens SRH-VIH chez les HSH et renforcer la prise en charge des PVVIH/HSH.

Sur un autre plan, l'accès universel à la prévention au VIH, aux soins et soutiens en faveur des MSM a été renforcé avec l'appui l'ONUSIDA, le BIT le PNUD et la Banque Mondiale. C'est ainsi que les activités suivantes ont été menées :

- des sessions de plaidoyer pour la mise en place d'un canal d'approvisionnement durable en préservatif et gels lubrifiants pour les HSH ;
- 130 pairs éducateurs HSH et TS ont été formés au développement des activités de prévention du VIH, à la protection des droits de l'homme et 10 malles pédagogiques de sensibilisation ont été distribuées ;
- 20 OSC, y compris les Associations de HSH formées sur le développement des initiatives ciblant les MSM et particulièrement les activités sur les droits humains associés au VIH et 06 autres formées en matière gestion administrative et financière ;
- 10 000 brochures pédagogiques spécifiques à la communauté HSH ont été produites et distribuées au cours des causeries éducatives ;
- la cartographie des sites TS et HSHa été réalisée dans la ville de Douala ;
- 500 HSH sensibilisés ont bénéficié de matériel de prévention (kits de préservatifs masculins, féminins et de gels lubrifiants) ;
- la mise en place du projet « Municipalités, VIH et Diversités sexuelles » dans la ville de Douala avec pour but de favoriser l'implication des Communes dans le renforcement de l'accès à la prévention au VIH, au soin et au soutien des populations clés (MSM/SW/TGP) et ciblant 03 municipalités (Douala 1, Douala 2 et Douala 3) et la Communauté Urbaine de Douala

## 1.6.2. Population carcérale

Les activités de lutte contre le VIH dans les principales prisons du Cameroun sont mises en œuvre par le Ministère de la justice avec l'appui technique et financier de la Coopération Allemande à travers la GIZ. Ces activités se sont poursuivies en 2013 et les résultats ci-dessous ont été obtenus :

- 375 pairs éducateurs ont reçu du matériel pédagogique (Flip chart...) ;
- 1173 séances de counseling (Sensibilisation) ont été organisées par les pairs éducateurs dans les prisons ;
- 24 633 détenus ont reçu des dépliants lors des campagnes de sensibilisation de masse
- 79 tondeuses ont été fournies aux détenus ;
- 6 331 détenus ont été testés au VIH pendant les campagnes annuelles de dépistage de masse
- 8236 détenus ont bénéficié du test du VIH.

## 1.6.3. Hommes en tenue

Les Hommes en tenue bénéficient des actions de lutte contre le VIH particulièrement dans le cadre du projet Coup d'Arrêt Sida-Cameroun (CAS-Cameroun) mis en œuvre depuis novembre 2008 par l'ACMS et le Ministère de la Défense avec l'appui financier du Département américain de la défense (DoD). Ce projet vise la réduction du nombre de nouvelles infections au VIH auprès des militaires. Il est mis en œuvre dans la 3<sup>ème</sup> Région Militaire Interarmées qui couvre les régions administratives de l'Adamaoua, le Nord et l'Extrême-Nord en 2013 et dans la 1<sup>ère</sup> Région Militaire Interarmées (régions administratives du Centre, de l'Est et du Sud) depuis le mois d'Aout 2013. Les diverses actions menées en 2013 dans ce cadre ont permis de :

- former 143 pairs éducateurs militaires (113 hommes et 30 femmes) et 33 jeunes des familles militaires ;
- sensibiliser 42 024 personnes avec des messages ;
- distribuer les préservatifs masculins (48 600) et féminins (22 931) ;
- tester 5 284 personnes parmi lesquelles 4199 hommes en tenue (3 446 hommes et 753 femmes) et 1085 civils (689 hommes et 396 femmes).

## 1.6.4. Chez les jeunes et les adolescents

Les principaux acteurs intervenant dans la prévention du VIH en faveur des jeunes et les adolescents sont le MINESEC, le MINJEC, le MINESUP, l'ACMS et plusieurs ONG/OBC appuyés par les partenaires bi et multilatéraux tels le SNU, PPSAC/OCEAC, GIZ etc.

Il est important de noter que les jeunes et les adolescents sont les principales cibles de toutes les activités de CCC individuelle et de masse menées à l'occasion des événements spéciaux de la vie nationale tels que Vacances Sans Sida, la semaine camerounaise de lutte contre le sida, les jeux universitaires... Ils ont en outre, été les principaux bénéficiaires des toutes les interventions relatives à la santé sexuelle et reproductive.

Les efforts combinés de ces différents intervenants ont permis d'atteindre les résultats suivants en 2013 :

- 60 SPE et 20 encadreurs ont bénéficié d'un renforcement de capacités en SRA et 288 encadreurs de jeunes et travailleurs sociaux formés pour développer des activités de protection des jeunes/adolescents en milieu scolaire et extrascolaire ;
- 172 encadreurs de jeunes issus de 35 structures de formation de jeunes (établissements scolaires, Centres de réfugiés, Centres de promotion de la jeunesse et associations) ont été formés en SRA, aux techniques de communication interpersonnelle et à la formation des pairs éducateurs;
- 40 jeunes leaders des 10 régions ont été formés à l'utilisation des NTIC pour la prévention du VIH en milieu jeune avec pour mission de former à leur tour des jeunes dans leur communautés respectives ;
- l'analyse comportementale des jeunes face aux IST/VIH/SIDA et la cartographie des risques et vulnérabilité dans les régions du Centre et Sud ont été réalisées ;
- plus d'1 million de jeunes ont été sensibilisés à travers les dépliants, affiches, banderoles, articles, émissions radio et télé ;
- 2573 adolescents/jeunes ont effectué un test de dépistage du VIH.

Dans le cadre spécifique du projet 100% jeune mis en œuvre par l'ACMS, les résultats ci-après ont été atteints :

- 80 213 journaux 100% jeune distribués ;
- 236 émissions 100% jeune ont été réalisées au cours desquelles 3218 SMS et 878 appels ont été reçus ;
- 1830 causeries éducatives 100% Jeune ont été menées et ont permis de sensibiliser 6002 jeunes (3614 filles, 2388 garçons) ;
- 1 338 426 visiteurs du site web [www.reglo.org](http://www.reglo.org) ont été enregistrés.

## 1.7. Prévention de la Transmission Mère- Enfant du VIH

### A- Extension de la couverture géographique de la PTME

La PTME est un service de base intégré dans la plupart des formations sanitaires offrant la consultation prénatale (CPN) dans les dix Régions du pays.

La couverture en CPN à l'échelle nationale s'est légèrement amélioré au cours de l'année 2013. Le nombre des sites offrant ce service étant passé de 2999 en 2012 à 3466 en 2013 (confer figure 1). En même temps, à la faveur d'un nouveau découpage dont le but était de pousser d'avantage la décentralisation des services et d'améliorer l'accès des populations aux soins de santé, le nombre de districts de santé est passé de 181 en 2012 à 189 en 2013 (Cf. Tableau 2). Leur répartition par région est matérialisée dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2: Répartition par région des sites de PTME et des districts de santé.

Regions	Nombre de sites PTME	Nombre de districts de santé
Adamaoua	101	9
Centre	790	30
Est	195	14
Extrême-Nord	307	30
Littoral	372	24
Nord	201	15
Nord-Ouest	373	19
Ouest	581	20
Sud	274	10
Sud-Ouest	272	18
<b>Total</b>	<b>3466</b>	<b>189</b>

Au regard de ce tableau, la région du Centre est celle qui possède le plus grand nombre de sites de PTME (790), suivi de l'Ouest (581), du Nord-Ouest (373) et du Littoral (372). La région de l'Adamaoua quant à elle a le plus petit nombre de site PTME (101) et pourrait laisser entrevoir, du fait de la distance à parcourir pour parvenir à une formation sanitaire, la plus grande difficulté d'accès aux services de PTME.

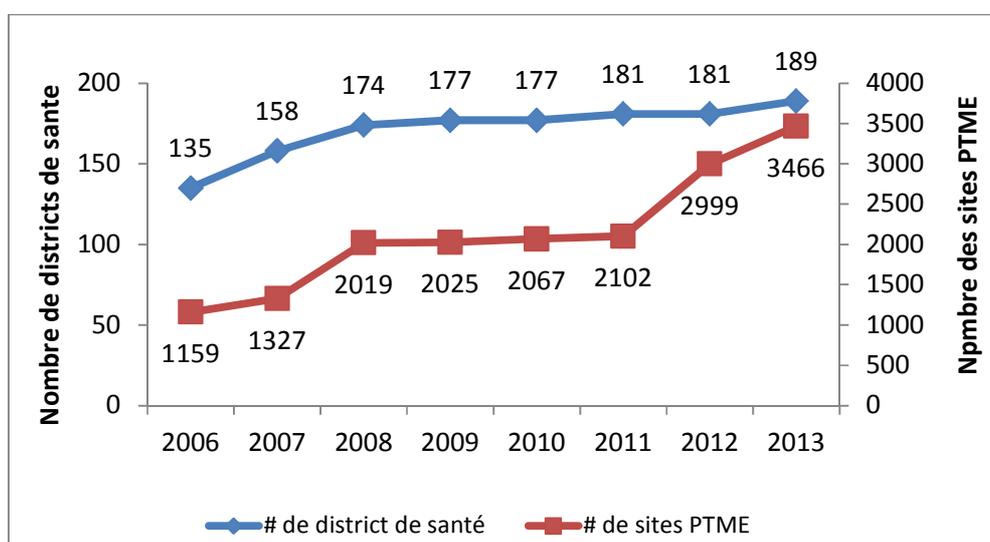


Figure 3 : Evolution des sites PTME et du nombre de districts de santé au Cameroun, 2006-2013.

Au regard des résultats actuels du programme, on note une nette augmentation du nombre de sites de PTME à partir de 2012. Ceci donne un aperçu du grand effort à fournir pour assurer aux populations les services PTME de qualité sur l'ensemble du pays.

## B- Offre des services de PTME pour les femmes enceintes

### 1- Fréquentation de la consultation prénatale (CPN)

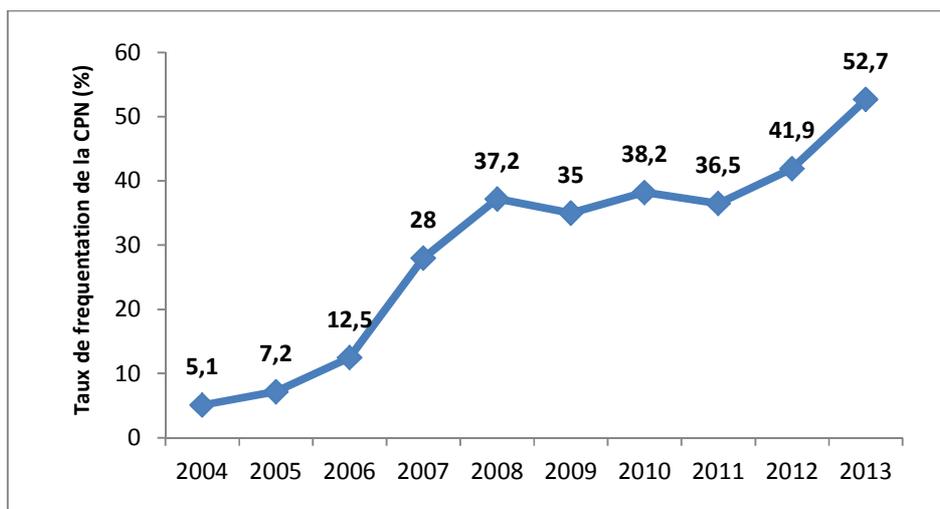
La consultation prénatale est un service de base des soins de santé primaires et constitue la porte d'entrée de la PTME. Les femmes au sein des communautés sont encouragées à fréquenter les services de la CPN le plus tôt possible dès qu'elles croient être enceintes. La fréquentation des services de CPN donne l'occasion de surveiller l'évolution de la grossesse, d'en prévenir ou à défaut de prendre en charge de façon appropriée ses complications et de préparer le bon déroulement de l'accouchement.

En 2013, au plan national, sur les 1.057.162 femmes enceintes attendues, seules 557257 ont été vues en première CPN soit un taux de fréquentation de 52,7 %, traduisant une amélioration de 10,8% en moyenne par rapport au taux de 41,9% obtenu en 2012. Cette augmentation a été observée par ordre décroissant dans les régions de l'Extrême-Nord, de l'Est, du Centre, de l'Ouest, du Nord, de l'Adamaoua et du Littoral avec un taux d'accroissement de 22,3%, 20,7% et 18,9%, 12,1%, 6,1%, 4,9% et 4% respectivement par rapport à l'année 2012. Par contre, on observe une baisse du taux de fréquentation de la CPN1 dans les régions du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et du Sud avec respectivement un taux décroissant de 1,3%, de 2% et de 7% par rapport à l'année 2012 comme l'indique le tableau 3 ci-dessous :

Tableau 3: **Accroissement de** la fréquentation de la CPN de 2012 à 2013 par région.

Regions	Nombre de grossesses attendues	Nombre de femmes recues en 1ère consultation prénatale en 2013	Taux de fréquentation de la CPN1 en 2013 (%)	Nombre de femmes enceintes attendues 2012	Nombre de femmes enceintes recues en CPN en 2012	Taux de fréquentation en 2012 (%)	Accroissement du nombre de CPN1 par rapport a 2012	Taux d'accroissement de la fréquentation (%)
Adamaoua	56,599	36,960	65.3	54,025	32,619	60.4	4,341	13.3
Centre	195,991	104,232	53.2	186,539	64,027	34.3	40,205	62.8
Est	41,210	27,425	66.5	40,774	18,692	45.8	8,733	46.7
Extrême-Nord	190,157	96,724	50.9	183,481	52,412	28.6	44,312	84.5
Littoral	158,722	68,158	42.9	151,882	59,090	38.9	9,068	15.3
Nord	115,559	80,247	69.4	92,760	58,689	63.3	21,558	36.7
Nord-Ouest	95,027	48,325	50.9	91,741	47,854	52.2	471	1.0
Ouest	93,270	48,807	52.3	111,108	44,670	40.2	4,137	9.3
Sud	36,555	15,008	41.1	35,677	17,176	48.1	(2,168)	(12.6)
Sud-Ouest	74,072	31,371	42.4	71,354	31,646	44.4	(275)	(0.9)
<b>TOTAL</b>	<b>1,057,162</b>	<b>557,257</b>	<b>52.7</b>	<b>1,019,341</b>	<b>426,875</b>	<b>41.9</b>	<b>130,382</b>	<b>30.5</b>

Le tableau 3 ci-dessous présente le taux de fréquentation de la CPN1 en 2013 et son taux d'accroissement par rapport à l'année 2012 par région. Il en ressort que de 2012 à 2013, toutes les régions ont vu leur taux de fréquentation de la CPN1 augmenter à l'exception des régions du Sud et du Sud-Ouest. Cependant, c'est dans la région du Sud que cette diminution a été la plus marquée. Cet accroissement est également représenté dans le graphique ci-dessous :



**Figure 4 : Evolution de la fréquentation de la CPN de 2004 à 2013 au Cameroun**

L'évolution du taux de fréquentation de la CPN observé en 2013 peut s'expliquer par la poursuite et l'amélioration des activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire alliée à la collecte active des données du programme site par site. Ceci démontre la nécessité d'un système de suivi évaluation et de rapportage de qualité auquel contribueront des supervisions régulières par des équipes multidisciplinaires.

Il incite également à une intensification toujours plus poussée de la stratégie de sensibilisation et de mobilisation communautaire pour réduire d'avantage le gap de fréquentation de la CPN qui reste malgré tout important.

## **2- Le dépistage du VIH chez les femmes enceintes**

Le dépistage à l'Initiative du Personnel de santé est l'approche préconisée pour le dépistage du VIH des femmes enceintes et le test du VIH doit faire partie des prestations qui leur sont offertes de façon systématique en CPN (approche Opt out).

Le test de dépistage du VIH doit être proposé en salle d'accouchement pour les femmes enceintes qui y arrivent avec leur statut VIH inconnu ou bien qui ont un statut VIH négatif depuis plus de trois mois et de même pour celles qui ne sont vues qu'à la période du post-partum.

### **Acceptation du test du dépistage du VIH par les femmes enceintes**

Au cours de l'année 2013, 424.480 (76,2%) des femmes enceintes reçues ont été dépistées pour le VIH en CPN ou en salle d'accouchement. Le nombre des femmes enceintes dépistées au cours de cette année est en augmentation (de 82.093 soit de 24%) par rapport à celui obtenu en 2012. Cette augmentation peut s'expliquer par l'effet conjugué de l'effort de mobilisation communautaire et de la collecte active des données et donc d'une meilleure complétude du rapportage du programme. Cependant, par rapport à la

cible de 100% attendue, elle est insuffisante et n'a pu permettre de maintenir le taux de 80,1% de l'année 2012. Des efforts doivent donc être intensifiés pour améliorer cette situation.

### Taux de séropositivité du test du VIH chez les femmes enceintes

Sur les 424480 femmes enceintes qui ont fait le test de dépistage du VIH au cours de l'année 2013, 20084 se sont révélées infectées par le VIH soit un taux de positivité moyen de 4,7%. Ce taux de séropositivité est en recul par rapport à l'année 2012 (6,1%) et s'observe dans toutes les régions à l'exception de l'Adamaoua où il est passé de 5,7% en 2012 à 6% en 2013. Le taux de séropositivité le plus élevé se retrouve dans la région du Sud (6,5%) et les plus faibles dans les régions de l'Extrême Nord et du Nord avec 2,3% et 2,7% respectivement comme l'indique le graphique ci-dessous :

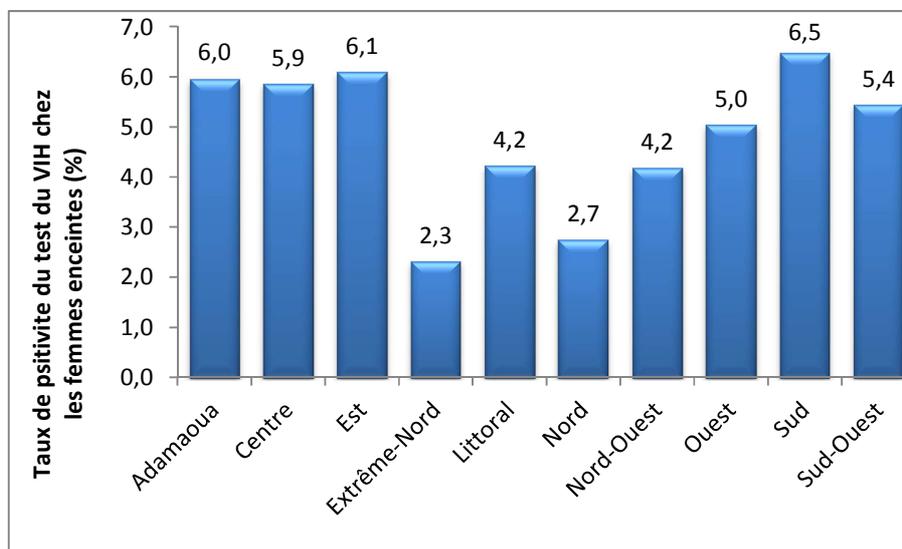
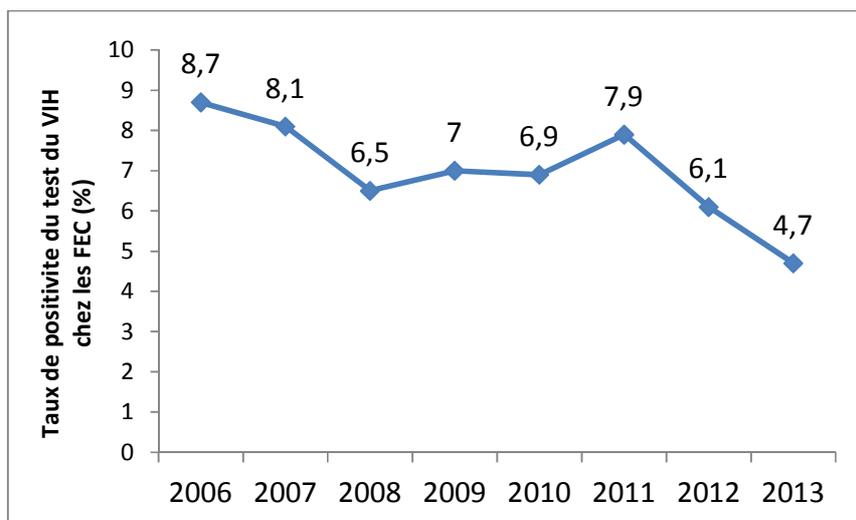


Figure 5: Taux de séropositivité du test du VIH chez les femmes enceintes en 2013 par région.

Le graphique ci-dessus montre que la région du Sud apparaît comme celle qui a le plus fort taux de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes (6,5%) chez les femmes enceintes, suivie des régions de l'Est, de l'Adamaoua, du Centre, du Sud-Ouest et de l'Ouest avec respectivement 6,1%, 6%, 5,9%, 5,4% et 5%. Les autres régions ont un taux en dessous de la moyenne nationale chez les femmes enceintes (4,7%). La région de l'extrême Nord présente le taux de séropositivité le plus faible (2,3%) suivi de celle du Nord (2,7%). Cette évolution est matérialisée dans la figure 6 ci-dessous :



**Figure 6: Evolution du taux de positivité du test de VIH chez les femmes enceintes de 2006 à 2013 au Cameroun.**

La lecture du graphique 5 ci-dessus permet de voir que le taux de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes a décliné progressivement de 8,7% en 2006 à 4,7% en 2013. Ceci semble corroborer la tendance de la prévalence du VIH dans la population générale qui est passée de 5,1% en 2004 à 4,3% en 2011 (EDS Cameroun).

#### **Le taux de retrait du résultat du test du dépistage chez les femmes enceintes :**

Sur les 424.480 femmes enceintes qui ont effectué le test du dépistage du VIH au cours de la grossesse ou bien au cours de l'accouchement en 2013, 402602 ont retiré leur résultat soit un taux de 94,8%. Il est plus élevé dans la région de l'Extrême-Nord avec 100% et faible dans celle du Centre avec 91,6%. Ce taux est beaucoup plus élevé chez les femmes enceintes séropositives (98,2%) comme l'indique le tableau 4 ci-dessous :

**Tableau 4: Récapitulatif des données du dépistage VIH des femmes enceintes en 2013 par région**

Regions	Nombre de grossesses attendues	Nombre de femmes recues en 1ère CPN	Nombre de femmes enceintes testées (y compris celles testées en salles)	Nombre de femmes enceintes testées séropositives (y compris les FEC testées en salle de travail)	Taux de positivité du test de dépistage (%)	Nombre de femmes enceintes testées ayant retiré les résultats (y compris les FEC testées en salle de travail)	Nombre de femmes enceintes VIH+ ayant retiré les résultats	Taux de retrait des reusltats du test du depistage des FEC (%)	Taux de retrait des reusltats du test du depistage des FEC VIH+ (%)
Adamaoua	56599	36960	24802	1478	6.0	23014	1115	92.8	75.4
Centre	195991	104232	87290	5113	5.9	79931	5853	91.6	114.5
Est	41210	27425	24168	1471	6.1	22408	1629	92.7	110.7
Extrême-Nord	190157	96724	46728	1080	2.3	46736	1080	100.0	100.0
Littoral	158722	68158	77638	3278	4.2	72248	2988	93.1	91.2
Nord	115559	80247	23233	638	2.7	21748	749	93.6	117.4
Nord-Ouest	95027	48325	48129	2012	4.2	47988	2053	99.7	102.0
Ouest	93270	48807	44861	2261	5.0	42781	1681	95.4	74.3
Sud	36555	15008	16022	1037	6.5	14814	902	92.5	87.0
Sud-Ouest	74072	31371	31609	1716	5.4	30934	1670	97.9	97.3
<b>TOTAL</b>	<b>1057162</b>	<b>557257</b>	<b>424480</b>	<b>20084</b>	<b>4.7</b>	<b>402602</b>	<b>19720</b>	<b>94.8</b>	<b>98.2</b>

Source: Rapports annuels GTR

**Tableau 5: Répartition du nombre de femmes enceintes testées en salles de travail et d'accouchement et retrait des résultats du test de dépistage en 2013 par région.**

Regions	Nombre de grossesses attendues	Nombre de femmes recues en 1ère CPN	Nombre de femmes enceintes testées (y compris celles testées en salle d'accouchement)	Nombre de femmes enceintes testées séropositives (y compris les FEC testées en salle de travail)	Taux de positivité du test de dépistage (%)	Nombre de femmes enceintes testées ayant retiré les résultats (y compris les FEC testées en salle de travail)	Nombre de femmes enceintes VIH+ ayant retiré les résultats	Taux de retrait des reusltats du test du depistage des FEC (%)	Taux de retrait des reusltats du test du depistage des FEC VIH+ (%)
Adamaoua	56,599	36,960	24,802	1,478	6.0	23,014	1,115	92.8	75.4
Centre	195,991	104,232	87,290	5,113	5.9	79,931	5,853	91.6	114.5
Est	41,210	27,425	24,168	1,471	6.1	22,408	1,629	92.7	110.7
Extrême-Nord	190,157	96,724	46,728	1,080	2.3	46,736	1,080	100.0	100.0
Littoral	158,722	68,158	77,638	3,278	4.2	72,248	2,988	93.1	91.2
Nord	115,559	80,247	23,233	638	2.7	21,748	749	93.6	117.4
Nord-Ouest	95,027	48,325	48,129	2,012	4.2	47,988	2,053	99.7	102.0
Ouest	93,270	48,807	44,861	2,261	5.0	42,781	1,681	95.4	74.3
Sud	36,555	15,008	16,022	1,037	6.5	14,814	902	92.5	87.0
Sud-Ouest	74,072	31,371	31,609	1,716	5.4	30,934	1,670	97.9	97.3
<b>TOTAL</b>	<b>1,057,162</b>	<b>557,257</b>	<b>424,480</b>	<b>20,084</b>	<b>4.7</b>	<b>402,602</b>	<b>19,720</b>	<b>94.8</b>	<b>98.2</b>

Source : Rapports annuels GTR.

Le taux de plus de 100% de femmes séropositives qui retirent leur résultat dans certaines régions indique probablement que les femmes qui connaissent déjà leur statut VIH au moment de leur venue dans la formation sanitaire sont aussi comptabilisées.

## **1- Dépistage du VIH chez les partenaires masculins des femmes enceintes**

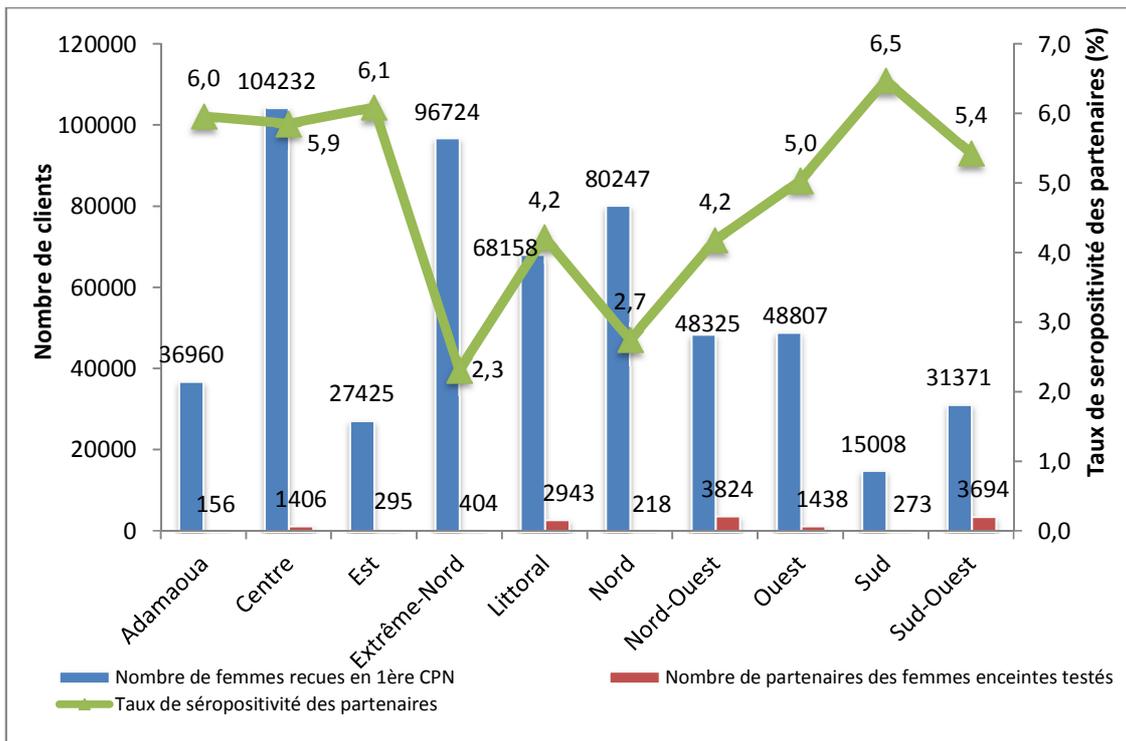
L'implication des partenaires de toutes les femmes enceintes (séropositives ou séronégatives) est essentielle pour le bon suivi de la femme en PTME. Les hommes doivent être encouragés à accompagner leurs épouses pour les visites de CPN et les prestataires des services doivent s'y employer.

### **Acceptation du test de dépistage VIH des partenaires des femmes enceintes**

Au cours de l'année 2013, 14369 partenaires des 527223 femmes enceintes reçues en CPN ont été testés pour le VIH, soit un taux de dépistage de 2,7%. Ce taux est extrêmement faible et une véritable stratégie doit être mise en place pour une meilleure approche de sensibilisation des populations qui s'appuierait autant que possible sur les leaders communautaires.

### **Taux de séropositivité chez les partenaires masculins des femmes enceintes**

Des 14369 partenaires masculins des femmes enceintes qui ont fait le test de dépistage du VIH au cours de l'année 2013, 1451 se sont révélés infectés, soit un taux de séropositivité de 10,1% dénotant tout l'intérêt qu'il y a à dépister les partenaires afin de s'assurer que la famille est prise en charge de façon holistique. Une initiation immédiate de la trithérapie chez les partenaires masculins infectés est une norme de service car permet de diminuer le risque de transmission du VIH au sein des couples séro-discordants et celui de contamination de leurs bébés à naître. Le graphique 6 ci-dessous montre le taux de séropositivité du VIH chez les partenaires des femmes enceintes au cours de l'année 2013 par région.



Source : Rapports annuels 2013 des GTR.

Figure 7: **Dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes par région.**

Du graphique ci-dessus, il ressort que le niveau de cette activité vitale est encore très faible dans l'ensemble du pays. Pourtant, le taux de positivité du VIH chez les partenaires des femmes enceintes dans 6 des 10 régions (Adamaoua, Centre, Est, Ouest, Sud et Sud-ouest) est supérieur à la prévalence nationale du VIH (4,3%, EDS 2011). Ceci induit un risque accru de transmission du VIH au cours de la grossesse. Des efforts importants engageant toutes les couches sociales doivent être faits pour améliorer cette situation.

## 2- Offre du Cotrimoxazole prophylactique aux femmes enceintes séropositives

Le Cotrimoxazole est prescrit à la femme enceinte à partir du deuxième trimestre de la grossesse pour la prévention des infections opportunistes sauf si celle-ci est déjà sous traitement intermittent du paludisme.

En 2013, 12363 femmes enceintes VIH+ ont reçu une prophylaxie au Cotrimoxazole, sur les 20084 femmes enceintes VIH+ identifiées soit 61,6%. La couverture populationnelle reste néanmoins encore très faible (17,5%), bien qu'en légère augmentation par rapport à 2012 (15.1%) comme le démontre le tableau 6 ci-dessous :

**Tableau 6: Taux de couverture en Cotrimoxazole pour les femmes enceintes séropositives en 2013 par région**

Regions	Nombre de femmes enceintes VIH+ attendues en 2013	Nombre de FEC testées VIH+ ( y compris celles testées en salle de travail)	Nombre de FEC VIH+ mises sous Cotrimoxazole	Couverture programmatique des FEC VIH+ en Cotrimoxazole (%)	Couverture populationnelle des FEC VIH+ en Cotrimoxazole (%)
Adamaoua	3 792	1 478	562	38.0	14.8
Centre	13 131	5 113	2 790	54.6	21.2
Est	2 761	1 471	1 206	82.0	43.7
Extrême-Nord	12 740	1 080	652	60.4	5.1
Littoral	10 634	3 278	3 121	95.2	29.3
Nord	7 742	638	429	67.2	5.5
Nord-Ouest	6 366	2 012	1 897	94.3	29.8
Ouest	6 249	2 261	1 113	49.2	17.8
Sud	2 449	1 037	593	57.2	24.2
Sud-Ouest	4 962	1 716	1595	92.9	32.1
<b>TOTAL</b>	<b>70 826</b>	<b>20 084</b>	<b>12 363</b>	<b>61.6</b>	<b>17.5</b>

Le tableau ci-dessus montre que les régions les mieux couvertes sont celles de l'Est, du Sud-Ouest, Nord-Ouest, et du Littoral avec respectivement 43,6%, 32,1%, 29,7% et 29,3%. Les moins bien couvertes sont les régions de l'Extrême-Nord, Nord et du Centre avec respectivement 4,5%, 6,3% et 12%. Un effort important doit donc être fait dans toutes les régions pour améliorer cette situation.

Par ailleurs 23179 femmes enceintes VIH+ ont reçu les ARV pour la PTME, mais seulement 12363 d'entre elles ont reçu le Cotrimoxazole, soit une différence de 10816 femmes VIH+ au total (46,7%) et variant d'une région à l'autre. Le nombre de femmes ayant reçu le traitement intermittent du paludisme n'a pas été rapporté, ce qui pourrait avoir une influence sur le niveau de prévention des infections opportunistes chez les femmes enceintes. Ceci renforce la nécessité de standardiser le paquet des prestations à offrir aux femmes enceintes séropositives et de renforcer le système de documentation de toutes les activités du programme dans toutes les formations sanitaires et d'assurer l'approvisionnement régulier en intrants.

### **3- Offre du bilan d'orientation CD4 aux femmes enceintes VIH+**

Lorsque la femme enceinte est testée VIH positive en CPN, le prestataire des soins propose le bilan des CD4 pour déterminer son éligibilité ou non à la trithérapie ou à la prophylaxie ARV (option A) tel qu'il est préconisé par les recommandations nationales de 2010. Même dans l'optique de la mise en œuvre de l'option B+ en cours de démarrage au Cameroun, les CD4, sans être nécessaires pour l'initiation du traitement ARV, permettent d'amorcer le suivi approprié de la trithérapie ARV chez les femmes enceintes, à défaut de la charge virale qui serait plus appropriée.

Des 20084 femmes enceintes VIH+ diagnostiquées au cours de l'année 2013, seules 6654 femmes ont effectué le dosage des CD4, soit un taux de couverture programmatique de 33,1% et une couverture populationnelle de 9,4%, en très légère augmentation par rapport à l'année 2012 (8%). La couverture de

l'offre des CD4 aux femmes enceintes reste donc très largement insuffisante et est reprise dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 7: Couverture de l'offre du comptage des CD4 par région en 2013.**

Regions	Nombre de femmes enceintes VIH+ attendues en 2013	Nombre de FEC testées VIH+ (y compris les FEC testées en salle de travail)	Nombre de femmes enceintes VIH+ ayant fait le test de CD4	Couverture programmatique des FEC VIH+ en CD4 (%)	Couverture populationnelle des FEC VIH+ en CD4 (%)
Adamaoua	3 792	1 478	181	12.2	4.8
Centre	13 131	5 113	1 852	36.2	14.1
Est	2 761	1 471	147	10.0	5.3
Extrême-Nord	12 740	1 080	210	19.4	1.6
Littoral	10 634	3 278	1 551	47.3	14.6
Nord	7 742	638	81	12.7	1.0
Nord-Ouest	6 366	2 012	858	42.6	13.5
Ouest	6 249	2 261	494	21.8	7.9
Sud	2 449	1 037	212	20.4	8.7
Sud-Ouest	4 962	1 716	1 068	62.2	21.5
<b>TOTAL</b>	<b>70 826</b>	<b>20 084</b>	<b>6 654</b>	<b>33.1</b>	<b>9.4</b>

Du tableau ci-dessus, il ressort que les CD4 sont à moins de 350/mm<sup>3</sup> pour 86,3% des femmes enceintes séropositives ayant fait ce test, ce qui traduit le caractère tardif de leur dépistage au VIH, avec pour conséquences un risque accru de transmission du VIH à leur bébé.

#### **4- Couverture en ARV des femmes enceintes VIH séropositives**

La femme enceinte séropositive doit recevoir les ARV dès que possible au cours de la grossesse pour prévenir la transmission du VIH à son bébé et pour sa propre santé comme indiqué par les recommandations nationales.

Au cours de l'année 2013, des 6261 femmes enceintes VIH + qui ont bénéficié d'un bilan CD4, 5404 étaient éligibles au traitement antirétroviral (CD4 < 350/mm<sup>3</sup>). Mais c'est 5572 femmes séropositives qui au final ont été mises sous la trithérapie ARV. Celles-ci incluent les femmes éligibles biologiquement (CD4 < 350/mm<sup>3</sup>), celles éligibles cliniquement (stade 3 ou 4 de l'OMS) et les femmes devenues enceintes alors qu'elles étaient déjà sous TARV.

Par ailleurs, 16210 autres ont reçu la prophylaxie ARV (AZT seul à partir de 14 semaines, puis AZT+3TC associé à la Névirapine au moment de l'accouchement suivis de l'AZT+3TC pendant 7 jours post-partum) au cours de l'année 2013. Le tableau 8 ci-dessous récapitule la mise sous ARV des femmes enceintes séropositives au cours de l'année 2013.

Tableau 8: Couverture en ARV pour la PTME des femmes enceintes VIH+ par région.

Régions	# de FEC VIH+ attendues en 2013	# de FEC testées VIH+ (y compris les FEC testées en salle de travail)	# de femmes enceintes VIH+ qui reçoivent la TAR	# de femmes VIH+ ayant bénéficié de la prophylaxie ARV	# total des femmes VIH+ ayant bénéficié d'un protocole ARV	Couverture populationnelle des FEC VIH+ en ARV (%)
Adamaoua	3 792	1 478	286	497	783	20.6
Centre	13 131	5 113	2 227	4 931	7 158	54.5
Est	2 761	1 471	385	1 062	1 447	52.4
Extrême-Nord	12 740	1 080	238	638	876	6.9
Littoral	10 634	3 278	1 264	4 323	5 587	52.5
Nord	7 742	638	155	487	642	8.3
Nord-Ouest	6 366	2 012	342	2 369	2 711	42.6
Ouest	6 249	2 261	439	591	1 030	16.5
Sud	2 449	1 037	216	585	801	32.7
Sud-Ouest	4 962	1 716	569	1 575	2144	43.2
<b>TOTAL</b>	<b>70 826</b>	<b>20 084</b>	<b>6 121</b>	<b>17 058</b>	<b>23 179</b>	<b>32.7</b>

Du tableau 8 ci-dessus, il ressort qu'au total, 23179 femmes enceintes VIH+ ont été mises sous un régime quelconque des ARV au cours de l'année 2013, ce qui représente une couverture populationnelle de 32,7% en augmentation par rapport à l'année 2012 (21,4%).

L'analyse des données de cette couverture laisse apparaître de grandes disparités régionales telles que repris dans le graphique ci-dessous.

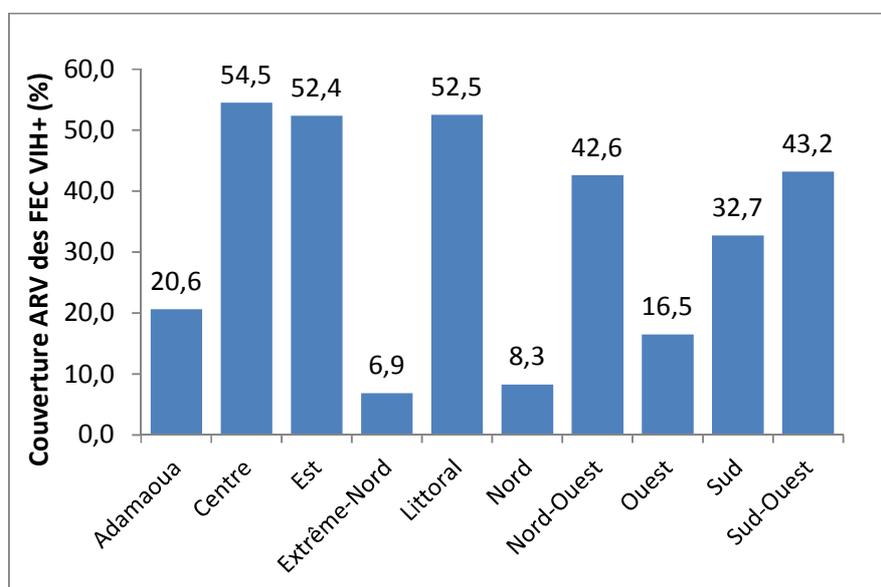


Figure 8: Couverture en ARV des femmes enceintes VIH+ par région en 2013.

La lecture du graphique ci-dessus indique que la région du Centre a un taux de couverture en ARV chez les femmes enceintes séropositives, le plus élevé, soit de 54,5%, suivie de la région du Littoral (52,5%), la région de l'Est (52,4%), et du Sud-Ouest (43,2%). Les couvertures les plus faibles sont observées à l'Extrême-Nord (7%), Nord (9,1%) et Ouest (16,5%) sous-réserve du nombre estimé des femmes enceintes VIH+ attendues dans chaque région.

## A- Offre de services PTME pour les enfants exposés

### 1- La prophylaxie ARV pour les enfants exposés

La Névirapine prophylactique doit être prescrite à tout enfant né de mère séropositive dans les 72 premières heures de vie. Cette prophylaxie doit continuer jusqu'à l'âge de 6 semaines. Mais si la mère séropositive n'est plus sous ARV (Option A) et continue d'allaiter son bébé, cette prophylaxie doit se poursuivre jusqu'à la fin de la semaine qui suit l'arrêt de l'allaitement.

Le protocole de mise en œuvre de l'option B+ en cours au Cameroun recommande que l'enfant né de mère séropositive débute la Névirapine prophylactique dans les 72 heures suivant la naissance et la poursuive pendant 06 semaines quel que soit le mode d'alimentation de l'enfant.

En 2013, 13244 enfants exposés ont bénéficié d'une prophylaxie ARV dès la naissance. Ce qui donne un taux de couverture programmatique en ARV prophylactique de 65,9%, mais seulement 18,7% de couverture populationnelle comme l'indique le tableau ci-dessus :

**Tableau 9: Prophylaxie ARV chez les enfants nés de mères séropositives par région en 2013.**

Régions	# de femmes enceintes VIH+ attendues en 2013	# de FEC VIH+ identifiées en 2013	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV à la naissance	Couverture programmatique des enfants des mères séropositives en ARV prophylactique	Couverture populationnelle des enfants des mères séropositives en ARV prophylactique
Adamaoua	3 792	1 478	463	31.3	12.2
Centre	13 131	5 113	3 433	67.1	26.1
Est	2 761	1 471	641	43.6	23.2
Extrême-Nord	12 740	1 080	518	48.0	4.1
Littoral	10 634	3 278	2 856	87.1	26.9
Nord	7 742	638	219	34.3	2.8
Nord-Ouest	6 366	2 012	2 248	111.7	35.3
Ouest	6 249	2 261	955	42.2	15.3
Sud	2 449	1 037	409	39.4	16.7
Sud-Ouest	4 962	1 716	1 502	87.5	30.3
<b>TOTAL</b>	<b>70 826</b>	<b>20 084</b>	<b>13 244</b>	<b>65.9</b>	<b>18.7</b>

Le ci-dessus montre les plus fortes couvertures en ARV prophylactiques sont retrouvées dans les régions du Nord-Ouest (35,3%) du Sud-Ouest (30,3%) puis du Littoral et du Centre avec 26,9% et 26,1% respectivement. Les couvertures les plus faibles se retrouvent dans les régions septentrionales avec 2,8%

dans le Nord, 4,1% dans l'Extrême-Nord et 12,2% dans l'Adamaoua. La performance en la matière reste donc très en deçà des attentes. L'amélioration de la disponibilité de la Névirapine dans les formations sanitaires à tout moment et la sensibilisation du personnel sur l'importance de ce service pour le nouveau-né de mère séropositive reste donc importante dans toutes les régions.

## 2- Le suivi des enfants nés des mères séropositives

Le suivi post natal des enfants nés de mères séropositives ou enfants exposés constitue une activité importante du programme de PTME. Il permet d'apprécier l'efficacité des activités menées dans le cadre de la PTME, d'identifier précocement les enfants qui sont malgré tout infectés pour une prise en charge immédiate et appropriée afin de diminuer leur morbidité et leur mortalité. Ce suivi doit être assuré au moins jusqu'au moment de la certitude du statut du VIH de l'enfant au moins jusqu'à l'âge de 18 mois et de façon idéale jusqu'à l'âge de 24 mois.

Au cours de l'année 2013, 20084 femmes enceintes ont été testées séropositives. De ces femmes sont nés 13244 enfants enregistrés comme ayant reçu l'ARV prophylactique à la naissance. A l'âge de 6 semaines 11548 de ces enfants ont été revus et à 12 mois seuls 3836 ont été revus. Le graphique ci-dessous illustre la rétention des enfants exposés dans le système de suivi.

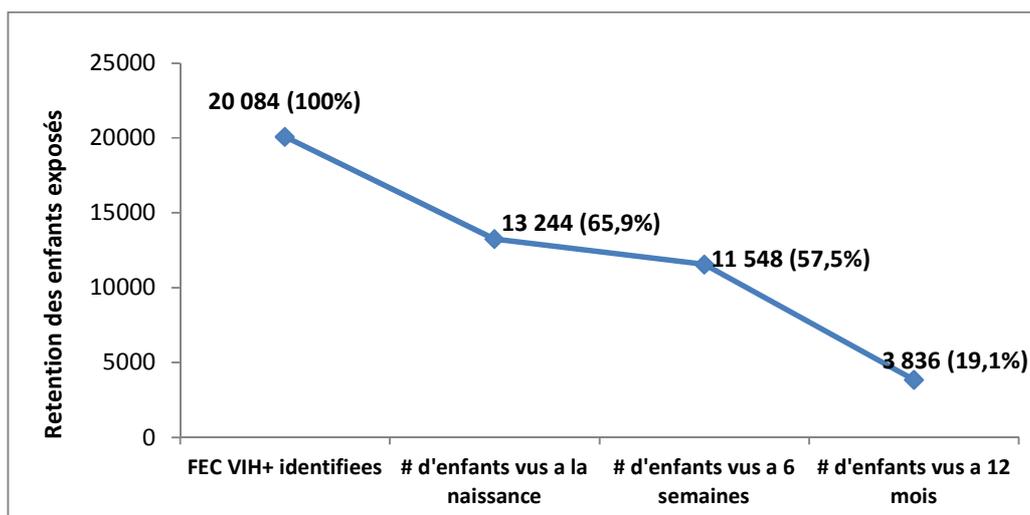


Figure 9: Rétention des enfants des mères VIH+ dans le système de suivi

Au regard du figure ci-dessus, 13244(65,9%) des enfants des femmes enceintes séropositives diagnostiquées ont été répertoriés dans les formations sanitaires.. Seuls 11548 (57,5%) de ces enfants ont été revus à l'âge de 6 semaines et seulement 3836 (19,1%) à l'âge de 12 mois. Ceci illustre bien le très faible taux de rétention de ces enfants au sein du programme national et incite à des actions plus efficaces pour améliorer cette situation.

## 3- Suivi nutritionnel des enfants nés des mères séropositives

Les enfants nés de mères VIH+ allaités au sein sont à risque d'infection à VIH tant que se prolonge la période de l'allaitement maternel. Cependant, pour diminuer ce risque, les bonnes pratiques de l'allaitement doivent être encouragées. Le choix du mode de l'alimentation du bébé doit être guidé par le conseil a

l'allaitement qui doit débiter pendant la grossesse. Ce conseil incite les mères séropositives à choisir soit l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie, ou alors, pour celles qui peuvent remplir les conditions socio-économiques afférentes (critères AFASS de l'OMS), l'allaitement artificiel.

De plus, l'allaitement maternel doit être protégé c'est-à-dire que la maman et/ou l'enfant doivent être sous ARV durant toute la durée de l'allaitement (option A). Pour ce qui est de l'option B+, la maman doit commencer la trithérapie dès la confirmation de la séropositivité et la poursuivre à vie, ce qui protège l'enfant pendant toute la période de l'allaitement maternel.

A partir de l'âge de six mois, une alimentation de complément adaptée et équilibrée doit être ajoutée à l'allaitement maternel ou à l'allaitement artificiel. La quantité et la qualité de cette alimentation de complément seront progressivement améliorées en fonction de sa tolérance et des besoins de l'enfant. L'allaitement ne sera arrêté qu'après l'âge de 12 mois, lorsque l'enfant peut consommer une ration alimentaire adaptée et suffisante pour sa bonne croissance et développement sans ajout de l'allaitement.

En 2013, 11938 des 13244 enfants des mères séropositives ont été enregistrés comme ayant débuté l'allaitement maternel exclusif, mais aucune information n'est disponible quant au respect de ce mode d'alimentation jusqu'à 6 mois. Le personnel doit donc être mieux formé à la bonne pratique de l'alimentation des enfants nés des mères séropositives et à leur documentation au cours de chaque visite de suivi.

#### **4- Prophylaxie au Cotrimoxazole chez les enfants nés des mères séropositives**

Le Cotrimoxazole doit être administré systématiquement à tout enfant de mère séropositive dès l'âge de six(06) semaines pour la prévention des infections opportunistes. Cette prophylaxie doit être poursuivie jusqu'au moment de la certitude de non contamination par le VIH lorsqu'on est sûr que l'enfant ne cours plus de risque de contracter l'infection à VIH notamment par l'allaitement maternel.

Au cours de l'année 2013, le Cotrimoxazole a été prescrit pour 9750 des 13244 enfants qui avaient reçu l'ARV prophylactique à la naissance, soit un taux de 73,6%. Quand ramène ce taux à la population des enfants des mères séropositives attendues, il n'est plus que de 13,8%, en légère augmentation par rapport à l'année 2012 (7,9%).

Le tableau ci-dessous récapitule la mise des enfants des mères séropositives sous la prophylaxie au Cotrimoxazole au cours de l'année 2013.

**Tableau 10: Couverture en Cotrimoxazole prophylactique des enfants**

### des mères séropositives par région

Régions	# de femmes enceintes VIH+ attendues en 2013	# de FEC VIH+ identifiées en 2013	Nombre d'enfants des mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV à la naissance	# d'enfants des mères séropositives mis sous Cotrimoxazole à l'âge de 6 à 8 semaines	Couverture programmatique des enfants en Cotrimoxazole (%)	Couverture populationnelle des enfants des mères séropositives en Cotrimoxazole (%)
Adamaoua	3 792	1 478	463	187	40.4	4.9
Centre	13 131	5 113	3 433	2 927	85.3	22.3
Est	2 761	1 471	641	333	52.0	12.1
Extrême-Nord	12 740	1 080	518	338	65.3	2.7
Littoral	10 634	3 278	2 856	2 204	77.2	20.7
Nord	7 742	638	219	37	16.9	0.5
Nord-Ouest	6 366	2 012	2 248	1 665	74.1	26.2
Ouest	6 249	2 261	955	492	51.5	7.9
Sud	2 449	1 037	409	305	74.6	12.5
Sud-Ouest	4 962	1 716	1 502	1 262	84.0	25.4
<b>TOTAL</b>	<b>70 826</b>	<b>20 084</b>	<b>13 244</b>	<b>9 750</b>	<b>73.6</b>	<b>13.8</b>

La lecture du tableau ci-dessus montre que la couverture programmatique des enfants des mères séropositives en Cotrimoxazole est passée de 50,3% en 2012 à 73,6% en 2013 tandis que la couverture populationnelle a plus modestement augmenté de 7,9% en 2012 à 13,8% en 2013. Cette couverture populationnelle est la plus élevée dans les régions du Nord-Ouest (26,2%) et du Sud-Ouest (25,4%). Elle est la plus faible dans les régions septentrionales avec 0,5% dans la région du Nord, 2,7% dans l'Extrême-Nord et 4,9% dans l'Adamaoua. Du fait que la couverture en Cotrimoxazole prophylactique reste très faible, un effort important doit être fait pour améliorer cette situation dans toutes les régions.

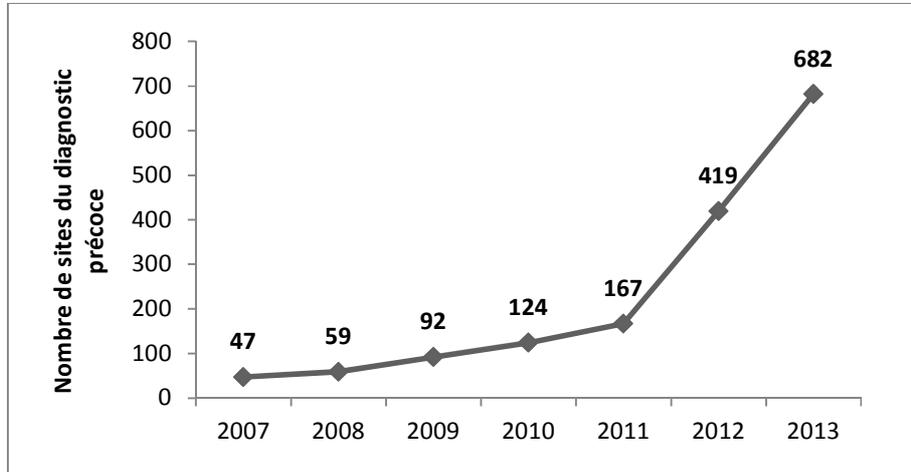
#### 5- Diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants exposés

Le diagnostic précoce de l'infection à VIH par la PCR est une activité essentielle du suivi de l'enfant né de mère séropositive. Il permet d'affirmer le diagnostic de l'infection à VIH chez le nourrisson et ouvre le champ à une prise en charge précoce et efficace, seule à même chez les enfants infectés de diminuer la morbidité, de prévenir les décès et de permettre à l'enfant de poursuivre une croissance et un développement harmonieux.

Ce diagnostic précoce par la PCR est actuellement effectué dans deux laboratoires de référence, à savoir le Centre International de recherche Chantal Biya (CIRCB) de Yaoundé et le Laboratoire CDC de Mutengene. L'extension de ce service est rendu possible aux sites de PTME par la mise en place d'un système de transport qui permet l'acheminement des échantillons de DBS collectés dans les sites vers les deux laboratoires de référence et des résultats de la PCR de ces laboratoires vers les sites de PTME.

Le CIRCB couvre alors 141 formations sanitaires de 6 régions (Centre, Est, Sud, Adamaoua, Nord et Extrême Nord) et le laboratoire CDC Mutengene 541 formations sanitaires des 4 régions restantes (Nord-Ouest, Sud-Ouest, Littoral et Ouest) donnant un total de 682 sites de PTME qui offrent ce service. La couverture géographique en diagnostic précoce du VIH à la fin de l'année 2013 n'est qu'à peine 20% et

l'enrôlement des sites pour ce diagnostic précoce ne se fait par conséquent que très progressivement et reste jusque-là très insuffisant. La figure ci-dessous présente l'évolution du nombre des sites du diagnostic précoce du VIH de 2007 à 2013.



**Figure 10: Evolution du nombre des sites du diagnostic précoce du VIH de 2007 à 2013**

Malgré cette tendance positive de l'évolution du nombre des sites de diagnostic précoce du VIH, des efforts très importants sont encore à faire pour améliorer sensiblement la couverture des sites de PTME en ce service. Chacun des 3466 sites PTME doivent devenir à court ou à moyen terme un site du diagnostic précoce du VIH.

### **Taux de positivité de la PCR à 6 semaines**

Le résultat de la PCR à 06 semaines reflète normalement la transmission du VIH au cours de la grossesse et l'accouchement et reflète la qualité des services offerts aux femmes enceintes pendant la grossesse et l'accouchement.

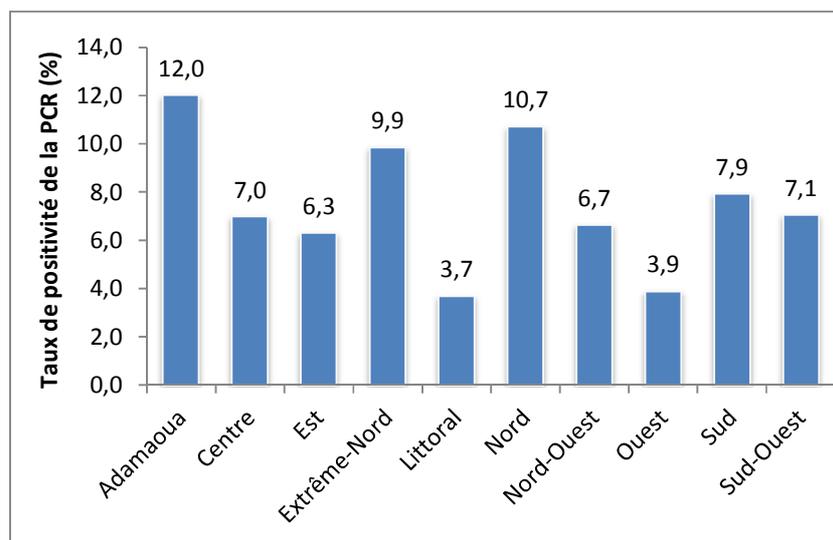
Au cours de l'année 2013, 9994 enfants nés des mères séropositives ont bénéficié du diagnostic précoce par la PCR à 6 semaines. De ces 9994 enfants testés par la PCR, 627 ont eu un résultat positif soit un taux de positivité de 6,3%. Le tableau ci-dessous récapitule les données de la PCR à 06 semaines en 2013.

Tableau 11: Réalisation de la PCR à 6 semaines chez les enfants exposés en 2013 par région.

Regions	# de femmes enceintes VIH+ attendues en 2013	# de FEC VIH+ identifiées en 2013	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV à la naissance	Nombre d'enfants des mères VIH+ qui ont fait la PCR du VIH à 6-8 semaines	Couverture programmatique en PCR du VIH des enfants exposés à 6 semaines (%)	# d'enfants des mères testés positifs par PCR à 6 semaines	Taux de positivité de la PCR VIH à 6 semaines (%)
Adamaoua	3 792	1 478	463	241	52.1	29	12.0
Centre	13 131	5 113	3 433	2 258	65.8	158	7.0
Est	2 761	1 471	641	332	51.8	21	6.3
Extrême-Nord	12 740	1 080	518	243	46.9	24	9.9
Littoral	10 634	3 278	2 856	2 105	73.7	78	3.7
Nord	7 742	638	219	177	80.8	19	10.7
Nord-Ouest	6 366	2 012	2 248	2 314	102.9	154	6.7
Ouest	6 249	2 261	955	711	74.5	28	3.9
Sud	2 449	1037	409	227	55.5	18	7.9
Sud-Ouest	4 962	1 716	1 502	1 386	92.3	98	7.1
<b>TOTAL</b>	<b>70 826</b>	<b>20 084</b>	<b>13 244</b>	<b>9 994</b>	<b>75.5</b>	<b>627</b>	<b>6.3</b>

Source : rapports annuels 2013 des GTR

Le tableau ci-dessus indique que parmi les 9994 enfants testés à la PCR à 06 semaines en 2013, 627 se sont révélés infectés par le VIH, soit un taux de positivité moyen de 6,3% en diminution par rapport à l'année 2012 (8,4%) comme l'illustre le graphique ci-dessus :



Source : rapports annuels 2013 des GTR

Graphique 11: Taux de positivité de la PCR à 6 semaines chez les enfants des mères séropositives par région.

La lecture de la figure ci-dessus, indique que le taux de positivité est le plus élevé dans la région de l'Adamaoua (12%) suivi du Nord (10,7%) et de l'Extrême-Nord (9,7%). Elle est la plus basse dans les régions du Littoral (3,7%), de l'Ouest (3,9%) et de l'Est (6,3%). Bien que l'on se rapproche théoriquement du seuil de 5%, des efforts restent encore à faire pour que cette valeur soit vraiment représentative de tous les enfants nés des mères séropositives.

### Le dépistage du VIH entre 12 et 18 mois après la naissance

Le dépistage du VIH à 12 mois par la sérologie a été effectué chez 3836 enfants exposés. 1263 de ceux-ci avaient une sérologie positive. Il n'a pas été possible de dire combien de ces enfants étaient effectivement infectés par le VIH en l'absence des données d'une confirmation de leur diagnostic par la PCR ou bien sur la base de la confirmation de leur diagnostic par un nouveau test sérologique à partir de l'âge de 18 mois.

De même, les données du test par la sérologie des enfants à 18 mois n'étaient pas disponibles pour déterminer le nombre d'enfants non infectés par le VIH à 18 mois au moment de leur sortie du programme de PTME.

### L' enrôlement des enfants testés VIH+ par PCR au traitement ARV

Des 9994 enfants exposés et testés par la PCR en 2013, 627 étaient infectés par le VIH soit 6,3%. Aussi, 593 enfants diagnostiqués par PCR à 6 semaines ont été initié au traitement ARV soit un taux de 94,6%. Cependant, il ne s'agit pas des mêmes enfants comme semble l'indiquer les pourcentages supérieurs à 100% dans certaines régions.

Tableau 12: Répartition par région des enfants de 6 semaines testés VIH+ par PCR et mis sous traitement ARV

Régions	Nombre d'enfant testés par PCR à 6 semaines	Nombre d'enfants nés de mères séropositives testés positifs à la PCR dès la 6e semaine	Nombre d'enfants des mères séropositives testés positifs par PCR à 6 semaines et recevant traitement ARV	Taux de mise des enfants infectés sous ARV
Adamaoua	241	29	19	65.5
Centre	2 258	158	253	160.1
Est	332	21	20	95.2
Extrême-Nord	243	24	46	191.7
Littoral	2 105	78	1	1.3
Nord	177	19	1	5.3
Nord-Ouest	2 314	154	116	75.3
Ouest	711	28	22	78.6
Sud	227	18	38	211.1
Sud-Ouest	1 386	98	77	78.6
<b>TOTAL</b>	<b>9 994</b>	<b>627</b>	<b>593</b>	<b>94.6</b>

Source : rapport annuel 2013 des GTR.

Le tableau ci-dessus souligne des efforts qu'il faut d'avantage fournir pour rationaliser l'initiation du traitement ARV des enfants diagnostiqués par la PCR à 6 semaines, car de la précocité et de l'efficacité de ce traitement dépend en très grande partie la qualité du devenir de ces enfants infectés.

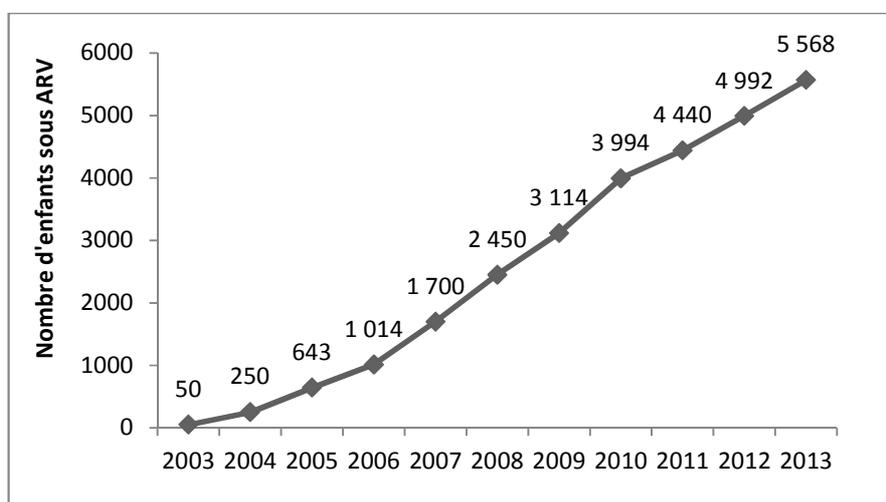
### B- Prise en charge pédiatrique du VIH

Les enfants acquièrent l'infection à VIH par le TME dans plus de 90% des cas et chez eux, cette infection progresse plus vite par rapport aux adultes. En l'absence d'une prise en charge adéquate, 50% d'enfants infectés par la TME du VIH décèdent avant l'âge de 2 ans et 75% avant l'âge de 5ans. Le diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant doit donc se faire le plus tôt possible et la prise en charge de l'enfant infecté doit commencer dès le moment de la confirmation de son diagnostic. L'enfant doit alors être enrôlé et pris en charge suivant les recommandations nationales.

L'extension de la mise en œuvre des activités de la PTME au Cameroun devrait permettre l'enrôlement et la mise sous traitement ARV d'un nombre croissant d'enfants infectés. Mais les résultats obtenus jusque-là sont largement en deçà des attentes et la très grande majorité des 56.000 enfants infectés d'après les estimations de l'ONUSIDA doivent encore être retrouvés et enrôlés pour une prise en charge appropriée.

En Décembre 2013, seuls 5568 enfants infectés par le VIH sur les 33000 estimés éligibles au Cameroun étaient mis sous traitement ARV soit une couverture de 16,9%.

Le graphique ci-dessous montre la tendance de l'enrôlement des enfants infectés par le VIH au traitement ARV au cours des années successives :



**Figure 12: Evolution de l'enrôlement des enfants VIH+ au traitement ARV de 2003 à 2013.**

Le taux de progression du nombre des enfants initiés au traitement ARV reste stagnant, soit environ 500 nouveaux enrôlements par an.

Le tableau ci-dessous montre la répartition des enfants initiés au traitement ARV en Décembre 2013 par région et leur proportion par rapport au total des patients sous ARV en Décembre 2013:

**Tableau 13: Répartition des enfants sous ARV par région et proportion par rapport à l'ensemble de PVVIH sous ARV par région.**

Regions	Enfants sous ARV	Adultes sous ARV	Total patients sous ARV	% enfants sous ARV
Adamaoua	123	3 723	3 846	3.2
Centre	1 636	32 455	34 091	4.8
Est	182	5 129	5 311	3.4
Extrême nord	237	5 823	6 060	3.9
Littoral	1 005	25 802	26 807	3.7
Nord	120	4 893	5 013	2.4
Nord-ouest	1 234	18 860	20 094	6.1
Ouest	472	11 555	12 027	3.9
Sud	105	4 250	4 355	2.4
Sud-Ouest	454	13 473	13 927	3.3
<b>Total</b>	<b>5 568</b>	<b>125 963</b>	<b>131 531</b>	<b>4.2</b>

Le tableau ci-dessus montre que les enfants ne représentent que 4,2% des patients sous ARV et peuvent être considérés comme des laissés pour compte dans le dépistage et la prise en charge de l'infection à VIH dans toutes les régions au Cameroun. Il convient de changer cet état des choses. Ceci permettra de leur éviter soit les décès, soit des séquelles qui à leur tour vont entraver le bon déroulement de leur bonne croissance et développement.

Pour cela, une intensification de la recherche des enfants infectés doit être organisée à tous les points d'entrée des enfants aux soins dans les formations sanitaires. En plus, des campagnes spéciales de dépistage du VIH doivent également être organisées auprès des associations des personnes vivant avec le VIH pour dépister tous leurs enfants, de façon routinière dans les communautés ou bien encore à l'occasion des événements sociaux pour identifier le maximum des enfants infectés. L'enrôlement à la prise en charge doit être systématique pour tous ceux qui se révèlent positifs et ceux trouvés éligibles doivent être mis sous traitement ARV sans délais. La mise en place d'un système pour une bonne prise en charge psychosociale doit également se faire pour favoriser leur rétention et adhérence au traitement. Seul un effort soutenu et en collaboration avec toutes les parties prenantes et la communauté permettra de venir à bout de cette situation.

### C- Activités de mobilisation communautaire en faveur de la PTME

La communauté est pourvoyeuse des demandeurs des services de PTME et en est le bénéficiaire. Parce qu'elle reste incontournable, elle doit être impliquée à tous les stades du développement, de sa mise en œuvre et de l'évaluation du programme.

Quelques partenaires (CBC-HS, Care, Kids Aids, UNICEF, etc.) participent à la mobilisation communautaire pour la PTME mais leur documentation et diffusion des résultats de leurs activités n'est pas systématique, leurs rapports d'activités à l'exception de quelques-uns n'étant que très rarement partagés avec le CNLS.

Le CBC-HS au cours de l'année 2013 a continué de faire usage de son réseau de pairs éducateurs, des agents de santé et des associations à base communautaire. Au cours de l'année 2013, le CBC-HS a aussi fait usage des 10 et 12 radios communautaires respectivement dans le Sud-Ouest et le Nord-Ouest pour mener son programme de mobilisation communautaire et sollicité deux journaux pour diffuser les messages de sensibilisation et de mobilisation communautaire. Il a organisé des ateliers pour le personnel des media et suscité le témoignage de nombreuses personnes ayant bénéficié des services de PTME et ces témoignages ont ensuite été diffusés. Il a aussi collaboré avec les organisations à base communautaire et les volontaires du Peace Corps pour la formation des leaders communautaires à des fins de sensibilisation et de mobilisation pour la PTME, et mené des campagnes d'incitation de l'implication des hommes dans les activités de la PTME ainsi que la formation des agents de relais communautaire pour la recherche des perdus de vue et le soutien à l'adhérence.

CARE Cameroun est un sous-réceptaire du MINSANTE dans le cadre du R10 du Fond mondial. Il s'active aussi à la sensibilisation et mobilisation communautaire en faveur de la PTME dans 6 des 10 régions du pays à savoir l'Adamaoua, le Nord, L'Extrême-Nord, l'Ouest et l'Est.

Ses activités sont cependant restées limitées en 2013 se résumant au recrutement et à la formation de 914 volontaires communautaires, à la production des outils de communication interpersonnelle en milieu communautaire, à l'identification des radios communautaires en vue de leur contractualisation, l'identification de 449 agents de relais communautaires et la sensibilisation des responsables des associations des femmes et autres leaders communautaires religieux. Le déploiement sur le terrain à des fins de sensibilisation et de mobilisation communautaire est donc encore à venir. Leur démarrage le plus tôt possible devrait insuffler cette dynamique à plus de demande des services de PTME dans les formations sanitaires.

Des activités en faveur de la mobilisation communautaire financées par UNICEF dans les trois districts de Bertoua, Ebolowa et Garoua-Boulai étaient centrées sur l'utilisation des groupes de soutien pour accroître l'utilisation des services de la PTME/PECP par les populations.

Dans le district de Bertoua, 3 groupes de soutien sont mis en place, 20 membres par groupe de soutien sont formés; 17 chefs des aires de santé ont été capacités en supervision des activités communautaires tandis que six membres des groupes de soutien étaient formés pour l'organisation et le suivi des visites à domicile.

Le détail des activités menées dans le district d'Ebolowa et de Garoua-Boulai n'est pas connu

D'autres intervenants tels que le MINPROFF, le MINJEC, le MINSEC, sont impliqués de manière spécifique par rapport à leur population cible dans la mise en œuvre de PTME mais ces activités ne sont pas rapportées au CNLS.

L'entrée en scène pour la PTME de CHAI dans la région du Centre et de CHP dans la région du Littoral devrait aussi contribuer à améliorer la couverture de cette mobilisation et une meilleure participation des communautés.

#### **D- Défis majeurs à la mise en œuvre du programme PTME au cours de l'année 2013**

##### ***L'absence de documents-guides***

Le processus de développement et de mise à disposition d'un document guide suit encore son cours au ministère de la santé. Le retard accusé dans la mise à disposition de ce document vital continue de porter préjudice à la qualité des services de PTME offerts aux clients dans les sites. Une accélération de ce processus et la dissémination des directives nationales viendra clarifier, codifier et standardiser les pratiques au sein du programme national de PTME et faciliterait ainsi son monitoring.

##### ***La faiblesse du système de coordination***

Le système de coordination des activités de la PTME reste encore faible. Certes, il existe un chef de service de la PTME au MINSANTE et des points focaux régionaux ont été nommés et les réunions du groupe technique PTME se tiennent mensuellement. Mais la coordination effective des activités de la mise en œuvre du programme souffre encore de l'absence d'une réelle implication de toutes les parties prenantes et de l'absence de systématisation de toutes les activités de coordination à la fois au niveau central et entre le niveau central et le niveau périphérique.

##### ***La faiblesse du système d'approvisionnement et de distribution des intrants***

Cette faiblesse au cours de l'année 2013 a conduit à une absence de visibilité de la situation générale des intrants au niveau des sites et le manque conséquent de pro activité a inévitablement conduit à des situations de rupture des stocks au niveau des sites alors que ces intrants existaient au niveau central. La rationalisation des pratiques de gestion des intrants au sein de ce programme et la réactivation du système de supervision devrait aider à résoudre cet épineux problème.

### ***La faiblesse du système de supervision***

La faiblesse de supervision reste une des plus grosses faiblesses de l'édifice PTME au Cameroun. Un outil de supervision a été développé et validé, les superviseurs tant au niveau central que périphérique ont été formés à l'usage de cet outil, mais, en l'absence d'un plan national de supervision qui vise à couvrir tous les sites, cette activité vitale n'est toujours pas entamée. Il convient de mettre à disposition des ressources nécessaires et de mobiliser les équipes de superviseurs pour une supervision effective des sites qui viendra certainement remotiver le personnel pour plus d'ardeur au travail et améliorer la qualité de leurs prestations.

### ***La faiblesse du système de documentation***

Le programme de la PTME souffre encore à ce jour d'une documentation approximative de ses activités, des insuffisances et des incohérences notables sont observées à l'analyse des données du programme. Ceci empiète très sensiblement sur la perception de la qualité du programme, sur le choix des activités prioritaires, sur leur planification et le monitoring de leur mise en œuvre. Certains outils de documentation (registres) ont été développés et validés, mais leur distribution aux sites ainsi que la formation du personnel à leur usage n'ont jusque-là pas suivi. D'autres tels les dossiers de patients adultes et enfants sont encore en cours d'élaboration. La mise en œuvre de ces outils de documentation couplée à la supervision régulière des activités ainsi que le monitoring du rapportage de ces activités seront d'un grand apport dans l'amélioration de la qualité des services au sein du programme.

### ***La faible mobilisation communautaire.***

D'après les estimations de la population générale et de celle des femmes enceintes au Cameroun, le taux de fréquentation de la CPN par les femmes enceintes n'était que de 52,8% en 2013. Ceci dénote à suffisance tout l'effort qu'il y a encore à fournir pour parvenir à au moins 80% des femmes enceintes qui font au moins une CPN au cours de leur grossesse. Le manuel de l'intervenant communautaire a certes été validé, mais un véritable plan de communication sur la PTME impliquant tous les intervenants au premier rang duquel figurent les partenaires de mise en œuvre de la PMTE, la société civile, les leaders communautaires et les media reste encore à élaborer pour contribuer à améliorer cette situation.

### **G- perspectives**

Au regard des efforts déjà effectués et de la volonté de tous à aller de l'avant, les perspectives optimistes existent bien en matière de PTME au Cameroun. L'orientation générale du programme a été affirmée par le MINSANTE et son environnement financier est en amélioration. Plusieurs outils de mise en œuvre ont déjà été élaborés et le mécanisme de coordination connaît déjà un début de fonctionnement. Le plan de formation du personnel en vue de la mise en œuvre de l'option B+ et de la politique de la délégation des tâches a été élaboré et devrait connaître un début de mise en œuvre très prochainement.

Avec l'effort actuellement en cours pour assurer la mise à disposition des intrants et la formation du personnel à sa gestion, la formation du personnel de mise en œuvre à l'offre des services de la PTME, la mise en place du système de supervision et de mentoring pour l'amélioration de la qualité des services, l'amélioration attendue de la mobilisation communautaire, l'espoir des lendemains meilleurs se profile à l'horizon. Cet espoir ne deviendra cependant réalité que si la détermination de toutes les parties prenantes y compris les décideurs et les agents de mise en œuvre de tous les niveaux de la pyramide sanitaire est effective et avérée.

## 1.8. Conseil et Dépistage du VIH

Le conseil et dépistage du VIH est l'un des domaines clés de la stratégie globale de lutte contre le VIH. Ils permettent aux individus de connaître leur statut et parallèlement constituent la porte d'entrée de la PTME et la PEGC des personnes infectées. Les stratégies mises en place pour le CDV concernent la population générale bien qu'un accent particulier soit mis sur les femmes enceintes dans le cadre de la PTME et les MARPS considérés comme les moteurs de l'épidémie.

Les résultats obtenus en 2013 révèlent une légère amélioration de l'offre et de la demande de dépistage par rapport à 2012. On a ainsi noté une augmentation des personnes dépistées de 5% entre les deux dernières années. Ce résultat bien qu'encore inférieur à la performance obtenue en 2008, confirme la tendance à la hausse du nombre de personnes dépistées, observées depuis 2010. De plus, on note une amélioration de la couverture des cibles programmatiques qui est passée de 41% en 2012 à 44% en 2013.

Il est toutefois important de noter que plus de 80% des personnes se font tester dans le cadre des activités de routine des FOSA (CDI).

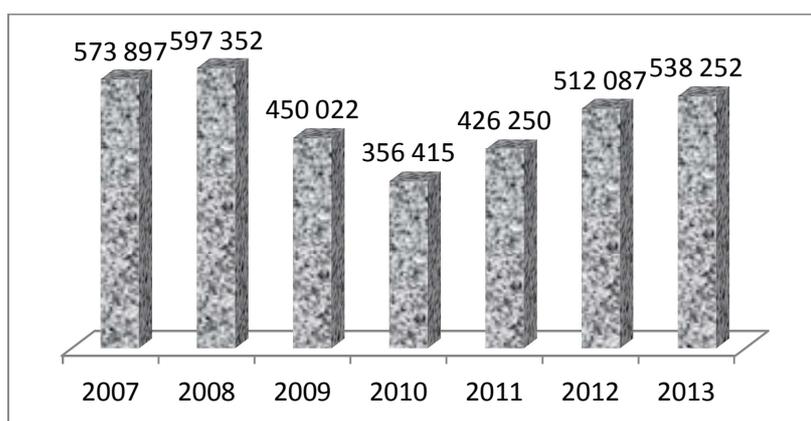


Figure 13: Evolution du nombre de dépistage de 2007 à 2013.

Les 12 unités mobiles des GTR et du GTC/CNLS ont permis de dépister 86 496 personnes pour un taux global de retrait de résultats de 99,6% soit seulement 16% du nombre total de personnes testées et ayant retirés les résultats durant l'année. En effet l'essentiel des activités des unités mobiles (plus de 50%) se résument aux sensibilisations de masse à l'occasion des grands événements de la vie nationale que sont Vacances Sans Sida et Semaine Camerounaise de lutte contre le Sida.

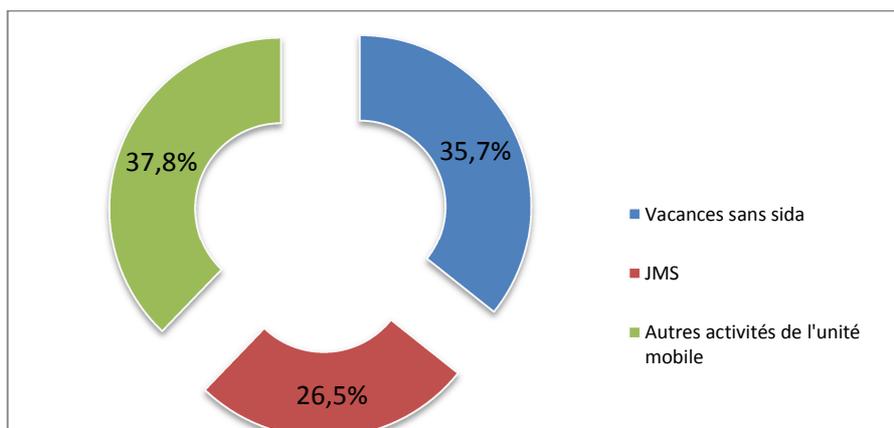


Figure 14: Répartition des CDV faits par l'UM selon l'occasion.

Les activités de CDV effectuées avec les unités mobiles pourraient donc constituer des leviers d'interventions pouvant permettre d'améliorer l'offre de dépistage dans les communautés. En effet les meilleurs résultats enregistrés au cours des années 2007 et 2008 leurs étaient attribuables.

### 1.9. Diagnostic et prise en charge des IST

Les activités de diagnostic et de prise en charge des IST se sont poursuivies au cours de l'année 2013 dans les FOSA et de façon plus ciblée avec l'appui des ONG /OBC travaillant au sein des populations spécifiques.

Ainsi, Care avec l'appui de USAID et de la mairie de Paris a offert un soutien pour le traitement d'IST à 144 personnes au cours de l'année 2013, parmi lesquelles 35 hommes et 109 femmes. Certainement le dépistage et le traitement sont effectués dans des activités de routine des FOSA, mais ne sont pas rapportés de manière systématique. Par conséquent le suivi de cet important domaine de la lutte est demeure très difficile.

## Axe 2 : Renforcement de l'accès aux soins et traitement

Le renforcement de l'accès aux soins et traitement constitue l'un des piliers de la stratégie de lutte contre le sida. Elle est soutenue par les partenaires tant nationaux qu'internationaux et met l'accent sur un certain nombre de leviers. Aussi, pour relever le défi du renforcement de l'accès aux soins et traitement, le Plan Stratégique 2011-2015 prévoit des interventions dans les domaines suivants :

- ✓ Décentralisation de la prise en charge médicale des PVVIH ;
- ✓ Diagnostic précoce du VIH et de la prise en charge médicale chez les enfants exposés ;
- ✓ Prise en charge des coïnfections VIH/TB, VIH/Hépatites et d'autres co-morbidités associées au VIH ;
- ✓ Aide à l'observance aux traitements ;
- ✓ Prise en charge communautaire des PVVIH ;
- ✓ Prise en charge nutritionnelle des PVVIH.

### 2.1. Décentralisation de la prise en charge médicale des PVVIH et offre de traitement

La décentralisation de la PEC telle que prônée par le PSN 2011-2015 vise l'extension géographique des structures de prise en charge médicale des enfants et adultes à tous les districts de santé au Cameroun. Cette extension nécessite d'abord la création de nouveaux CTA et UPEC, la mise en place dans ces nouvelles structures d'un dispositif de gestion des intrants et la mise à disposition d'un kit de documents normatifs, guides techniques et outils de suivi/gestion des malades (registres, fiches, etc.) dans chacune des nouvelles UPEC.

#### 2.1.1. Couverture géographique

Au cours de l'année 2013, 05 nouvelles FOSA ont débuté la PEC des PVVIH, portant à 165 le nombre de CTA et UPEC fonctionnels au Cameroun. Un examen plus approfondi montre toutefois que la couverture en CTA et UPEC par l'approche District demeure insuffisante. En effet, au niveau national, seulement 59,8% des DS disposent d'au moins une structure de PEC fonctionnelle, tel qu'illustre le tableau ci-dessous. Cette couverture nationale cache par ailleurs de fortes disparités entre régions. En effet, les régions du Sud et de l'Adamaoua sont fortement loties avec chacune plus de 80% des DS disposant d'au moins une structure de PEC tandis que les régions de l'Extrême-nord, du Nord et de l'Ouest ont moins de la moitié de leur DS disposant d'au moins une FOSA offrant les services de prise en charge globale du VIH). Ceci induit la nécessité pour toutes les parties prenantes de conjuguer les efforts si l'on veut atteindre une couverture des DS de 100% d'ici à 2017.

Tableau 14 : Couverture géographique en CTA et UPEC selon l'approche District

Nombre de DS	Nombre de DS couvert	Nombre de CTA/UPEC	Taux de couverture des DS
--------------	----------------------	--------------------	---------------------------

<b>Adamaoua</b>	9	8	8	88,9%
<b>Centre</b>	30	23	41	76,7%
<b>Est</b>	14	9	10	64,3%
<b>Extrême nord</b>	30	12	12	40,0%
<b>Littoral</b>	24	12	26	50,0%
<b>Nord</b>	15	7	9	46,7%
<b>Nord ouest</b>	19	12	18	63,2%
<b>Ouest</b>	20	8	14	40,0%
<b>Sud</b>	10	9	11	90,0%
<b>Sud Ouest</b>	18	13	16	72,2%
<b>Total</b>	189	113	165	59,8%

Une analyse plus approfondi révèle en outre que les 142 (86%) des structures de prise en charge fonctionnelles sont des UPEC et 23 (14%) sont des CTA. De même, plus de 70% des structures de prise en charge sont des institutions publiques et 27,3% sont de privés de divers ordre (confessionnels, privé à but lucratif et privé d'entreprises).

**Tableau 15 : Répartition des structures de prise en charge selon le statut**

	<b>CTA</b>	<b>UPEC</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Privé</b>	6	39	45	27,3%
<b>Public</b>	17	103	120	72,7%
<b>Total</b>	23	142	165	100%
<b>%</b>	13,9%	86,1%	100%	

- **Mise en œuvre de la délégation des tâches, documents**

Le Cameroun a depuis 2012, fait le choix stratégique de l'option B+ pour la mise en œuvre de la PTME. Cette orientation a pour conséquence évidente le passage à un plus grand nombre de structures offrant les services de prise en charge aux personnes infectées, notamment les CMA et CSI. La mise en place de la délégation des tâches constitue l'une des conditionnalités pour la mise en œuvre efficace de l'option B+.

Dans le processus graduel de mise en place de la délégation des tâches, le MINSANTE avec l'appui des divers partenaires techniques et financiers dont CDC a :

- réalisé une évaluation des besoins financiers pour la mise en œuvre de l'option B+ ;
- démarré la mise en œuvre effective de l'option B+ dans 20 formations sanitaires de 2 districts de santé ;
- validé le guide national de « délégation de tâches » en matière de PTME, conseils et dépistage du VIH, et en matière de traitement et soins aux patients infectés ;
- amélioré l'approvisionnement des ARV à travers le plaidoyer et la mobilisation des partenaires internationaux ;
- élaboré le document de normes et procédures et le guide national de PEC pédiatrique.

- **Tutorat**

Depuis 2005, ESTHER appuie le Ministère de la Santé Publique dans le processus de décentralisation de la prise en charge dans le cadre d'un projet financé par le C2D et l'Agence française de développement. Ce projet a permis à ce jour de rendre la décentralisation effective dans 65 unités de prise en charge (UPEC) sur 101. Cet appui se fait au travers des formations, des supervisions et des stages de compagnonnage. A cet effet, au cours de l'année 2013, 35 missions de compagnonnage et de formation des hospitaliers du nord ont été organisés 5 missions de compagnonnage et de formation des hospitaliers du nord

- **Offre des examens biologiques**

Les activités liées à l'offre des bilans biologiques de suivi, des bilans d'orientation et des bilans pré-thérapeutiques ont été lourdement affectées par les problèmes de disponibilité des intrants et de maintenance des équipements disponibles dans les CTA et UPEC. Toutes ces faiblesses ont altéré l'application effective de la Décision N° 0858/MSP/CAB/SG/CNLS/GTC/SP du 14 septembre 2009, permettant aux malades de payer respectivement seulement 3 000, 2 500 et 500 FCFA pour ces différents bilans. De plus, il existe un réel problème de suivi de l'offre de bilans subventionnés. Néanmoins, en 2013, 92 226 bilans ont été réalisés (37 657 bilans de suivi biologiques, 34 375 bilans d'orientation et 20 284 pré thérapeutiques).

L'appui d'ESTHER au cours de l'année 2013 a également porté sur l'amélioration de l'accessibilité au test de mesure de la charge virale. La stratégie envisagée à cet effet vise à soutenir certains laboratoires d'envergure en vue de baisser le coût de cet examen à 10.000 F CFA. Les activités suivantes ont été menées dans ce cadre :

- conventionnement avec le Centre Pasteur du Cameroun (Yaoundé et Garoua), le Centre Hospitalier d'ESSOS, le Centre International de Référence Chantal Biya de Yaoundé et l'Hôpital Laquintinie de Douala.
- organisation d'un circuit de collecte des échantillons dans le grand Nord (Extrême Nord, Nord et Adamaoua) pour la réalisation du test de mesure de la charge virale à l'agence du Centre Pasteur de Garoua.

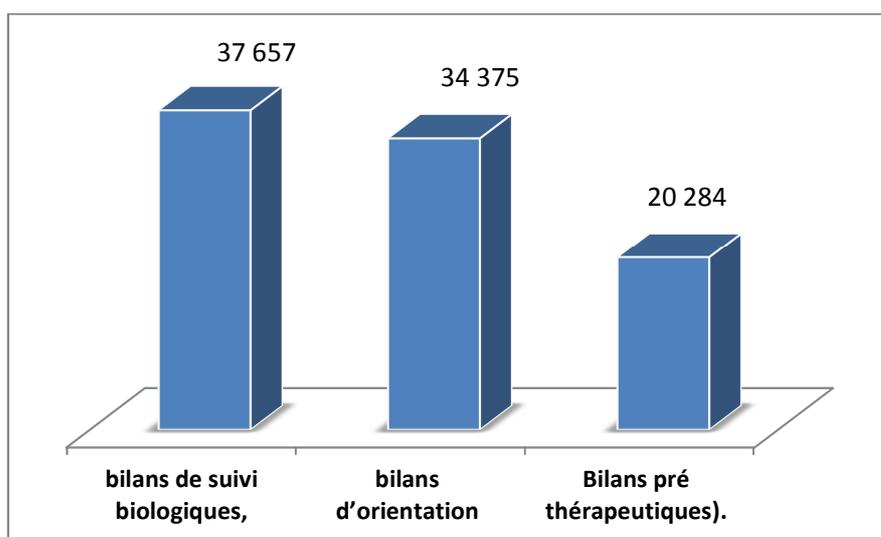


Figure 16 : offre de bilans biologiques, orientation et pré thérapeutique aux PVVIH

## 2.2.2. Offre de traitement antirétroviral

- **Evolution de la file active**

La PEC par les ARV est un des piliers les plus importants de la stratégie de lutte contre le VIH et le Sida en ce sens qu'elle permet la réduction des nouvelles infections et contribue à augmenter la survie des personnes infectées.

Les directives nationales en vigueur au Cameroun depuis 2010 recommandent de mettre sous ARV les patients ayant un taux de CD4 inférieur à 350 ou au stade 3 ou 4 de l'OMS. La file active des personnes vivant avec le VIH sous traitement ARV s'est accrue de 7,1% par rapport à 2012 portant à 131 531 le nombre de personnes sous ARV au Cameroun en décembre 2013 (Cf. Fig. 15).

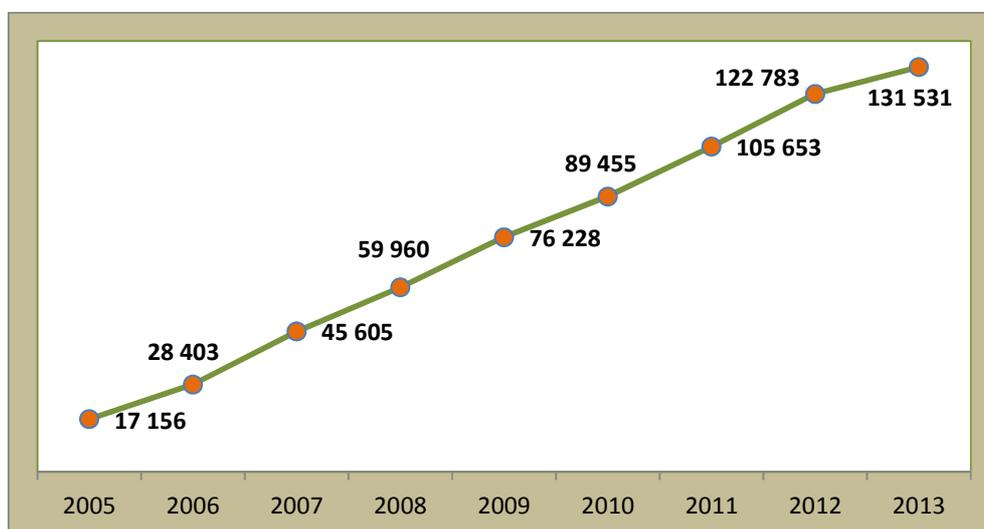


Figure 17: Evolution de la file active de personnes sous ARV de 2005 à 2013.

- **Poids de la file active par région**

Le poids de la file active des personnes sous ARV varie d'une région à l'autre en fonction du poids démographique et du poids de la maladie dans les différentes régions. Les régions de l'Ouest, du Sud-ouest, du Nord-ouest, du Littoral et du Centre regroupent plus de 80% de la file active (Cf.16).

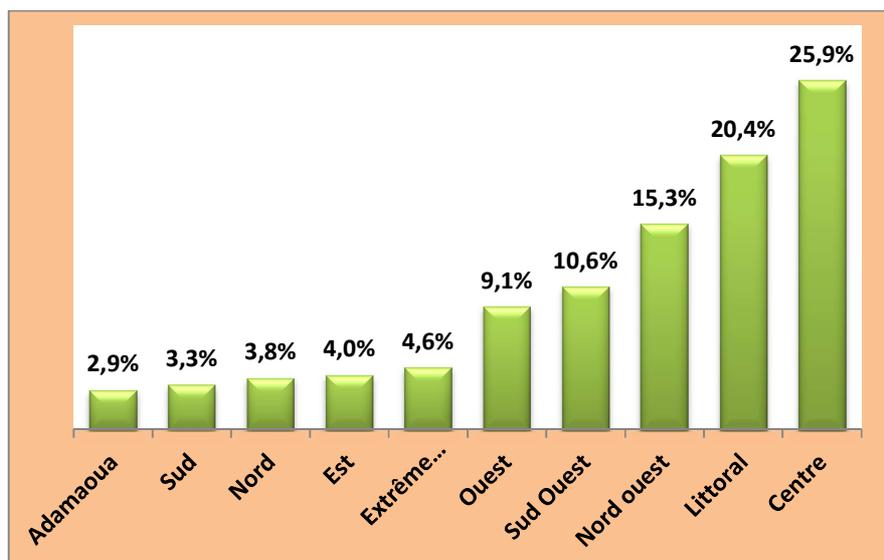


Figure 18: Répartition des CTA et UPEC fonctionnels par région.

- **File active par sexe et par grand groupe d'âge**

En 2013, les enfants représentent moins de 5% des personnes sous traitement et les femmes plus de 65%. Les 131 531 personnes recevant les ARV en fin 2013 représentent une couverture de 21,8% des PVVIH éligibles au traitement (Cf. Tableau 14).

Tableau 14 : File active par sexe et par groupe d'âge en 2013

	Groupe d'âge		Sexe		Total
	Enfants	Adultes	Hommes	Femmes	
Adamaoua	123	3 723	1 389	2 457	3 846
Centre	1 636	32 455	10 427	23 291	34 091
Est	182	5 129	1 639	3 672	5 311
Extrême nord	237	5 823	2 333	3 727	6 060
Littoral	1 005	25 802	8 289	18 518	26 807
Nord	120	4 893	1 713	3 300	5 013
Nord ouest	1 234	18 860	5 995	14 099	20 094
Ouest	472	11 555	3 323	8 704	12 027
Sud	105	4 250	1 313	3 042	4 355
Sud Ouest	454	13 473	4 353	9 574	13 927
<b>Cameroun</b>	<b>5 568</b>	<b>125 963</b>	<b>40 774</b>	<b>90 384</b>	<b>131 531</b>

Cette file active ayant été sujette à beaucoup de controverses quant à sa maîtrise, sa revue a été planifiée en 2013, dans le but d'être réalisée au cours de l'année 2014.

## 2.2. Prise en charge des coinfections VIH/TB, VIH/Hépatites et d'autres co-morbidités associées au VIH et prise en charge des infections opportunistes

La prévention, le diagnostic et le PEC des infections opportunistes occupent une place centrale dans la stratégie globale de prise en charge médicale des personnes infectées au Cameroun. En 2013, 22 934 PVVIH ont reçu la prophylaxie au cotrimoxazole, 2 218 cas de toxoplasmose cérébrale, 770 cas de cryptococcose cérébrale et 3 357 cas de candidose oro-pharyngo-oesophagienne ont été traités gratuitement.

Pour ce qui est de la co-infection TB/VIH, tous les patients VIH, vue dans les CTA et UPEC ont bénéficié de la recherche active de la tuberculose selon l'algorithme recommandé. Parallèlement, le programme TB a poursuivi le dépistage du VIH et la PEC chez tous les patients tuberculeux. C'est ainsi que 82% des patients tuberculeux ont été testés au VIH pour un taux de séropositivité de 38% tel que l'illustre le tableau ci-dessous.

Tableau 15: Principaux indicateurs de diagnostic et de PEC des coinfections VIH/TB

Proportion de Tuberculeux testés pour le VIH	<b>82%</b>
Nombre Les patients Tuberculeux ayant effectués le test du VIH	<b>21 329</b>
proportion des patients TB ayant un statut positif au VIH	<b>38%</b>
Nombre de patients coinfectés mis sous TARV	<b>5 254</b>
Proportion de patients Tuberculeux-VIH+ mis sous cotrimoxazole	<b>85%</b>

Source : PNLT

## 2.3. Aide à l'observance aux traitements et PEC communautaire des PVVIH

Les activités d'aide à l'observance des patients VIH + font partie intégrante du package de services offerts aux PVVIH dans les CTA et UPEC. Elles sont réalisées par le personnel de la FOSA, le long de la chaîne de suivi et des dispensations des ARV. De manière spécifique, le personnel chargé de dispenser les ARV sensibilise les malades sur l'importance de respecter les rendez-vous et de retirer les médicaments dans les délais. Ils sont appuyés dans cette tâche par les ARC. Avec l'appui d'ESTHER, 34 conseillers psychosociaux formés et rémunérés assurent l'accompagnement psychosocial dans les UPEC et CTA des régions du Centre, Littoral et de l'Ouest.

## 2.4. Prise en charge nutritionnelle des PVVIH

Les activités de Prise en charge nutritionnelle sont appuyées par plusieurs PTF dont la Fondation Clinton, le Programme Alimentaire Mondial, l'ONUSIDA et l'UNICEF.

Le MINSANTE a bénéficié de l'appui technique et financier du PAM pour :

- élaborer le protocole National de la gestion de la malnutrition sévère qui intègre les priorités des populations cibles vivant avec le VIH
- élaborer les premières directives nationales sur les soins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Le PAM a également appuyé le MINSANTE pour l'élaboration, la production et la distribution des outils de suivi des activités de PEC nutritionnelle dans 4 CTA et UPEC de la Région de l'Est, bénéficiaires de la phase pilote du projet « programme Food by Prescription ».

Le personnel des CTA et UPEC concerné par ce projet ainsi que des membres d'ONG et associations ont bénéficié d'un renforcement de capacités sur la prise en charge communautaire de la malnutrition, l'éducation nutritionnelle, et la PEC communautaire incluant les aspects nutritionnels. Au total, 5 membres des organisations et 12 professionnels de la santé communautaire sur les soins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont été formés sur la gestion communautaire de la malnutrition, l'éducation nutritionnelle et surtout sur les techniques de visites à domicile incluant les considérations nutritionnelles.

En 2013, le PAM a mis en œuvre deux principaux programmes de protection sociale et sensible du VIH. L'un pour les distributions générales d'aliments à 15253 réfugiés centrafricains en situation d'insécurité alimentaire sévère et l'autre pour les aliments à destination des interventions actives auprès de 15185 réfugiés centrafricains en situation d'insécurité alimentaire modérée et aux populations hôtes des régions de l'Est et de l'Adamaoua du Cameroun. L'un des critères de sélection de ces deux interventions est le ménage abritant au moins une personne vivant avec le VIH/SIDA. Ces deux interventions ont largement contribué à la lutte contre l'insécurité alimentaire dans les ménages cibles et parmi les PVVIH incluses dans le programme.

### **Axe 3 : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées**

L'effet escompté par la mise en œuvre de la stratégie de renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées par le VIH, est l'atténuation de l'impact psychologique, social et économique du VIH sur les PVVIH, les OEV et autres personnes affectées. Les domaines d'interventions prioritaires sur lesquels s'appuie cette stratégie sont :

- ✓ Soutien psychologique, social et économique aux PVVIH ;
- ✓ Soutien aux OEV (soutien sanitaire, scolaire, nutritionnel, psychosocial et protection juridique) ;
- ✓ Implication des collectivités locales décentralisées dans la protection et le soutien aux personnes infectées et affectés par le VIH ;
- ✓ Protection juridique des PVVIH et personnes affectées.

#### **3.1. Soutien psychologique, social et économique aux PVVIH**

Le soutien psychologique, social et économique aux PVVIH commence dans les CTA et UPEC et se fait tout au long de la chaîne de PEC. Selon le cas, les PVVIH bénéficient de l'accompagnement du psychologue, du conseiller psychosocial, de l'assistant social ou de l'ARC.

En communauté, les groupes de soutien et les associations des PVVIH jouent également un rôle important dans le soutien psychologique et social aux personnes infectées. Le Suivi et Evaluation n'a pas enregistré d'informations dans ce domaine, bien que des actions sont faites.

### 3.2. Soutien aux OEV (soutien sanitaire, scolaire, nutritionnel, psychosocial et protection juridique)

Les activités de soutien aux OEV se sont poursuivies en 2013, dans le cadre de l'action gouvernementale à travers le Ministère de Affaires Sociales et le Ministère de la Promotion de la femme et de la famille. La mise en œuvre du volet prise en charge des OEV du projet R10 du Fond Mondial par CRS a également permis de renforcer la PEC des OEV au cours de l'année 2013. Il est important de signaler que le volet OEV du projet R10 du fond mondial couvre 05 régions (Centre, Nord, Adamaoua, Est et Nord-ouest).

Avec l'appui de l'UNICEF, le MINPROFF a organisé un atelier de renforcement des capacités des acteurs de la PEC des OEV au niveau central et déconcentré sur l'approche « programmation VIH centrée sur la famille ». Le but de cet atelier étant de doter les gestionnaires des programmes, des connaissances, des compétences et des aptitudes afin de faciliter l'intégration de cette approche dans le processus de planification à tous les niveaux. Au total 30 responsables ont bénéficié de cette formation.

Dans le processus devant conduire à la PEC des OEV grâce au financement du R10, CRS a réalisé les activités suivantes :

- contractualisation avec 25 OSC partenaires du projet pour appuyer le processus d'identification des OEV ;
- recrutement de 82 Travailleurs sociaux contractants pour la mise en œuvre du projet dans la communauté ;
- mise en place effective de la base des données des OEV dans le cadre du projet ;
- révision, production et distribution des documents de base pour le soutien des Orphelins et des Enfants Vulnérables (manuel d'exécution, manuel de suivi et manuel du Travailleur social).

Au cours de l'année 2013, au total 19 583 OEV ont bénéficié d'au moins un soutien. Parmi ces 19 583, 18 680 ont été pris en charge par CRS dans le cadre du projet R10. Il est à noter que les régions de l'Adamaoua et du Nord n'ont pas bénéficié du soutien sanitaire. Cette répartition est illustrée dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 161 : Répartition du nombre de personnes soutenues par région**

Région/Soutien	Psychosocial	Nutritionnel	Sanitaire	Total
<b>Est</b>	1 344	1 972	-	<b>1 972</b>
<b>Adamaoua</b>	619	2 250	-	<b>2 250</b>
<b>Centre</b>	2 007	6 484	3 714	<b>6 484</b>
<b>Nord-Ouest</b>	2 739	4 029	4 300	<b>4 300</b>
<b>Nord</b>	512	3 674	-	<b>3 674</b>

<b>Total</b>	7 221	18 409	8 014	<b>18680</b>
--------------	-------	--------	-------	--------------

L'ONG CORAID avec l'appui de ses partenaires a soutenu le reste soit 903 OEV. Pour atteindre ces résultats elle a travaillé en partenariat avec trois OBC à savoir ASSEJA, DELICE et AWA et les résultats individuels suivants ont été obtenus:

- **ASSEJA**, 333 OEV, soutien éducationnel, soutien nutritionnel, sanitaire, formation et insertion professionnelle.
- **DELICE**: 330 OEV dans la zone d'Obala, avec un appui éducationnel et nutritionnel
- **AWA**: 240 OEV dans la plupart des communes de Yaoundé, avec appui sanitaire, nutritionnel et éducationnel

### 3.3. Protection juridique des PVVIH et personnes affectées

Le problème de stigmatisation, discrimination et d'auto stigmatisation des personnes infectées par le VIH demeure une préoccupation majeure pour le programme de lutte contre le VIH. Dans ce sens, un groupe de travail sur la Stigmatisation et la Discrimination du VIH constitué du GTC/CNLS, des partenaires techniques et financier tel que le BIT et la société civile a été mis en place au CNLS. Ce groupe de travail a pour rôle de proposer et de coordonner les interventions visant à promouvoir les droits associés au VIH et sida au Cameroun.

Avec l'appui technique et financier du BIT, les activités suivantes ont été réalisées en 2013.

- dissémination des résultats de l'étude sur l'index de stigma dans le cadre des ateliers ;
- Organisation de 9 campagnes de sensibilisation sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, la promotion des droits humains associés au VIH organisée à Douala et Yaoundé ont permis de toucher 9 entreprises et 744 personnels de ces institutions ;
- renforcement des compétences des acteurs clés afin de créer un environnement favorable à la demande et l'offre des services de protection des droits par les PVVIH :
  - formation de 56 personnes représentant les OSC (New-Way, Sunaids, Momsunshine, AFSUPES), les structures de soins (Laquintinie, Congo II, New-Bell, Nylon, CBB-Mboppidis posent des compétences sur les droits humains associés au VIH) ;
  - formation de 28 représentants des organisations des employeurs (GICAM, Chambre de Commerce, Coalition de la Communauté des Affaires), les 12 confédérations syndicales nationales (CSAC, CSIS, CSTC, UGTC, ENTENTE, CCTWU, CCT, CTUC, USLC, CGT-Liberté, CSP, CGSTC), 02 organisations de la société civile (MALEO-Santé, MOMSUNSHINE), et 03 Collectivités locales décentralisées, formés sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et la promotion des droits associés au VIH et sida en milieu de travail ;
  - sensibilisation de 111 PVVIH et 227 représentants des 12 Confédérations syndicales Nationales sur la stigmatisation et la discrimination, et la promotion des droits associés

au VIH et au sida dans le cadre des 02 fora organisés en marge de la journée mondiale contre le sida 2013 ;

- formation de 84 Points Focaux (issus du monde du travail, des structures de soins et des Associations de PVVIH) sur la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la promotion des droits associés au VIH ;

## Axe 4 : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs

La multisectorialité est l'un des principes directeur du PSN 2011-2015. Il y est préconisé le renforcement de l'implication des secteurs public et privé, des collectivités locales, des organisations de la société civile, des organisations confessionnelles dans la riposte nationale au VIH/SIDA. Le PSN 2011-2015 préconise un ensemble de données permettant aux secteurs d'apporter leurs contributions multiformes aux fins d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixé à savoir :

- ✓ Renforcement de l'implication du secteur public dans la riposte au Sida ;
- ✓ Renforcement de l'implication du secteur privé (formel et informel) dans la lutte contre le VIH ;
- ✓ Renforcement de l'implication des collectivités locales dans la réponse au VIH ;
- ✓ Intégration du VIH dans les projets et programmes de développement ;
- ✓ Renforcement de l'implication des OSC et des organisations confessionnelles.

### 4.1. Renforcement de l'implication du secteur public dans la riposte au Sida

#### 4.1.1. MINSANTE

Le Ministère de la Santé Publique reste l'acteur principal des axes 1, 2 et 5 du plan stratégique 2011-2015 de lutte contre le VIH. Ainsi, les résultats de dépistage volontaire, de PTME, de prise en charge des PVVIH et de renforcement du système de santé ont été produits par le secteur.

#### 4.1.2. MINESEC/ MINEDUB

Dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA les activités suivantes ont été réalisées par le Ministère de l'Education de Base avec l'appui de l'UNESCO et de l'UNICEF pour le compte de l'année 2013.

Au cours de l'année 2013, le ministère des enseignements secondaires a contribué à la lutte contre le VIH/Sida à travers des activités de renforcement de l'information stratégique, de mobilisation et de sensibilisation dont :

- renforcement des capacités des SPE et des 247 encadreurs en SSR, qui ont à leur tour formé 1300 pairs éducateurs à la maîtrise de concepts SSR, à la communication interpersonnelle au développement de compétence de vie courantes dans 35 structures de jeune en milieu scolaire et extrascolaire.
- analyse comportementale des jeunes face aux IST/VIH et prévention du VIH ;
- renforcement des capacités de 30 infirmiers (es) des services de l'IMS ;
- renforcement des capacités de 25 coordonnateurs régionaux et responsables d'OSC sur la vision, outils et stratégie ;
- l'analyse comportementale des jeunes face aux IST/VIH/SIDA et la cartographie des risques et vulnérabilité dans les régions du Centre et Sud.

#### 4.1.3. MINPOSTEL

Au cours de l'année 2013, le Ministère des Postes et Télécommunications en tant que leader du Secteur des Postes et télécommunication a poursuivi la coordination des actions de lutte contre le VIH dans ce secteur, conformément aux orientations du plan sectoriel VIH du secteur des Postes et Télécommunication adopté en 2011.

Dans ce cadre, 37 Points Focaux issus du Ministère des P&T et de 06 entreprises sous tutelle (ART, CAMPOST, Ecole Nationale Supérieure de Télécommunication, ORANGE et MTN) ont été dotés des capacités et des outils clés en matière de planification et mise en œuvre de leurs programmes VIH en direction de leurs populations cibles (6317 travailleurs et 22842 membres de leurs familles).

#### 4.1.4. MINESUP

Les activités de lutte contre le VIH/Sida au sein du Ministère de l'enseignement supérieur sont coordonnées par le service de la santé universitaire. Il est chargé du suivi des questions relatives à la santé des étudiants, de l'information sur les risques en milieu universitaire, du suivi de la mise en œuvre du plan sectoriel de lutte contre le VIH/Sida et autres programmes nationaux de santé et de la gestion de toutes les situations d'urgence concernant les étudiants.

Au cours de l'année 2013, les activités ci-contre ont été menées sous la coordination du service de la santé universitaire :

- formation de 60 pairs éducateurs à l'Université de Ngaoundéré ;
- sensibilisation et dépistage du VIH sida des jeunes durant les jeux universitaires (264 femmes et 1 143 hommes) ;
- production et distribution de 5000 dépliants et brochures sur la SSR/VIH/Sida ;

- organisation d'une mission d'évaluation des capacités opérationnelles des services sanitaires conviviaux des jeunes et adolescents dans les universités ;
- formation des étudiants pour la mise en place effective des espaces Amis-jeunes dans les universités de Yaoundé 1 et Yaoundé 2 ;
- renforcement des capacités de 50 étudiants-relais Santé et 20 en vue de l'opérationnalisation des services de santé conviviaux à UY1 et l'UY2 ;
- suivi psychosocial des étudiants séropositifs ;
- organisation des groupes de paroles ;
- organisations des campagnes de dépistage lors des visites médicales systématiques.

Le SE ne capture pas encore les activités effectuées dans les autres universités publiques et privées

#### **4.2. Renforcement de l'implication du secteur privé (formel et informel) dans la lutte contre le VIH**

Le développement du PPP est une des stratégies innovantes adoptées par le pays pour renforcer l'appropriation nationale de la lutte contre le VIH et le sida et notamment accroître les ressources internes en vue de pérenniser la politique de gratuité des Anti-Retro-Viraux (ARV). Diverses actions de plaidoyer et de sensibilisation ont été menées en direction des chefs d'entreprises en vue de renforcer l'implication du secteur privé dans la lutte contre le VIH. Ces actions ont concerné entre autres :

- la production et distribution de 2000 plaquettes de sensibilisation à plus de 500 Chefs d'entreprises ;
- la publication dans la newsletter du GICAM « *GICAM-MISANTE: Offensive commune pour la disponibilité des ARV au Cameroun* » distributeur aux chefs d'entreprises ;
- le Plaidoyer conjoint du Président du GICAM et du Ministre de la Santé publique en direction de 250 chefs d'entreprises lors de l'Assemblée du GICAM du 12 décembre 2013.

Par ailleurs, les appuis multiformes des PTF dont le BIT en vue de mettre en place le dispositif de PPP dans le cadre de la convention GICAM-MISANTE signée en 2010, ont abouti aux résultats suivants :

- Schéma de base de PPP élaboré et adopté par les parties prenantes clés pour la mobilisation du secteur privé dans le financement des ARV au Cameroun, assorti d'une feuille de route pour l'opérationnalisation de la convention GICAM-MINSANTE(2013-2017) ;
- Dispositif institutionnel de mise en œuvre de la convention GICAM-MINSANTE révisé et rendu opérationnel à travers deux organes clés : le Comité de Suivi et le Secrétariat du Comité du Comité de suivi au sein desquels siègent : le MINSANTE, le CNLS, le Ministère des Finances, le Ministère du travail et de la Sécurité Sociale, la Coalition de la communauté des affaires de lutte contre le VIH et le sida, le CNLS et le BIT ;
- Les outils techniques et administratifs de mise en œuvre de la convention adoptés et offrant un cadre cohérent et de gestion transparente des ressources financières à mobiliser auprès du secteur privé

Ces diverses actions de plaidoyer ont permis à 07 nouvelles entreprises d'élaborer leurs politiques individuelles de lutte contre le VIH et le sida en milieu de travail basées sur la Recommandation 200. La

contribution du secteur privé à la lutte contre le VIH a augmenté en 2013 avec notamment la mobilisation de 100,000 USD pour l'acquisition des ARV en 2013.

### **4.3. Renforcement de l'implication des collectivités locales dans la réponse au VIH**

Au cours de l'année 2013, certaines CTD abritant les projets structurants ont poursuivi leur implication dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH prises en compte de la dimension VIH dans les projets et programmes de développement. Il s'agit notamment des communes de MA'AN, CAMPO, KRIBII, KRIBI II et LOKOUNDJE. Une réorientation opérationnelle devrait être mise en place pour un plus grand investissement des mairies dans le domaine du VIH, par exemple dans la prise en charge des OEV.

### **4.4. Renforcement de l'implication des OSC et des organisations confessionnelles.**

Les organisations de la société civile intervenant dans le cadre de la lutte contre les IST, le VIH et le sida sont associées au processus de planification à tous les niveaux. En fonction de leur spécialisation, elles doivent élaborer des plans d'action qui sont pris en compte au niveau local, régional et national. Par ailleurs, elles sont généralement prestataires dans la mise en œuvre des activités au sein des communautés, qu'elles soient liées à la prévention ou à la prise.

#### **4.4.1. Care Cameroun**

Au cours de l'année 2013, Care a poursuivi d'une part la mise en œuvre les activités de lutte contre le VIH articulées autour des interventions en faveur des MARPS. Ces activités s'inscrivent dans le cadre du projet HAPP financé par l'Agence Américaine pour le Développement International (**USAID**) et mise en œuvre en collaboration avec Association Camerounaise de Marketing Social (ACMS) et six Organisation à Base Communautaire dans cinq sites. Elles ont porté sur :

- la formation des pairs éducateurs ;
- l'éducation par les pairs (communications interpersonnelles, causeries éducatives et groupes de parole) pour le changement de comportement ;
- l'organisation des campagnes (mass et proximité) de Conseil et Dépistage dans les communautés ;
- la distribution de matériel de prévention aux MARPs et autre populations vulnérables lors des activités ;
- le Soutien psychosocial vers les MARPs dans les espaces prévention et santé (Drop-in Center) ;
- le soutien médical aux PVVIH (adultes et enfants) (Bilans d'orientation, pré-thérapeutique, Suivi, CD4, CV et traitement des IO);
- le soutien nutritionnel ;
- la prise en charge des IST par l'approche syndromique ;

#### 4.4.2. ACMS

L'association a poursuivi la mise en œuvre des 03 projets spécifiques que sont CAS Cameroun, UAFC et PPSAC. Ces projets contribuent au renforcement de la prévention du VIH dans la population générale et dans les groupes à risque. Les activités ainsi menées s'articulent autour de :

- La promotion de l'utilisation correcte du préservatif masculin et féminin ;
- Le marketing social du préservatif masculin et féminin ;
- La distribution du préservatif masculin et féminin ;
- La lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- La sensibilisation, le CDV en directions des jeunes, des MAPS, des hommes en tenue ;
- La production et la distribution du matériel de sensibilisation ;
- La formation des pairs éducateurs.

Cette association est responsable de presque totalité des préservatifs distribués aux Cameroun.

#### 4.4.3. CAMNAFAW

L'ONG CAMNAFAW a au cours de l'année 2013 poursuivi la mise en œuvre des actions de lutte contre le VIH en direction des populations vulnérables tels les jeunes et les PVVIH et les populations les plus exposées au risque d'infection (MSM, TS, Camionneurs). Ces activités sont financées pour les unes par le Global Funds, dans le cadre du projet R10 et pour les autres par IPPF (International Planned Parenthood Federation) et la fondation de France. Elles s'articulent autour de :

- la promotion et la distribution des préservatifs masculins et féminins au sein des groupes suscités ;
- la formation et la supervision des pairs éducateurs ;
- l'organisation des campagnes de sensibilisation de masse et de proximité ;
- le dépistage et la PEC des IST ;
- la production et la distribution du matériel de sensibilisation ;
- plaidoyer pour l'accès des MARPS aux services de prévention et de PEC
- soutien nutritionnel au PVVIH indigents ;
- prévention du VIH au sein des PVVIH.

Tableau 17 : Synthèse des principales interventions des ONG et associations en 2013

ONG/Associations	Domaine d'intervention	Résultats 2013
<b>FESADE</b>	Prévention chez les jeunes Prévention chez les femmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration et validation des outils de plaidoyers en vue de l'intégration du curriculum d'éducation à la sexualité dans les programmes scolaires du secondaire ;</li> <li>- Elaboration et validation d'un plan stratégique de plaidoyer pour l'intégration du curriculum d'éducation à la sexualité des les programme scolaires du secondaire ;</li> <li>- Plaidoyer et Mobilisation des OSC en faveur du préservatif féminin ;</li> <li>- Renforcement des capacités des OSC sur le préservatif féminin.</li> </ul>
<b>ESPOIR ET VIE</b>	CCC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation de 115 campagnes de sensibilisation, 12 causeries éducatives, 4 groupes de parole dans la ville de Yaoundé ;</li> <li>- Distribution de 3354 préservatifs masculins, 486 préservatifs féminins et 270 dépliants et autres matériels de sensibilisation ;</li> <li>- Diffusion de 7 émissions radiophoniques sur des questions relatives aux IST/VIH/Sida;</li> <li>- Organisation d'une table ronde et diffusion d'une émission télé sur la stigmatisation ;</li> <li>- Organisation de 3 fora sur les avancées de la médecine en matière de VIH, les droits et devoirs des PVVIH et sur la gestion du stress et la nutrition;</li> <li>- Organisation de 3 séances d'éducation nutritionnelle;</li> <li>- Conduite de 7 visites à domicile (trois personnes visitées plusieurs fois).</li> </ul>
<b>CHIMMISSIONS</b>	Communication pour le changement de comportement au sein des communautés chrétiennes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 communautés chrétiennes visitées</li> <li>- 4325 personnes sensibilisées,</li> <li>- 628 personnes dépistées,</li> <li>- 102 veuves identifiées,</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 212 orphelins identifiés et ayant bénéficié d'un accompagnement psychosocial</li> <li>- 28 personnes formées comme Pair Educateur pour combattre le VIH/SIDA</li> <li>- 2160 préservatifs distribués</li> </ul>
<b>CBCHB</b>	<p>PTME</p> <p>Renforcement du système de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des capacités du personnel de santé des FOSA en vue de la fourniture des services PTME (188 nouveaux et 638 anciens) ;</li> <li>- Supervision des sites PTME ;</li> <li>- Fourniture des appareils de laboratoires (38 compteur CD4) ;</li> <li>- Mobilisation sociale en faveur de la PTME ;</li> <li>- Amélioration du système d'approvisionnement en intrants ;</li> <li>- Plaidoyer pour une meilleure implication de l'administration et des communautés dans la PTME ;</li> <li>- Appui au suivi du couple mère –enfant dans le cadre de la PTME.</li> </ul>

#### 4.6. Soutien des partenaires au développement

Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose et le programme PEPFAR interviennent pour l'accès universel à la prévention aux traitements et soins, notamment, la prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les groupes vulnérables ou marginalisés, la sécurité transfusionnelle, la Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant et la fourniture des ARV et autres intrants.

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

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

Les ONG internationales telles Clinton Foundation, ESTHER, CARE Cameroun, IRD et GVFI, MSF, ANRS interviennent dans la prévention, la recherche, la prise en charge pédiatrique et l'extension de la couverture des services surtout au niveau communautaire comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau 2: Synthèse des principales ONG internationales et partenaires au développement

Nom	Interventions soutenues/ mises en œuvre 2013	Acteurs de mise en œuvre
PNUD	<p><b>Intégration</b> de la problématique du VIH dans les grands projets de développement cibles au Cameroun</p> <p><b>Renforcement des capacités</b> des magistrats et avocats sur les droits humains associés au VIH/Sida</p> <p><b>Réduction de la vulnérabilité</b> des femmes et des filles au VIH et au Sida</p> <p><b>Réduction de la vulnérabilité</b> des travailleurs (ses) de sexe et des minorités sexuelles au VIH et au Sida</p>	<p>GTC/CNLS</p> <p>ONG/Associations</p>
UNESCO	<p><b>Introduction</b> de l'enseignement l'EVF/EMP/VIH</p>	<p>MINESEC</p> <p>MINEDUB</p>
PAM	<p><b>Diffusion</b> des résultats de l'étude sur la vulnérabilité alimentaire des ménages des PVVIH au Cameroun.</p> <p><b>Elaboration</b> du guide national de prise en charge nutritionnelle des PVVIH</p>	
ONUSIDA	<p><b>Appui à l'analyse</b> du gap des fonds et des nouvelles sources de financements nationaux</p> <p><b>Appui à la réalisation</b> des estimations et projections VIH et l'estimation des, EPP/Spectrum</p> <p><b>Appui à la fourniture</b> de l'information stratégique (rapports sur les OMD, UNGASS)</p> <p>Coordination et Suivi et Evaluation du Groupe Thématique VIH du SNU</p>	<p>CNLS, OCB/OSC</p>

Nom	Interventions soutenues/ mises en œuvre 2013	Acteurs de mise en œuvre
UNICEF	<p><b>PTME</b> (formation des prestataires sur la PTME, le renforcement des compétences des volontaires communautaires pour la mobilisation et la sensibilisation des familles sur la SMNI/PTME/PECP, la sensibilisation des femmes, fourniture des intrants).</p> <p><b>PECP</b> (renforcement des capacités des prestataires, la fourniture des ARV et autres intrants, l'appui à la formation et la supervision des activités de diagnostic précoce et la prise en charge pédiatrique.</p> <p><b>PP</b> (renforcement des capacités des encadreurs, des pairs éducateurs et des autorités locales pour la prévention du VIH, et la mobilisation, la sensibilisation et le dépistage des jeunes.</p>	<p>MINSANTE</p> <p>CNLS</p> <p>MINPROFF</p> <p>MINEDUC</p> <p>MINESEC</p> <p>MINJEC</p> <p>MINAS et OSC/ONG</p>
OMS	<p><b>Appui</b> à la mise en œuvre des interventions d'élimination de TME</p> <p><b>Appui</b> à la production de l'information stratégique sur la mise en œuvre de la réponse nationale face au VIH/Sida.</p> <p><b>Plaidoyer et facilitation</b> des concertations entre les partenaires dans la lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et le paludisme</p> <p><b>Mise en œuvre</b> des activités conjointes TB/VIH.</p> <p><b>Prévention</b> du VIH auprès des groupes spécifiques, notamment les donneurs bénévoles de sang.</p> <p><b>Soutien à l'extension</b> du traitement ARV (taskshifting) et amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes infectées.</p>	<p>DLM</p> <p>ONG/Association</p> <p>CIRCB</p>
ESTHER	<p><b>Renforcement des capacités</b> du personnel de santé pour la prise en charge du VIH/Sida</p> <p><b>Appui à l'amélioration</b> du plateau technique des FOSA et aux acteurs intervenant dans les activités de la continuité des soins</p> <p><b>Appui</b> au fonctionnement du dispositif de suivi des malades</p> <p><b>Appui</b> à l'accompagnement psychosocial des PVVIH</p>	<p>DLM</p> <p>FOSA</p>
PPSAC-OCEAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration du plan stratégique et plan d'opération budgétisé de la phase III de PPSAC(2013-2016).</li> <li>• Signature de l'accord-cadre de coopération financière entre la CEMAC et l'Allemagne pour la phase III du PPSAC (2013-2016).</li> <li>• Réalisation de l'étude CAP 2012 en approche régionale dans trois des pays couverts (Cameroun, Tchad et Congo).</li> <li>• Réalisation du 1er et 2ieme passage des Activités Communes Synergiques Transfrontalières (ACSTF) aux nœuds transfrontaliers de Bongor et Nguéli au Tchad, de Yagoua et Kousséri au Cameroun ;</li> <li>• Tenue des assises de l'Approche Régionale de l'Accès Universelle aux Préservatifs (ARAUP) au Cameroun et au Congo,</li> <li>• Promotion et distribution du préservatif masculin et féminin.</li> </ul>	<p>GTC/CNLS</p> <p>ACMS, OBS/OSC</p>

Nom	Interventions soutenues/ mises en œuvre 2013	Acteurs de mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation des Pairs Educateurs Camionneurs, Travailleuses de sexes, Pêcheurs, PVVIH, Agents des Formations sanitaires des nœuds transfrontaliers.</li> </ul>	
<b>BIT</b>	<b>Renforcement</b> de l'opérationnalisation de la convention GICAM dans le cadre de la mobilisation des ressources pour l'acquisition des ARV	MINTSS, GICAM CNLS, MINSANTE CNLS, MINFI
<b>Fondation Clinton</b>	<p><b>Approvisionnement</b> en ARV Pédiatriques de Deuxième Ligne, intrant de Diagnostic Précoce, CD4 et médicaments contre les infections opportunistes</p> <p><b>Assistance Technique au CNLS</b> pour la quantification et budgétisation des intrants et l'extension du diagnostic précoce</p> <p><b>Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant</b>(Acquisition de 16 instruments POC de comptage CD4 « PIMA », formation des formateurs en prélèvement DBS/PCR, élaboration d'un plan opérationnel pour la mise en place d'un système efficace de transport des échantillons, début des travaux pour un relais des résultats du laboratoire au site de prélèvement en temps réel, formations des professionnels de santé sur la prise en charge médicale des enfants infectés par le VIH).</p>	CBCHB, CNLS MINSANTE
<b>MSF</b>	<p>Mise sous traitement basé sur le TDF</p> <p>Suivi des patients VIH+</p> <p>Renforcement de l'équipe médicale du MINSANTE</p> <p>Subventions des charges virales</p>	MINSANTE
<b>MSH</b>	Renforcement du système d'approvisionnement en intrants	GTC/CNLS, CENAME, MINSANTE
<b>ICAP</b>	<p>Renforcement du système de santé</p> <p>PTME</p>	MINSANTE
<b>GIZ</b>	<p>Prévention et prise en charge du VIH dans les prisons</p> <p>Prévention du VIH chez les jeunes</p>	MINJUSTICE ONG/Associations
<b>CDC</b>	<p>Renforcement du système de sante</p> <p>Renforcement du système d'information Statistique</p> <p>Sécurité Transfusionnelle</p> <p>Prévention de la Transmission Mère Enfant</p>	CNLS, DSF DLMEP, DPM PNTS

## AXE 7 : Information stratégique

Les interventions de cet axe doivent concourir à rendre disponible entre 2011 et 2015 des informations stratégiques de qualité pour utilisation dans le processus de planification et de prise de décisions; Les domaines d'interventions prioritaires sont :

- ✓ Renforcement de la surveillance épidémiologique, comportementale et des résistances ;
- ✓ Promotion de la recherche dans le domaine du VIH ;
- ✓ Renforcement du suivi et évaluation des interventions (données programmatiques) ;
- ✓ Renforcement de la supervision et du contrôle de la qualité des données ;
- ✓ Amélioration du stockage et de l'accès aux données/documents (bases de données centrale et régionales, site Web) ;
- ✓ Renforcement de la dissémination et de l'utilisation de l'information stratégique dans la prise de décisions.

### 7.1. Renforcement de la surveillance épidémiologique, comportementale et des résistances

La surveillance épidémiologique et des comportements occupent une place centrale dans la lutte contre le VIH car elle permet de mesurer à moyen terme les effets de toutes les interventions menées et de définir les nouvelles stratégies. Particulièrement, elle permet d'apprécier l'ampleur de l'épidémie et les comportements à risques dans la population générale ainsi que dans les groupes spécifiques qui méritent une attention particulière par rapport à la population générale.

Au cours de l'année 2013, plusieurs activités de surveillance épidémiologique et comportementales ont été menées et d'autres débutées en 2012 ont été finalisées au niveau national notamment :

### 7.1.1. Etude de faisabilité d'un système de surveillance sentinelle du VIH basé sur les données PTME

Cette étude a été réalisée entre 2012 et 2013 par le GTC/CNLS avec l'appui technique et financier de CDC et de L'OMS. L'objectif général était de contribuer à la mise en place d'un modèle basé sur l'utilisation des données PTME pour la surveillance sentinelle de l'infection à VIH.

Les résultats obtenus à l'issue de cette enquête ont révélé une prévalence de 7,8% (LNR). En zone rurale, la séroprévalence du VIH a été estimée à 7,4% contre 8,1% en zone urbaine. L'on a noté en outre des disparités importantes entre les régions, où la prévalence du VIH peut parfois être trois fois plus élevée d'une région à une autre. La proportion la plus basse, soit 4,3%, a été observée à l'Extrême-Nord. Les proportions les plus élevées ont été observées dans les régions du Centre, du Sud-Ouest, du Littoral et du Sud (respectivement 11,9%, 10,6%, 10,3% et 9,5%). Les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans représentant 49,3% de l'ensemble ont eu des proportions de séropositivité de 5,3%.

Le taux de concordance des résultats positifs au VIH entre le LNR et les laboratoires des sites était de 79,9% au niveau national. Le taux de concordance des résultats négatifs était quant à lui de 98,8%. Sur 36 laboratoires de FOSA investigués, 20 étaient en dessous du seuil critique de qualité acceptable (score d'assurance qualité de 80%).

Au regard des performances observées dans les données de routine de PTME des sites de surveillance sentinelle du VIH et celles fournies par le laboratoire de référence, la conclusion était qu'il n'est pas encore possible d'utiliser les données de PTME pour une surveillance sentinelle de l'infection à VIH chez les femmes enceintes au Cameroun. Un renforcement de la qualité de dépistage dans les sites PTME est au préalable nécessaire.

### 7.1.2. Etude sur les modes de transmission du VIH au Cameroun

Au cours de l'année 2013, une étude sur le mode de transmission du VIH au Cameroun a été menée par le GTC/CNLS avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA. Elle avait pour objectif général d'établir la contribution des différents groupes populationnels aux nouvelles infections à VIH. Les résultats de cette étude classent par ordre décroissant les groupes populationnels selon leur niveau de contribution aux nouvelles infections. Il apparaît que:

- les hommes et femmes vivant en couples dans une relation hétérosexuelle supposée stable contribuent fortement aux nouvelles infections avec une proportion de 45,28 %.
- Le groupe professionnel de sexe au sein duquel se trouvent les TS, leurs clients et les partenaires de leurs clients contribue à (38,11%), TS seuls contribuant à hauteur de 35,86%;
- le Groupe hétéro-sexe occasionnel (14,60%) ;
- le Groupe des utilisateurs ou Consommateurs de Drogues Injectables (0,93%)
- le Groupe des Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (0,87%).

Cette étude ne dément pas pour autant les prévalences particulièrement élevées observées dans certains groupes qualifiés de moteurs de l'épidémie compte tenu de leur petit nombre, mais leur grande contribution à l'accélération de l'incidence dans les autres groupes.

### 7.1.3. Evaluation qualitative rapide des perceptions, attitudes et pratiques relatives au VIH/Sida chez les HSH au Cameroun

En novembre 2012, une étude intitulée : « Evaluation qualitative rapide des perceptions, attitudes et pratiques relatives au VIH/Sida chez les HSH au Cameroun » a été conduite par le CNLS avec l'appui financier de PEPFAR à travers CDC. Son objectif principal était de collecter des données qualitatives pour l'évaluation rapide des perceptions, attitudes et pratiques liés au VIH/SIDA chez les HSH. L'étude s'est déroulée essentiellement dans les villes de Douala et Yaoundé. Les resultants obtenus montrent que:

- La population des HSH est essentiellement constituée des jeunes dont l'âge varie entre 19 et 41 ans.
- l'utilisation des préservatifs n'est pas systématique au sein de ces groupes : 60,5% des HSH interviewés avouent se protéger régulièrement lors de leurs rapports sexuels aussi bien avec des partenaires fixes que occasionnels et 8,6 % utilise les préservatifs de manière systématique ;
- la plupart des participants ont déjà fait au moins une fois des tests de dépistage volontaire (97,5%) ;
- la discrimination dont les HSH sont généralement victimes dans les institutions sanitaires publiques constitue également un des obstacles majeurs qui entravent l'accès de ces populations aux soins et aux services de santé liés à la prévention et aux traitements des IST et du VIH/SIDA
- la prise des drogues injectables est une pratique très rare au sein de la communauté HSH de Douala et Yaoundé (moins de 10% des enquêtés). Cependant, près de 70% des répondants ont des amis ou connaissances qui consomment d'autres formes de drogues telles que : le cannabis, la cocaïne, les comprimés, le chanvre indien, etc.

### 7.1.4. Etude CAP 2012 d'évaluation des indicateurs du projet prévention VIH/Sida en Afrique Centrale

Entre Novembre 2012 et Mai 2013, une étude intitulée : « Etude CAP 2012 d'évaluation des indicateurs du projet prévention VIH/Sida en Afrique Centrale » avec l'appui technique et financier par PPSAC/OCEAC. Il s'agit d'une étude quantitative portant sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations des pays cibles (Cameroun, Tchad, RCA, Congo). Cette étude a permis de ressortir les principaux résultats suivants pour le Cameroun :

- La proportion des femmes (67,9%) ayant fait un test de dépistage du VIH à un moment quelconque de leur vie est supérieur à celle des hommes (52,8%) et de 60,8% et 70,8% chez les camionneurs et leurs partenaires respectivement ;
- l'âge auquel la moitié des répondants a eu son premier rapport sexuel est 17 ans chez les hommes et les femmes, 18 ans chez les camionneurs et 16 ans chez leurs partenaires ;

- Les « rapports sexuels à haut risque » sur les 12 derniers mois sont plus fréquents chez les hommes (38,6%) que chez les femmes (14,6%) ;
- 70% des répondant(e)s ont déclaré que les préservatifs masculins et féminins sont géographiquement accessibles : Le condom masculin est le plus accessible comparé au condom féminin, tant pour les femmes (85,4% vs 72,3%) que pour les hommes (83,2% vs 70,2%) ;
- La maîtrise de l'utilisation correcte du condom décroît progressivement de la connaissance déclarative (femmes 54,1% ; hommes 78,9%) à la connaissance descriptive (femmes 38% ; hommes 59%) puis à la maîtrise pratique (femmes 24,7% ; hommes 43,3%).
- La connaissance d'au moins un signe d'IST de la femme (95%) comme de l'homme (94,9%) est quasi-universelle chez les répondants, avec un accroissement notable

### 7.1.5. Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques relatives au don de sang au Cameroun

L'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques relatives au don de sang au Cameroun est une étude d'envergure nationale conduite en 2013 par le CNLS avec l'appui technique CDC. Il s'agit d'une enquête CAP qui visait à d'obtenir une connaissance approfondie des facteurs structurels, sociaux, culturels et personnels qui influencent la volonté des donneurs actuels et potentiels à donner de leur sang. Les résultats de cette enquête ont révélé que:

- 71,2% des sujets définissent le sang comme substance vitale. De plus, le sang est souvent associé à la vie et à la mort ; par conséquent, il n'est pas un élément à céder avec légèreté ;
- 83,3% des sujets pensent que le don de sang est un acte de générosité ;
- 43,3% des sujets connaissent le volume exact du sang dans l'organisme (environ 5 litres). Ce qui est souvent à l'origine de plusieurs appréhensions liées à la crainte de ne plus avoir du sang après transfusion ; d'être vidé de son sang par la transfusion ;
- 87,4% pensent qu'on peut répéter le don de sang au cours de la vie. Mais peu d'entre eux connaissent les délais nécessaires pour répéter un tel geste ;
- L'âge moyen au premier don chez les sujets ayant déjà effectué un don de sang est de 25,8 ans ;
- 80% des répondants n'ont jamais effectué de don de sang. L'explication la plus plausible est le manque d'information/sollicitation : L'exposition à l'information sur le don de sang est faible dans l'ensemble (34,8%) ;
- 84,5% des sujets ayant déjà fait un don de sang sont disposés à recommencer ; avec une différence homme (87,4%) et femme (78%) non significative ( $p=0,128$ ) ;

- 68% des personnes n'ayant jamais effectué de don de sang ont l'intention de le faire dans le futur.

#### **7.1.6. Obstacles à l'utilisation des services CPN/PTME et stratégies appropriées de promotion de la fréquentation optimale de ces services**

Une étude sur les Obstacles à l'utilisation des services CPN/PTME et stratégies appropriées de promotion de la fréquentation optimale de ces services a été menée par le CNLS au cours de l'année 2013. L'objectif principal de cette étude était de comprendre les facteurs limitant ou favorisant l'utilisation des services PTME disponibles par les femmes et les enfants. Cette étude a permis de recenser les principales barrières à l'utilisation des services de PTME et mesures de promotion de l'utilisation des services de CPN/PTME. Les résultats de cette étude présentent les principales barrières à l'utilisation des services de PTME à savoir :

- l'insuffisance du niveau de connaissances sur la TME et la PTME notamment en zone rurale et l'ignorance de l'existence des services de PTME en milieu rural dans la région de l'Est ;
- l'inaccessibilité géographique et financière notamment en zone rurale ;
- le coût de la CPN et de la PTME ;
- la conviction de la séronégativité et la peur de la stigmatisation/discrimination ;
- la dépendance financière et culturelle des femmes vis-à-vis de leurs conjoints, particulièrement dans les communautés musulmanes ;
- la mauvaise qualité des services avec en particulier des ruptures de stock des intrants dans la quasi-totalité des formations sanitaires et la barrière linguistique.

#### **7.1.7. HIV Prevention for Populations at Risk in Cameroon**

En décembre 2013, Johns Hopkins a conduit une enquête sur la prévention du VIH chez les populations à risque intitulé : « HIV Prevention for Populations at Risk in Cameroon » avec la collaboration du GTC/CNLS et de plusieurs partenaires locaux. L'objectif de cette étude est d'enquêter sur la taille de la population des travailleuses de sexe et des MSM au Cameroun et d'identifier les gaps et les barrières dans la prévention du VIH au sein de la population des FST et MSM. Les résultats de cette étude montrent l'importance de fournir aux populations clés, les services adaptés incluant la prévention de VIH, les soins et le traitement. De même, la stigmatisation et la discrimination constituent pour les populations clés, les barrières structurelles vers les services de santé. Il apparaît également que l'âge de la plupart des MSM varie entre 21 et 24 ou 25 et 29 ans. Juste 10,5% des participants ignorent encore leur statut sérologique. 88,3% des MSM ont reçu l'information sur la prévention du VIH à travers les médias et les pairs éducateurs. En ce concerne les travailleuses de sexe, l'âge moyenne est compris entre 24 et 29 ans. 40,9% des TS utilisent le préservatif à chaque rapport sexuel. 68% des FTS pensent que le préservatif masculin est plus accessible et plus disponible que le féminin. Par ailleurs, 65,2% des FTS vivant avec le VIH ne révèlent pas leur statut à leur partenaire. En ce qui concerne l'information relative à la prévention du VIH, 68% des FTS l'ont reçu à travers les médias, les pairs éducateurs et les professionnels de santé.

## 7.2. Promotion de la recherche dans le domaine du VIH

Promouvoir et appliquer les résultats de la recherche dans le domaine du VIH est l'un des objectifs de l'axe stratégique 7 du PSN 2011-2015. Pour l'année 2013, plusieurs activités de recherche relatives à la lutte contre le VIH et le Sida ont été menées au niveau notamment :

Tableau 19 : **Etudes menées dans le cadre de la lutte contre le VIH et le SIDA**

N	TITRE
1	Devenir à 5 ans des enfants infectés par le VIH traités précocement par multithérapie antirétroviral au Cameroun dans le projet PEDIACAM ANRS 12140 (PEDIACAM II)
2	Améliorer le diagnostic de la tuberculose chez les enfants infectés par le VIH en Afrique (Burkina Faso, Cameroun) et en Asie (Cambodge, Vietnam)-ANRS 12229 PAANTHER 01
3	Burn-Out et VIH/SIDA au Cameroun: Analyse de la situation dans les UPEC de la région du centre
4	Preclinical Evaluation of dendritic cell targeted consensus B, C, CRFO2_Ag and MosaïcHIV gag protein vaccines in PBMC from chronically infected patients in Central Africa
5	Caractérisation virologique des doubles infections VIH-1 M + 0 et des formes recombinantes VIH-1 M/O associées ou non à une double infection, circulant au Cameroun

## 7.3. Renforcement du suivi et évaluation des interventions

Au cours de l'année 2013, CDC et d'autres partenaires ont continué d'appuyer le GTC/CNLS en vue du renforcement du suivi et évaluation des interventions. C'est ainsi que les activités de supervision, de formation du personnel de sites et de nombreuses acquisition ont été réalisées. Parmi celles-ci l'on peut citer :

- la production et la distribution des outils de synthèse des données des FOSA ;
- l'organisation des réunions de validation des données au niveau central et au niveau régional ;
- l'organisation des missions d'audit et de contrôle qualité des données du niveau central vers le niveau régional, District et FOSA ;
- la formation du personnel du niveau régional et District à l'assurance qualité des données ;
- l'acquisition du matériel pour le fonctionnement de la salle serveur du GTC/CNLS.

Par ailleurs, le GTC/SNLS à travers la SPSE a conduit avec l'appui des partenaires techniques et financiers la mise en oeuvre des activités suivantes:

- revue à mi-parcours du PSN 2011-2015 ;
- révision du PSN 2011-2015 et élaboration du PSN 2014-2017 ;
- élaboration du plan opérationnel du PSN 2014-2017 ;

- préparation de la note conceptuelle du Cameroun au New Funding Model du Global Funds.

#### **7.4. Amélioration du stockage et le renforcement de la dissémination**

L'amélioration de stockage et le renforcement de la dissémination des données/informations font partie des défis majeurs du système de suivi et évaluation actuel. L'appui technique et financier de PEPFAR à travers CDC a néanmoins permis entre autres de réviser le site web du CNLS et de former des responsables du programme à la gestion et à l'administration de ce site.

Au cours de l'année 2013, le GTC/CNLS a en outre entamé le processus de la mise en place de la base de données District Health Information Système, processus qui a abouti au choix de l'Université de DAR es Sallam comme prestataire. Dans le processus de mise en place de cette base de données, le CNLS a acquis le matériel et équipé au CNLS une salle serveur devant abriter ladite base de données.

Le stockage des données est en outre renforcé par la mise en place du logiciel d'ESOPE dans 13 CTA et 2 UPEC. Dans ce cadre, plusieurs ateliers de mise à jour des bases de données ont été organisés avec l'appui technique et financier d'ESTHER dans les 15 FOSA concernées.

## AXE 8 : Coordination, partenariat et gestion

Le développement du partenariat et la coordination favorisent la multisectorialité ainsi que l'implication de l'ensemble des acteurs; Au cours de la période 2011-2015, le renforcement du partenariat concernera les secteurs publics, privé et les organisations de la société civile dans le but d'obtenir une complémentarité des ressources et des compétences.

En vue d'assurer le succès de la mise en œuvre du PSN 2011-2015, il est prévu qu'un accent particulier soit mis sur :

- Renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des structures de coordination ;
- Renforcement de la coordination multi partenariale ;
- Renforcement du partenariat national, sous régional et international ;
- Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources aux niveaux national et international.

### 8.1. Renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des structures de coordination ;

En 2013, le CNLS continué de bénéficier de l'appui de ses partenaires techniques et financiers pour le renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles. Cet appui s'est fait à travers la participation du personnel à des conférences et formations internationale, le paiement des primes et salaires du personnel, la mise à disposition des moyens logistiques et financiers en vue de faciliter la coordination de la lutte à tous les niveaux.

Les différentes composantes de la mis en œuvre des différents projets du CNLS ont vu leur volet coordination renforcée au cours de l'année 2013. Il s'agit par exemple de la Coordination du Suivi et Evaluation de la lutte renforcée par la tenue régulière des réunions du Groupe Technique de Suivi pour l'examen et la validation des documents. L'implication du GTC/CNLS dans la mise en œuvre des différentes enquêtes a permis en outre un renforcement de la coordination dans le domaine de la recherche.

Toujours en 2013, la mise en place d'un comité de quantification constitué tous les intervenants de la chaine des approvisionnements en intrants et ARV a permis d'améliorer le suivi des intrants. Il en est de même du suivi des préservatifs qui a été amélioré du fait de la représentation effective du GTC/CNLS dans les activités y relatives en 2013.

Les aspects coordination des projets spécifiques tels que R10, PEPFAR, VS, HAPP et autres ont été renforcés en 2013 avec la tenue régulière des réunions de coordination de ce projet l'implication effective du GTC/CNLS.

## 8.2. Renforcement de la coordination multi partenariale

En 2013, une réunion statutaire du CNLS s'est tenue. Elle a été la principale occasion de rencontre des différents acteurs de la lutte contre le VIH : la Société Civile, les partenaires bis et multilatéraux, les acteurs du secteur publics et les OBC. Elle a été présidée par le Ministre de la Santé, Président du CNLS. Cette réunion a été l'occasion de soumettre à toutes les parties prenantes pour validation et adoption, le rapport de l'évaluation à mi-parcours du PSN 2011-2015 et les grandes orientations du plan stratégique 2014-2017.

La coordination des activités de lutte a en outre été remarquée à l'occasion de la mise en œuvre des activités telles que la revue à mi-parcours et la révision du PSN-2011-2015, la préparation de l'audit de la file active et la préparation de la note conceptuelle du NFM. Dans le processus de mise en œuvre de ces différentes activités, le GTC/CNLS a organisé des réunions avec toutes les parties prenantes (Société Civile, SNU, Partenaires, Secteurs). Ces réunions visaient d'une part le suivi de la mise en œuvre des activités et d'autre la recherche des financements et la coordination pour une utilisation efficiente des ressources disponibles.

## 8.3. Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources aux niveaux national et international

La mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/Sida tel que prévu dans le PSN 2011-2015 prévoyait un besoin en financement estimé à 57 781 268 212 pour l'année 2013. Les efforts sans cesse du Programme ont permis des mobiliser des fonds de plusieurs sources de financement notamment le budget de l'Etat, le Fonds Mondial, et autres partenaires. Il convient de noter ici l'implication personnelle du Chef de l'état avec la décision de mise à disposition du programme, d'un montant de cinq milliards de francs CFA pour l'achat des ARV.

Le tableau ci-après récapitule les fonds mobilisés et exécutés en collaboration avec le GTC/CNLS au cours de l'année 2013. L'enquête REDES 2013 qui se fera au cours de l'année 2014 permettra de prendre en compte les fonds utilisés par les autres acteurs au cours l'année et qui n'ont pas été rapportés au programme à la date de la rédaction du présent rapport.

Tableau 20 : Fonds mobilisés au cours de l'année 2013

Source	Montant
Budget de l'Etat	6 827 817 000
PEPFAR/CDC/NACC	1 018 676 230
Fonds mondial R10	6 103 872 491
<b>Total</b>	<b>13 950 365 721</b>