

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX - TRAVAIL – PATRIE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

CABINET DU MINISTRE

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

GROUPE TECHNIQUE CENTRAL

SECRETARIAT PERMANENT



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE - WORK – FATHERLAND

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

MINISTER'S OFFICE

NATIONAL AIDS CONTROL COMMITTEE

CENTRAL TECHNICAL GROUP

PERMANENT SECRETARIAT

RAPPORT ANNUEL 2014 DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST AU CAMEROUN

Vers une génération
sans **SIDA** au Cameroun



MARS 2015

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
LISTE DES ABREVIATIONS	5
LISTE DES TABLEAUX	8
LISTE DES FIGURES	9
INTRODUCTION.....	10
I. REDUCTION DES NOUVELLES INFECTIONS LIEES AU VIH/SIDA ET AUX IST	11
I.1 Renforcement de la communication pour le changement de comportement.....	11
I.2 Renforcement de la disponibilité et de l’accessibilité aux préservatifs.....	17
I.3 Renforcement de la promotion de l’utilisation correcte du préservatif.....	18
I.4 Renforcement de l’offre de dépistage volontaire du VIH	18
• Conseil et dépistage dans la population générale	18
• Chez les MARPS et autres populations spécifiques	19
• Sur le lieu du travail	20
I.5 Diagnostic et prise en charge des IST	21
I.6 Renforcement de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l’Enfant ..	22
I.7 Couverture géographique en services PTME	22
I.8 Renforcement des actions communautaires en faveur de l’utilisation des services de Santé Maternelle et Infantile (SMI) et le suivi du couple mère-enfant	25
I.9 Mise à disposition des intrants et équipements de laboratoire pour la PTME (intrants pour la PF, ARV, Cotrimoxazole, PCR...)	26
I.10 Le renforcement des capacités des prestataires en PTME/SMNI, y compris les accoucheuses traditionnelles	26
I.11 Principaux résultats PTME 2014	26
a. Fréquentation de la consultation prénatale	26
b. Dépistage du VIH dans le cadre de la PTME	28
c. Dépistage du VIH chez les partenaires masculins des femmes enceintes	31
d. Offre du cotrimoxazole prophylactique aux femmes enceintes séropositives	33
e. Couverture en ARV des femmes enceintes séropositives	33
f. Offre de prophylaxie ARV pour les enfants exposés	34
g. Offre du cotrimoxazole chez pour les enfants exposés	35
h. Extension de sites de prélèvement des DBS	36
i. Diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposés.....	37
j. Renforcement de la sécurité transfusionnelle	38

II. AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH.....	39
II.1. Extension géographique des services de PECG du VIH	39
II.2. Amélioration de la qualité des services de PECG du VIH (formation personnel, disponibilité des équipements de laboratoire, assurance qualité des services)	40
II.3. Renforcement de l’offre des ARV aux PVVIH.....	40
▪ Evolution de la file active	40
▪ Distribution du poids de la file active par Région	42
▪ Répartition de la file active par sexe et par grands groupes d’âge	42
▪ Enrôlement des nouvelles PVVIH éligibles au traitement	43
▪ Suivi biologique des PVVIH.....	43
▪ Prise en charge psychosociale et communautaire des PVVIH.....	44
▪ PEC nutritionnelle des PVVIH	45
II.4. Prise en charge des co-infectés VIH/TB et diagnostiqués sont pris en charge selon les directives nationales d’ici à 2017.....	46
a. La TB parmi les patients VIH	46
b. Le VIH chez les patients tuberculeux	46
II.5. Prévention et prise en charge d’autres co-morbidités associées au VIH et prise en charge des infections opportunistes.....	47
III. REDUCTION DE L’IMPACT DU VIH/SIDA SUR LES PERSONNES INFECTEES ET/OU AFFECTEES, LES POPULATIONS CLES ET AUTOCHTONES	48
IV. AMELIORATION DE L’UTILISATION DES DONNEES PROGRAMMATIQUES ET DE RECHERCHE.....	49
IV.1. Amélioration de la surveillance épidémiologique, comportementale et des résistances	49
IV.2. Renforcement de la supervision et du contrôle de la qualité des données	49
IV.3. Amélioration du stockage et de l’accès aux données/documents	50
IV.4. Promotion de la recherche dans le domaine du VIH	50
V. AMELIORATION DES MECANISMES NATIONAUX DE COORDINATION ET DE GESTION.....	51
V.1. Appropriation de la lutte contre le VIH par les acteurs du secteur public	51
i) Acteurs du secteur public	51
ii) Les organisations de la société civile (ONG, OBC, Associations).....	53
iii) Les partenaires bi et multilatéraux	58
V.2. Mobilisation des ressources	59
V.3. Renforcement des mécanismes de gestion.....	60
CONCLUSION	61
ANNEXES	62
PLAN D’action 2015	63

RAPPORT VCT@Work	96
Tableau statistique des outils curriculaires reproduits et distribués par l'UNESCO dans le cadre de l'initiative « Redynamisation de l'éducation en SR/PF/Vie familiale en milieu scolaire »	101

LISTE DES ABREVIATIONS

ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
AES	Accident d'exposition au sang
AFASO	Association des Femmes Actives et Solidaires
ARC	Agent de Relais Communautaire
ARV	Antirétroviraux
C2D	Contrat Désendettement Développement
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare
CAPR	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional
CBCHB	Cameroon Baptist Convention Health Board
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CD4	Cellule Différenciée de type 4
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
CHAI	Clinton Health Access Initiative
CHE	Centre Hospitalier d'ESSOS
CHIMISSIONS	Mission du Conseil International des Héritiers
CHP	Care and Health- Program
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIRCB	Centre International de Référence Chantal BIYA pour la recherche sur la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CPN	Consultation Périnatale
CPN1	Première Consultation Périnatale
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le Sida
CTA	Centre de Traitement Agréé
CTX	Cotrimoxazole
DBS	Dry Blood Spot
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DS	District de Santé
DS-SIDA	Développement Sans Sida
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPP	Estimations et Projections Pays
ESOPE	Evaluation et Suivi Opérationnel des Programmes

EVS	Enfant et VIH/Sida
FEC	Femmes Enceintes
FIS	For Impact In Social Health
FOSA	Formation Sanitaire
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Coopération Technique allemande)
GTR	Groupe Technique Régional
HAPP	HIV/AIDS Prévention Programme
HCY	Hôpital Central de Yaoundé
HIVDR	HIV Drug Résistance
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
IAP	Indicateur d'Alerte Précoce des résistances du VIH aux ARV
IO	Infections Opportunistes
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
KFW	Kreditanstalt für Wiederaufbau (Banque allemande de développement)
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MINCOM	Ministère de la Communication
MINDEF	Ministère de la Défense
MINEDUB	Ministère de l'Education de Base
MINEFOP	Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
MINEPIA	Ministère de l'Elevage des Pêches et des Industries Animales
MINESEC	Ministère des Enseignements Secondaires
MINESUP	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MINTOURL	Ministère du Tourisme et des Loisirs
M I O	Médicaments pour les Infections Opportunistes
NFM	New Funding Model (Nouveau Modèle de Financement du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme)
NVP	Névirapine
OBC	Organisation à Base Communautaire
OEV	Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	Organisation de la Société Civile
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIMA	Prise en Charge Intégrée des Maladies des Adultes
PCR	Polymérase Chain Réaction
PEC	Prise en charge
PECP	Prise en Charge Pédiatrique

PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PMLS	Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de lutte contre la tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPSAC	Projet de Prévention du Sida en Afrique Centrale
PYTE	Pays Pauvres Très Endetté
PSN	Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida et les IST
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RECAP+	Réseau Camerounais des Personnes Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
SP	Secrétaire permanent
SPA	Secrétaire Permanent Adjoint
SRA	Santé de Reproduction des Adolescents
SSR	Santé Sexuelle et Reproduction
TARV	Traitement Anti Rétroviral
TB	Tuberculose
TS	Transfusion Sanguine
UAFC	Universal Access For Female Condom
UM	Unité Mobile
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	United Nations High Commission for Refugees
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPEC	Unité de Prise en charge
USAID	United State Agency for International Development
VAD	Visites à Domiciles
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Estimation de l'incidence du VIH par groupe d'âge en 2014	11
Tableau 2.	Outils curriculaires reproduits et distribués	13
Tableau 3.	Répartition des enseignants ayant bénéficié des renforcements de capacités	14
Tableau 4.	Répartition de l'appui financier mobilisé pour l'autoformation et le suivi&évaluation	14
Tableau 5.	Tests de dépistage en faveur des populations clés par acteurs	20
Tableau 6.	Statistiques des CDV VCT@WORK.....	21
Tableau 7.	Interventions liées à la mobilisation communautaire en faveur de la PTME.....	25
Tableau 8.	Renforcement des capacités des prestataires.....	26
Tableau 9.	Taux de fréquentation de la CPN1 en 2014	27
Tableau 10.	Taux de positivité et de retrait des résultats du test de dépistage du VIH chez les femmes enceintes par région.....	28
Tableau 11.	Tests de dépistage chez les partenaires de FEC par région	32
Tableau 12.	Offre de cotrimoxazole chez les FEC VIH+ par région	33
Tableau 13.	Couverture en ARV pour les femmes enceintes séropositives en 2014	34
Tableau 14.	Couverture en ARV prophylactiques chez les enfants exposés en 2014.....	35
Tableau 15.	Couverture en CTX pour les enfants exposés par région en 2014	36
Tableau 16.	Répartition de la file active par sexe et grand groupe d'âge par région en 2014 42	
Tableau 17.	Couverture en ARV selon les grands groupes d'âge en 2014	43
Tableau 18.	Répartition des nouveaux PVVIH éligibles enrôlés au traitement ARV par grands groupes d'âge et par région en 2014.....	43

LISTE DES FIGURES

Figure 1:	Evolution du nombre de préservatifs distribués au Cameroun de 2006 à 2014.....	17
Figure 2:	Evolution du nombre de dépistage de 2007 à 2014 au Cameroun.....	19
Figure 3:	Tests de dépistage effectués en faveur des populations spécifiques.....	20
Figure 4:	Carte sanitaire de la PTME.....	24
Figure 5:	Evolution de la fréquentation de la CPN de 2004 à 2014 au Cameroun.....	28
Figure 6:	Taux de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes en 2014 par région.....	30
Figure 7:	Evolution du taux de séropositivité du VIH chez les FEC de 2006 à 2014.....	30
Figure 8:	Taux de séroconversion au VIH dans 04 régions.....	31
Figure 9:	Ratio des enfants exposés ayant bénéficié d'un test de PCR par rapport au FEC VIH + identifiées Cameroun.....	37
Figure 10:	Taux de séropositivité à la PCR en 2014.....	38
Figure 11:	Répartition des CTA/UPEC selon le statut de la formation sanitaire.....	39
Figure 12:	Offre de traitement et DS.....	40
Figure 13:	Evolution de la file active et du taux d'accroissement de la file active des personnes sous ARV de 2005 à 2014.....	41
Figure 14:	Evolution de la couverture en ARV de 2005 à 2014.....	41

INTRODUCTION

Depuis 2000, le Cameroun s'est pleinement engagé à enrayer la propagation du VIH/Sida et à commencer à inverser la tendance. Il ressort de l'Enquête Démographique et de Santé de 2011¹, une tendance à la baisse de la séroprévalence du VIH chez les personnes âgées de 15 à 49 ans. Sur 1000 personnes 43 vivaient avec le VIH en 2011 contre 55 en 2004. Les données les plus récentes estimées par modélisation EPP SPECTRUM révèlent qu'en 2014 la prévalence du VIH est de 4,0%.

L'année 2014 était la première année de la mise en œuvre du PSN 2014 – 2017. Elle a été particulièrement marquée par l'élaboration de la proposition du pays à soumettre dans le cadre du nouveau modèle de financement du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le paludisme. Ladite proposition est une note conceptuelle conjointe unique TB-VIH en vue du financement de la lutte contre ces deux maladies. Cette note prend en compte le niveau de coinfection particulièrement élevé (37%) entre les deux (02) affections.

Rendu au terme de l'année 2014, il est important de dresser le bilan des activités menées par tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH et le Sida au Cameroun et effectuer une revue des résultats de processus au regard du plan opérationnel et des effets et impacts envisagés. Le présent rapport rend compte de la mise en œuvre de la lutte contre le VIH au Cameroun selon les principaux effets attendus du plan stratégique 2014-2017.

¹ EDS-MICS 2011

I. REDUCTION DES NOUVELLES INFECTIONS LIEES AU VIH/SIDA ET AUX IST

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

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

Tableau 1. Estimation de l'incidence du VIH par groupe d'âge en 2014

2014	Total	Proportion	Hommes	% Homme	Femmes	% femme
0-4	8,725	14.9%	4,434	50.8%	4,291	49.2%
5-9	0		0			
10-14	0		0			
15-19	5,022	8.6%	1,518	30.2%	3,504	69.8%
20-24	11,539	19.7%	4,411	38.2%	7,128	61.8%
25-29	11,011	18.8%	4,790	43.5%	6,221	56.5%
30-34	8,334	14.2%	3,954	47.4%	4,380	52.6%
35-39	5,544	9.5%	2,735	49.3%	2,809	50.7%
40-44	3,431	5.9%	1,668	48.6%	1,763	51.4%
45-49	2,041	3.5%	934	45.8%	1,107	54.2%
50-54	1,188	2.0%	519	43.7%	669	56.3%
55-59	711	1.2%	323	45.4%	388	54.6%
60-64	457	0.8%	234	51.2%	223	48.8%
65-69	322	0.5%	175	54.3%	147	45.7%
70-74	241	0.4%	116	48.1%	125	51.9%
75-79	64	0.1%	46	71.9%	18	28.1%
80+	0					
Total	58,630	100.0%	25,857	44.1%	32,773	55.9%

I.1 Renforcement de la communication pour le changement de comportement

Les activités de Communication pour le Changement de Comportement (sensibilisation, éducation et communication sur le VIH) visent, entre autres, l'adoption des comportements à moindre risque à

l'instar de l'utilisation correcte et systématique du préservatif lors des rapports sexuels occasionnels. Elles se font 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 la population générale

Les activités de CCC en direction de la population générale se sont poursuivies particulièrement à l'occasion des grands événements de la vie nationale (Vacances sans sida, Semaine camerounaise et Journée Mondiale de lutte contre le Sida, jeux universitaires, Journée Internationale de la Femme, course de l'espoir...). Les nouvelles technologies de l'information et de la communication ont également été mises à contribution notamment à travers Twitter, YouTube, facebook etc.

Ainsi, l'organisation des activités de lutte contre le VIH/Sida à l'occasion de ces grands événements a permis de sensibiliser plusieurs millions de personnes. Les pairs éducateurs formés ont menés les causeries éducatives et les entretiens individuels. Les préservatifs et le matériel de sensibilisation ont également été distribués.

De manière singulière, l'ACMS dans ses activités quotidiennes a organisé 15 174 causeries éducatives et 61 055 entretiens individuels par les pairs éducateurs dans les salons de coiffure, ce qui a permis de toucher 114 537 personnes dont 76 668 femmes.

Chez les Jeunes et les adolescents

Passage à l'échelle de l'enseignement du VIH

Les activités de renforcement des capacités des enseignants en vue de l'intégration de l'enseignement du VIH dans les cirricula de formation se sont poursuivies. A ce titre, 300 enseignants du MINEDUB ont bénéficié d'un renforcement de capacités en matière d'encadrement pédagogique de proximité à l'opérationnalisation et au suivi de l'autoformation des enseignants.

Toujours dans ce registre et afin de répondre à la situation de plus en plus préoccupante chez les jeunes et les adolescents, les régions de l'Adamaoua et de l'Est, ont bénéficié de l'initiative « Redynamisation de l'éducation en SR/PF/Vie familiale en milieu scolaire » mis en œuvre par le MINEDUB et de MINESEC avec l'appui technique et financier de l'UNFPA et de l'UNESCO.

Les résultats suivants ont été enregistrés suite de la mise en œuvre de ce projet :

4300 supports pédagogique de formation des enseignants sont révisés et produits

Avec l'appui de l'UNESCO, un guide pédagogique pour le développement des compétences en SRA et un didacticiel d'autoformation des enseignants en EVF/EMP/VIH&SIDA ont été produits avec les Inspections des enseignements pour servir de supports de formation des enseignants. D'autres supports pédagogiques complémentaires ont également été mis à disposition. Le tableau suivant donne le détail des outils pédagogiques reproduits et utilisés comme supports de formation des enseignants.

Tableau 2. Outils curriculaires reproduits et distribués

OUTILS DIDACTIQUES	NOMBRE
Curriculum Primaire Français	100
Curriculum Primaire Anglais	200
Didacticiel d'autoformation	400
Guide pour le développement des compétences	3 000
Guide Primaire Français	100
Guide Primaire Anglais	200
Curriculum Secondaire Français	100
Guide Secondaire Anglais	200

1064 enseignants rendent au moins 42 657 élèves de 86 établissements aptes à opérer des choix éclairés en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive

Sur la base des outils curriculaires révisés, des sessions de renforcement des capacités des enseignants à la maîtrise des contenus du module et à l'utilisation du guide pédagogique y relatif ont été organisées dans 86 établissements scolaires des régions de l'Adamaoua et de l'Est : 35 du primaire et 51 du secondaire et de l'enseignement normal.

Le renforcement de capacité des enseignants ciblés s'est déroulé en cascade :

30 inspecteurs pédagogiques nationaux et régionaux ont défini le contenu de la formation des autorités et responsables scolaires en charge de l'opérationnalisation de la formation des enseignants à l'introduction des contenus d'EVF/EMP/VIH&SIDA dans les pratiques de classe.

120 chefs d'établissement et les enseignants points focaux de chacun des 86 établissements identifiés comme centre de formation ont été formés et ont coordonnés l'autoformation de 944 enseignants à base des outils curriculaires et kits audiovisuels mis à leur disposition.

944 enseignants en charge de l'éducation de 42 657 apprenants (enfants, adolescents et jeunes) du primaire et du secondaire développent les compétences de vie courante en matière de santé sexuelle et reproductive dans leur enseignement sous la supervision de la chaîne pédagogique des deux régions du projet en charge suivi et évaluation des enseignants. Le tableau suivant fait le point statistique des cibles touchées.

Tableau 3. Répartition des enseignants ayant bénéficié des renforcements de capacités

REGIONS	POLES DE FORMATION	ÉCOLES : CENTRES DE FORMATION			IPN ET IPR	RESPONSABLES ADMINISTRATIFS ET POINTS FOCALUX LOCAUX	ENSEIGNANTS		APPRENANTS
		Primaire	Secondaire						
Adamaoua	Meiganga	Primaire	12	22	5	10	71	199	11 900
		Secondaire	10			20	128		
	Ngaoundéré	Primaire	16	35	9	10	135	397	14337
		Secondaire	19			20	262		
Est	Batouri	Primaire	3	10	6	10	37	103	2 668
		Secondaire	7			20	66		
	Bertoua	Primaire	4	19	10	10	50	245	13 752
		Secondaire	15			20	195		
TOTAL	04		86	86	30	120	944		42 657

En outre, en plus des supports pédagogiques et équipements audiovisuels mis à disposition. Le renforcement des capacités s'est étendu au soutien financier apporté aux 86 établissements scolaires pour les commodités de formation des 1064 enseignants inscrits à la formation. Les inspections pédagogiques régionales ont également reçu un appui global de sept millions soixante-quinze mille francs CFA indispensable pour un suivi et évaluation de proximité compte tenu de l'indigence des ressources des unités pédagogiques régionales. Le tableau en dessous en indique la répartition.

Tableau 4. Répartition de l'appui financier mobilisé pour l'autoformation et le suivi & évaluation

Pôle d'autoformation	Autoformation Primaire	Autoformation Secondaire	Suivi MINEDUB	Suivi MINESEC	Total frais par Site
Batouri	250 000	950 000	150 000	400 000	1 750 000
Bertoua	250 000	975 000	150 000	400 000	1 775 000
Meiganga	250 000	975 000	150 000	400 000	1 775 000
Ngaoundéré	250 000	975 000	150 000	400 000	1 775 000

TOTAL	1 000 000	3 875 000	600 000	1 600 000	7 075 000
-------	-----------	-----------	---------	-----------	-----------

Autres activités de prévention en faveur de jeunes et des adolescents

L'ACMS, dans le cadre de ses activités de routine en faveur des jeunes dont l'essentiel se résume à :
la production et la distribution de 62 762 journaux « 100% jeunes » ;

La participation à la campagne « Vacances Sans Sida » au cours de laquelle plus d'1 million de jeunes ont été touchés par les pairs éducateurs à travers les causeries éducatives et les communications interpersonnelles ;

la production et la diffusion de 244 émissions radio 100%Jeune lives pour un total de 1 916 auditeurs et 3 488 sms/lettres reçus ;

le développement et la diffusion d'une campagne sur la santé de reproduction des adolescents et le planning familial sur 02 chaînes de TV & 03 stations radio ;

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

Chez les MARPS et autres populations spécifiques

Les activités de CCC en faveur des MARPS (Camionneurs, TS, MSM) ont été menées par plusieurs ONG/OBC dont les principales sont ACMS, CAMNAFAW, CARE, Affirmative action ;

Pour ce qui est de l'ACMS, les activités ont porté sur :

la contractualisation avec le syndicat des camionneurs UNCPC pour animer le réseau de distribution des préservatifs dans 22 parcs à camions

le développement d'une campagne d'affichage en direction des camionneurs – production de 500 affiches 4x3m ;

la tenue d'une animation de masse en direction des camionneurs, travailleuses de sexe, pêcheurs et les populations riveraines de la ville de Figuil . Ici, 813 personnes ont été dépistées parmi lesquelles 249 femmes et 564 hommes.

L'association Affirmative Action a organisé des groupes de parole en faveur de 12 HSH VIH+ et des causeries éducatives au cours desquelles 473 HSH ont été touchés. Par ailleurs, le projet Round 10

financé par le Fonds Mondial de Lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme (FM), et mis en œuvre par CAMNAFAW en faveur des groupes de Populations les Plus Exposées au Risque VIH (PPER) a permis de toucher 28 615 PPERs à travers les activités de CCC (9 242 TS, 3 846 HSH et 15 527 camionneurs touchés).

CARE dans le cadre des projets HIV/AIDS Prevention Program in Cameroon (HAPP) et Continuum of Prevention, Care And Treatment (Copct) Of HIV/AIDS with Most At-Risk Populations (Champ)a organisé des activités ce CCC en faveur des MARPS (communications interpersonnelles, causeries éducatives et groupes de parole) au cours desquels 2731 personnes (475 MSM, 1269 TS, 986 Autres Pop Vulnérables) ont été touchées par les messages de prévention/sensibilisation. Le Soutien psychosocial a été offert aux MARPs dans les OBC et espaces prévention et santé (Drop-in Centres) 2197 personnes (426 MSM, 1069 TS, 702 APV) ont reçus un soutien psychosocial (counselling, groupe de parole) dans un site communautaire.

Chez les hommes en tenue, la conduite de 26 428 entretiens individuels et causeries éducatives par les pairs éducateurs militaires dans les casernes a permis de sensibiliser 43 576 personnes.

Sur le lieu de Travail

En 2013, le BIT a lancé l'initiative VCT@WORK. Cette initiative qui visait à offrir les services de dépistage volontaire et confidentiel du VIH aux travailleurs, et permettre à ceux dont le résultat est positif d'accéder aux services de soins et au traitement dont ils ont besoin.

Le Cameroun a décidé de contribuer à l'atteinte des objectifs de cette l'initiative en 2014. Ainsi, sous le leadership du Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale, l'engagement du Gouvernement et des partenaires sociaux s'est matérialisé par:

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

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

la tenue des sessions d'information et de sensibilisation des 12 confédérations syndicales nationales à l'initiative du BIT;

l'organisation de Missions conjointes BIT-MINTSS-ONUSIDA de plaidoyer de proximité auprès des délégués régionaux du travail, des Chefs d'entreprises dans les régions du centre, sud, Littoral, Ouest, Sud-Ouest ;

la production et la distribution des supports de sensibilisation et de plaidoyer avec l'appui du BIT et de l'ONUSIDA (3500 tee-shirts, 3 000 affiches et 500 plaquettes VCT@WORK);

l'organisation d'un atelier de plaidoyer et de sensibilisation de 22 Points Focaux de lutte contre le VIH et le sida des départements Ministériels en vue de l'appropriation de l'initiative;

la production et la distribution de 1 500 dépliant (BIT) sur la promotion du dépistage et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination;

la distribution de 17 200 condoms masculins et 8 500 condoms féminins aux travailleurs.

I.2 Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité aux préservatifs

Les activités visant l'amélioration de l'accessibilité et de la disponibilité du préservatif se sont poursuivies à travers le déploiement des équipes de terrain chargées de l'animation du réseau de point de distribution. Au total 88 descentes ont été organisées. Par ailleurs, 5 250 nouveaux points de vente des préservatifs ont été créés dans les 10 régions et 195 salons de coiffure ont été contractualisés dans le cadre du projet UAFC pour la distribution des préservatifs féminins.

Au total **40 472 381** préservatifs masculins et féminins ont été distribués et vendus en 2014 par les différents intervenants impliqués dans cette activité (ACMS, CAMNAFAW, GTC/CNLS, Care, CENAME, Ad Lucem), soit une augmentation globale de 39% par rapport à 2013. L'offre de préservatifs féminins a augmenté de 49% et celle relative aux préservatifs masculins de 39%. Il convient de remarquer que ce résultat est le plus élevé depuis 2006 malgré une complétude inférieure à 100%.

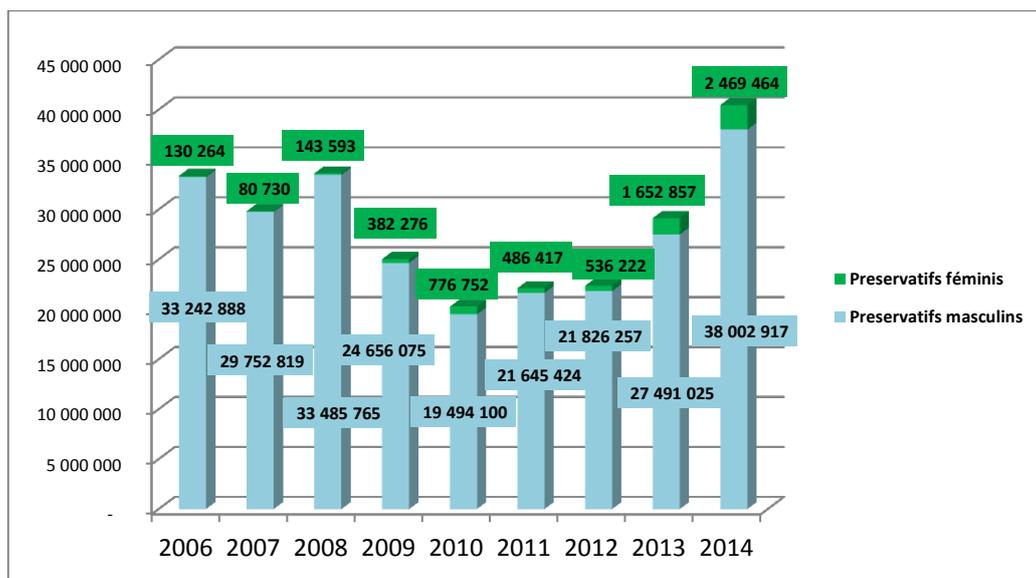


Figure 1: Evolution du nombre de préservatifs distribués au Cameroun de 2006 à 2014

Il est à noter que les différentes stratégies mises en place par l'ACMS ont permis la distribution de 30 679 067 préservatifs masculins et 1 787 993 préservatifs féminins, soit 80% de tous les préservatifs distribués en 2014. La CENAME occupe le deuxième rang en termes d'offre de préservatifs avec 3 049 043 préservatifs distribués en 2014.

- **Chez les MARPS**

Les activités de distribution des préservatifs en faveur des MARPS se sont poursuivies avec la distribution de 3 976 252 préservatifs et 35 686 lubrifiants par CAMNAFAW et Care, répartis comme suit : CAMNAFAW : 1 636 252 préservatifs, 35 686 lubrifiants et Care 2 340 000 préservatifs.

I.3 Renforcement de la promotion de l'utilisation correcte du préservatif

Les interventions de promotion de l'utilisation correcte du préservatif sont la plupart du temps intégrées dans les activités de communication pour le changement de comportement (campagne de masse, causerie éducatives, communications interpersonnelles). Toutefois, l'ACMS, dans ses activités de routine, a développé et diffusé une campagne sur les préjugés liés à l'utilisation du préservatif féminin et des spots audio et vidéo sur le préservatif féminin 'Protectiv' et le préservatif masculin Prudence Plus.

I.4 Renforcement de l'offre de dépistage volontaire du VIH

- **Conseil et dépistage dans la population générale**

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

Les résultats obtenus en 2014 révèlent une nette amélioration de l'offre et de la demande de dépistage par rapport à 2013. On a ainsi noté une augmentation des personnes dépistées de 34% entre les deux dernières années. Ce résultat est la meilleure performance obtenue depuis 2007 et confirme la tendance à la hausse du nombre de personnes dépistées.

Parmi les 723 096 personnes testées au Cameroun en 2014, 32 095 ont été déclarées positives sur les 667 770 personnes dont le statut a été rapporté, soit un taux de séropositivité de 4,8%.

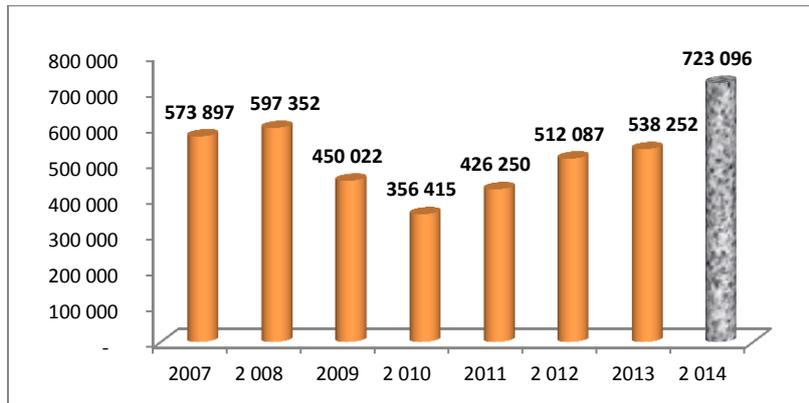


Figure 2: Evolution du nombre de dépistage de 2007 à 2014 au Cameroun

Il est toutefois important de noter que près de 85% des personnes se font tester dans le cadre des activités de routine des FOSA (CDIP). Néanmoins, les activités de CDV effectuées dans les communautés par les différents acteurs y compris le GTC et les GTR à travers les 12 unités mobiles des GTR et du GTC ont permis d'effectuer 146 232 tests de dépistage 2014 contre 86 496 en 2013. L'essentiel des activités des unités mobiles (près de 84%) se résumant aux sensibilisations de masse à l'occasion des grands événements de la vie nationale tels que Vacances Sans Sida, Semaine Camerounaise de lutte contre le Sida.

Les tests dépistages sont certainement plus importants que ceux rapportés. Plus d'un million des tests ont été distribués en 2014. La problématique majeure reste la maîtrise du lien entre les personnes testées séropositives et les services de prise en charge, surtout dans le dépistage effectué par les unités mobiles.

- **Chez les MARPS et autres populations spécifiques**

Les activités de CDV en faveur des MARPS, des jeunes, des hommes en tenue se sont poursuivies en 2014 dans le cadre des différents projets de prévention du VIH en faveur de ces cibles. Le graphique ci-dessous illustre pour chacune des populations le nombre de tests de VIH effectués au cours de l'année.

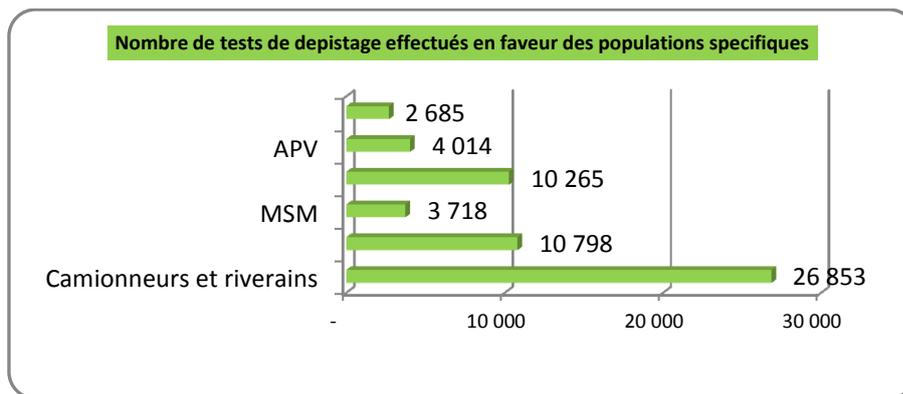


Figure 3: Tests de dépistage effectués en faveur des populations spécifiques

Le tableau ci-dessous illustre les contributions des principaux acteurs à la promotion du dépistage volontaire et l'amélioration de la connaissance du statut chez les populations sus-citées.

Tableau 5. Tests de dépistage en faveur des populations clés par acteurs

Organisation	Populations	Nombre de personnes dépistées	Taux de séropositivité
ACMS	Jeunes	10 265	1,2%
	TS	769	
	Camionneurs/populations riveraines	1 313	5,8%
	Hommes en tenue	2 685	1,5%
CAMNAFAW	TS	8 432	
	Camionneurs	25 540	
	HSH	2 913	
Affirmative action	HSH	484	2,9%
Care	HSH	321	
	TS	1 597	
	Autre populations vulnérables	4 014	

- **Sur le lieu du travail**

Dans le cadre de l'initiative VCT@WORK, qui visait l'engagement des chefs d'entreprises, des responsables des administrations publiques, des organisations syndicales à offrir les services de dépistage volontaire et confidentiel du VIH aux travailleurs, et permettre à ceux dont le résultat est positif d'accéder aux services de soins et au traitement, des activités de CDV ont été organisées.

Au total 91 institutions/entreprises du secteur public (parapubliques, des départements ministériels), privé (formel et de l'économie informelle, syndicats) ont réalisé 206 campagnes de sensibilisation et de

dépistage du VIH sur le lieu de travail, dans les 10 régions du pays, en zones urbaines et rurales. Les résultats ci-après ont été obtenus à la suite de ces campagnes.

66 358 personnes (42 030 hommes, 20 328 femmes) sensibilisées;

48 239 personnes (**32 325 hommes, 15 914 femmes**) dépistées, dont **1 672** personnes testées positives (taux de séropositivité **3,49%** : **5,06%** femmes, **2,71%** hommes).

1 554 personnes (parmi les 1672 positifs) ont été référées vers les structures de prise en charge médicale, soit 7,05% dont le système de santé n'a pas de trace.

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

Tableau 6. Statistiques des CDV VCT@WORK

Secteur d'activité	Hommes		Femmes		Nombre de personnes testées	Taux de séropositivité
	Nombre de personnes testées	Taux de séropositivité	Nombre de personnes testées	Taux de séropositivité		
secteur Public	6 763	1,78	3 320	2,57	10 083	2,04
secteur privé informel (commerce)	6 421	1,80	4 274	2,45	10 695	2,06
secteur privé formel	2 794	1,83	1 258	2,10	4 052	1,91
agro-industries (plantations industrielles)	4 402	5,50	2 728	7,77	7 130	6,37
exploitations forestières	5 722	3,83	2 552	4,10	8 274	3,91
construction	287	4,88	77	6,04	364	5,13
énergie	1 497	1,54	780	1,76	2 277	1,62
industries brassicoles	2 133	1,50	290	1,77	2 423	1,53
transport terrestre	2 306	2,56	635	2,58	2 941	2,56
Total	32 325	2,71	15 914	4	48 239	3

I.5 Diagnostic et prise en charge des IST

Les activités de diagnostic et traitement des IST connaissent une régression depuis 2011 suite à la clôture du projet R5 du Fonds Mondial. Par ailleurs, l'absence des outils de collecte pour le rapportage

des données issues des activités de routine des FOSA affecte lourdement la complétude des informations rapportées sur les IST.

Néanmoins, en 2014, 12 763 cas d'IST ont été diagnostiqués et traités. L'ONG [CAMNAFAW](#) a diagnostiqué et traité 12 338 cas d'IST déclarés chez les PPER (4 972 cas d'IST traités chez les TS, 1 205 cas traités chez les HSH et 6 131 cas traités chez Camionneurs). Care, pour sa part, en a soigné 55 cas d'IST (2 MSM, 32 TS et 21 APV) et l'ONG Affirmative a pris en charge 370 cas IST chez les MSM. En outre, CAMNAFAW a formé/recyclé 144 prestataires au diagnostic et à la prise en charge syndromique des IST.

I.6 Renforcement de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

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

En 2014, les activités de PTME se sont poursuivies dans un contexte de transition de l'option A vers l'option B+. 69,5% des femmes enceintes attendues ont été reçues en CPN, contre 52,7% en 2013 et 83% de ces femmes ont été testées contre 76,2% en 2013. Ces couvertures ont une forte disparité régionale.

Ces résultats ont été influencés par la disponibilité dans les FOSA des outils intégrés de collecte des données PTME/SMNI, des intrants, la mobilisation communautaire à l'utilisation des services et la sensibilisation des acteurs sur l'importance de l'intégration des services de PTME/SMNI selon l'approche familiale.

I.7 Couverture géographique en services PTME

- De 2010 à 2014 le nombre de formations sanitaires offrant les services de PTME a considérablement augmenté, passant de 2067 à 3466 sur les 3990 FOSA fonctionnelles que compte le pays.

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

Au niveau national, les FOSA qui font les prélèvements de DBS sont couverts par 03 laboratoires de Référence : CIRCB, CDC Mutengene et Laboratoire de Référence de Bamenda. Les régions ayant le plus de sites de prélèvement DBS sont les régions du centre, du Nord-ouest et du Sud-ouest avec respectivement 535, 312, et 202 sites. Les régions les moins pourvues sont l'Adamaoua (08), le Sud (15) et le nord (17). L'objectif ultime est de faire de toutes les FOSA offrant les services de PTME des sites de prélèvement des DBS.

Le Cameroun a adopté en Aout 2012 l'option B+, et l'a concrétisée avec l'élaboration d'un plan opérationnel suivie de sa mise en œuvre par phases successives depuis Novembre 2014, date à partir de laquelle la lettre circulaire N°D36-97 relative à la mise en œuvre de l'option B+, a été signée par le Ministre de la sante publique.

- La phase 1 subdivisée en phase 1a (elle consiste à l'enrôlement de 166 FOSA où se font en même temps la prise en charge par les ARV et la PTME) et 1b (elle consiste à l'enrôlement de 414 FOSA de grande fréquentation avec 30-40 CPN/mois) soit un total de 580 sites à enrôler d'ici Juin 2015.
- La phase 2 consiste à l'enrôlement des 1000 FOSA qui ont une fréquentation de 30-20 CPN/mois de Juillet à Décembre 2015
- La phase 3 concernera l'enrôlement des 1000 sites qui ont une fréquentation de 20-10 CPN/mois de Janvier à Juin 2016
- La phase 4 enrôlera 886 sites qui ont une fréquentation de moins de 10CPN/mois de Juillet à Décembre 2016.

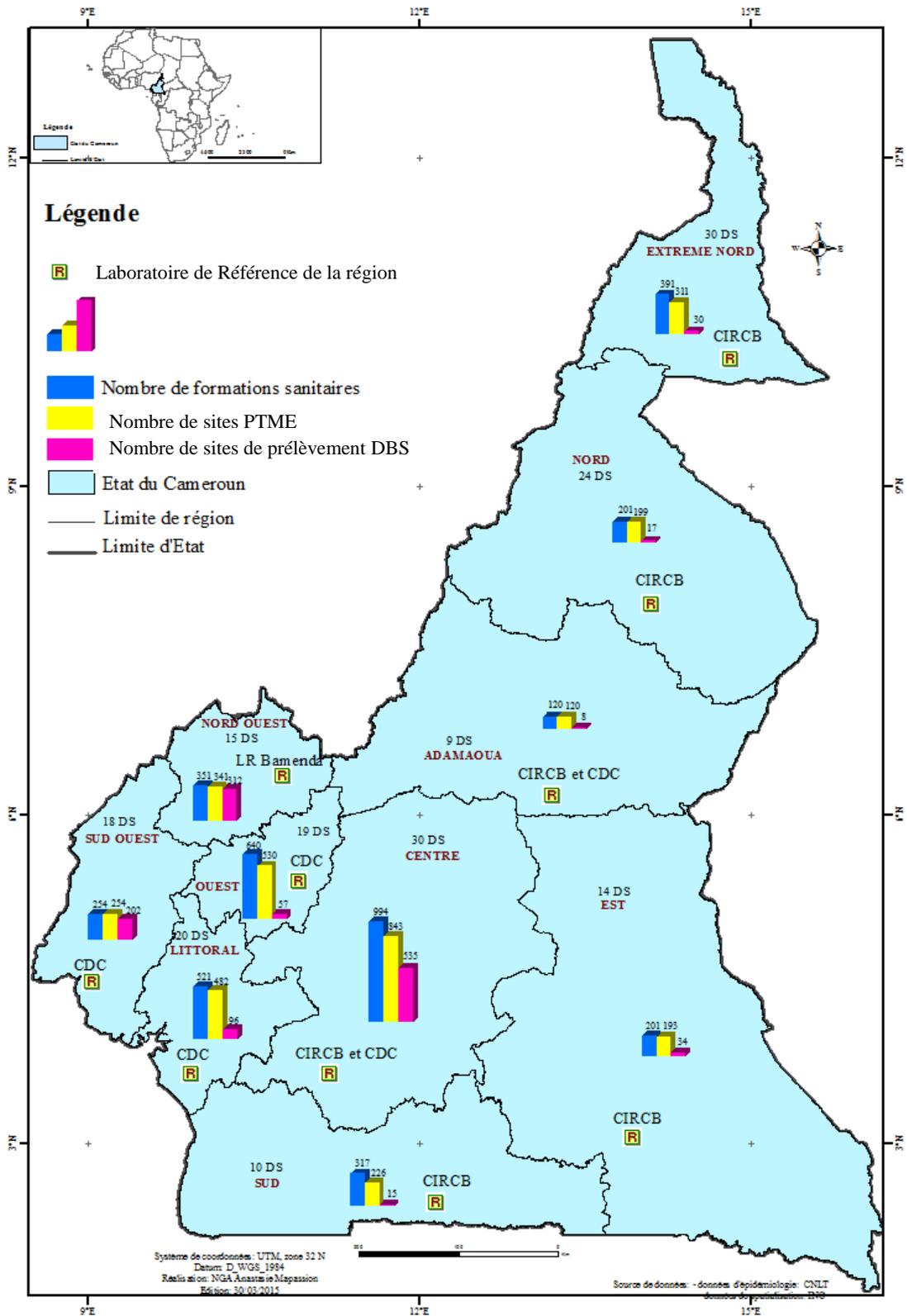


Figure 4: Carte sanitaire de la PTME

La figure ci-dessus montre la répartition des districts de santé, des FOSA fonctionnelles, des FOSA offrant la PTME et des sites de prélèvement des DBS par région. Nous pouvons constater également

sur cette figure que dans les régions du Nord-ouest et Sud-ouest, le nombre de FOSA fonctionnelles existant dans la région, le nombre qui offrent la PTME et le nombre de sites de prélèvement DBS sont sensiblement égaux, ce qui n'est pas le cas pour les autres régions.

I.8 Renforcement des actions communautaires en faveur de l'utilisation des services de Santé Maternelle et Infantile (SMI) et le suivi du couple mère-enfant

Plusieurs activités visant à améliorer la fréquentation des services SMNI et le suivi du couple mère enfant ont été menées dans les 10 régions avec l'appui technique et financier des partenaires tel que CDC (Centre, Littoral, Nord-Ouest, Sud-Ouest), de l'UNICEF (32 DS prioritaires dans les 10 régions), la BID (Est) etc.

Tableau 7. Interventions liées à la mobilisation communautaire en faveur de la PTME

Domaine	Activités	Acteur/zone de couverture	Resultats
Renforcement des capacités des acteurs communautaire	742 agents communautaires	CHP Région du Littoral	
	108 leaders d'association formés à la MOBCOM-	UNICEF DS de KAR HAY, Kousseri, Guidiguis, Mouldouyaye, Garoua	40 000 femmes et familles sont sensibilisées sur la SMNI/PTME/PECP 344 perdu de vue retrouvés et réorientés vers les services de SMNI/PTME/PECP
	60 VCs et 15 ARCs ont été formés en communication et techniques de mobilisation sociale en faveur de la PTME/PECP/SMNI	BID, DS de Bertoua	
Contractualisation des agents communautaires Référénts des zones et Volontaires communautaires)	13 Référénts communautaires recrutés (2 à ES, 2 au SU, 2 à OU, 3 à EN, 2 à AD et 2 au NO)	R10-Care (06 régions non PEPFAR)	85 927 personnes sensibilisées par communication interpersonnelles,
	516 Volontaires communautaires en fonction (33 à ES, 28 SU, 53 à AD, 110 au NO, 155 à EN et 137 à OU)		46 853 sensibilisés par causeries éducatives
	60 VCs et 15 ARCs contractualisés mobilisation sociale en faveur de la PTME/PECP/SMNI	BID, DS Bertoua	6844 Plaidoyers communautaire effectués 23738 femmes enceintes Orientées en CPN1
Contractualisation des radios communautaires pour émissions et diffusion des spots dans les communautés	13 Radios contractualisées	R10-Care (06 régions non PEPFAR)	15489 femmes enceintes orientées effectivement reçues en CPN1,
	3897 Spots diffusés		8004 femmes enceintes orientées et testées pour le VIH dans le cadre de PTME et
	283 Emissions diffusées		6717 femmes enceintes orientées et accompagnées par leur partenaire masculin

I.9 Mise à disposition des intrants et équipements de laboratoire pour la PTME (intrants pour la PF, ARV, Cotrimoxazole, PCR...)

Au cours de l'année 2014, les efforts communs des partenaires techniques et financiers et du gouvernement a permis d'acquérir et de distribuer les intrants nécessaires à l'offre des services PTME dans les FOSA. Ainsi, CDC dans le cadre du renforcement de la PTME a acquis 80 appareils de CD4 qui ont été déployés dans les FOSA les régions du Littoral et du Centre par CHP et CHAI, soit 40 par région.

I.10 Le renforcement des capacités des prestataires en PTME/SMNI, y compris les accoucheuses traditionnelles

Le renforcement des capacités des prestataires à travers la formation/recyclage est une stratégie-clé préconisée pour l'amélioration de la qualité des services offerts dans le cadre de la Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant.

En 2014, au total 6 281 prestataires ont bénéficié d'un renforcement de capacités au cours de l'année, l'appui technique et financier des principaux acteurs que sont DSF, CNLS, CHAI, CHP, UNFPA, PEPFAR, BID, UNICEF etc. Parmi ceux-ci 4 027 ont été formés sur la PTME avec une emphase sur l'option B+, 1 933 ont bénéficié d'une formation pour les prélèvements des DBS et 321 prestataires ont été formés à l'utilisation des compteurs CD4.

Tableau 8. Renforcement des capacités des prestataires

	Nombre de prestataires formés			
	PTME/B+	DBS	CD4	
Adamaoua	64			DSF
Centre	1 217	1 712	174	CHAI
	1 096			DSF
Est	55			UNICEF
	63			DSF
		25		BID
Extrême-Nord	99			UNICEF
	730	196	125	CHP
Littoral	144			DSF
Nord	127		22	DSF
Nord-Ouest	24			DSF
	232			PEPFAR
Ouest	78			DSF
Sud	33			DSF
Sud-Ouest	65			DSF
	4 027	1 933	321	

I.11 Principaux résultats PTME 2014

a. Fréquentation de la consultation prénatale

Pour l'année 2014, le nombre de femmes enceintes attendues a été calculé sur la base du taux brut de natalité actualisé (3.81%) de l'EDS 2011 et non plus sur la base de 5% utilisée les années précédentes. Ceci a permis de revoir à la baisse le dénominateur (nombre de femmes enceintes attendues), qui avait ainsi été surestimé jusque-là et qui sert au calcul des divers indicateurs de performance du programme. Ainsi, sur une population générale estimée à 21 657488 habitants, 825150 femmes enceintes étaient attendues en 2014. De celles-ci, 573 793 ont été effectivement reçues en CPN soit un taux de fréquentation de 69,5 %. Le nombre de femmes enceintes reçues en CPN1 en 2014 présente une augmentation de près de (2%) par rapport à 2013(557257). Il existe de fortes disparités régionales, avec des taux variant de 99,4% à l'Est, à 57,6% au Sud-ouest. Par ailleurs, les régions de l'Adamaoua (-3%), Centre(-4%) et Nord(-2%) n'ont pas connu un accroissement du nombre de femmes enceintes reçues en CPN en 2014.

Tableau 9. Taux de fréquentation de la CPN1 en 2014

<i>Régions</i>	Nombre de grossesses attendues (3.81%)	Nombre de femmes reçues en 1^{ère} CPN en 2014	Taux de fréquentation en CPN1 en 2014 (%)	Nombre de femmes enceintes reçues en 1^{ère} CPN en 2013	Taux d'accroissement du nombre de FEC reçues en CPN entre 2013 et 2014(%)
Adamaoua	44 434	35 823	80,6	36 960	-3
Centre	153 861	98 611	64,1	104 232	-4
Est	31 624	31 428	99,4	27 425	13
Extrême-Nord	148 498	98 466	66,3	96 724	1
Littoral	124 371	75 930	61,1	68 158	6
Nord	90 620	78 028	86,1	80 247	-2
Nord-Ouest	73 661	48 224	65,5	48 325	0,1
Ouest	72 106	57 703	80	48 807	12
Sud	28 220	16 286	57,7	15 008	5
Sud-Ouest	57 755	33 294	57,6	31 371	3
TOTAL	825 150	573 793	69,5	557 257	2

Une analyse dans le temps de l'évolution de la fréquentation CPN montre qu'après une période de stagnation (2008 à 2011), le taux de fréquentation en CPN connaît une croissance continue tel que le graphique ci-dessous illustre. De 36,5% en 2011, le taux de fréquentation en CPN s'est amélioré au cours de ces 4 dernières années pour atteindre 69,5% en 2014, soit environ le double du taux de fréquentation observé en 2011.

Ces résultats pourraient s'expliquer par l'effet conjugué de :

- l'intensification de la sensibilisation et mobilisation communautaire
- l'augmentation du nombre de prestataires formés à l'offre de service PTME/Option B+/SMNI ;

- la revue du dénominateur (nombre de femmes enceinte attendues) pour le calcul des indicateurs se basant sur le taux de natalité (3.81%)

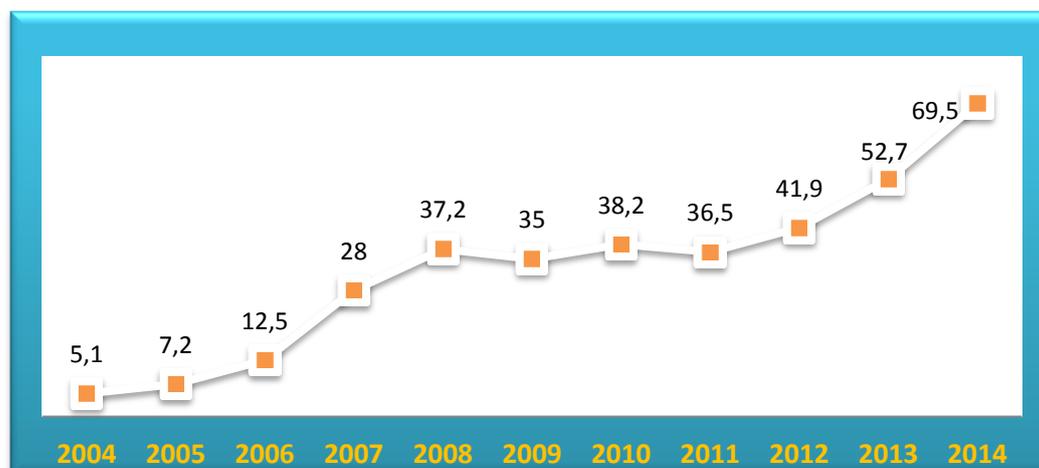


Figure 5: Evolution de la fréquentation de la CPN de 2004 à 2014 au Cameroun

b. Dépistage du VIH dans le cadre de la PTME

Dépistage du VIH et retrait des résultats chez les femmes enceintes

L'accès au conseil et dépistage du VIH au cours des CPN, à la maternité et au cours de la période d'allaitement aide à déterminer si une femme enceinte est infectée ou pas par le VIH afin de prendre le plus tôt possible les mesures qui conviennent pour diminuer le risque de transmission du VIH à son bébé. Le dépistage doit être fait à la 1^{ère} CPN, et si son résultat est négatif, le test doit être répété à la 3^e ou 4^e CPN ou bien en salle de travail et d'accouchement ou encore pendant la période de suivi post-natal du couple mère-enfant.

Tableau 10. Taux de positivité et de retrait des résultats du test de dépistage du VIH chez les femmes enceintes par région

Régions	Nombre de FEC reçues en 1 ^{ère} consultation prénatale en 2014	Nombre de FEC testées (y compris les FEC testées en salle de travail)	Nombre de FEC testées VIH + (y compris les FEC testées en salle de travail)	Taux de positivité du test de dépistage (%)	Nombre de FEC testées ayant retiré les résultats (y compris les FEC testées en salle de travail)	Taux de retrait des résultats du test du dépistage des FEC (%)
Adamaoua	35 823	31 290	1 309	4,2	29 347	93,8
Centre	98 611	87 176	10 639	12,2	83 774	96,1
Est	31 428	27 653	1 659	6	26 931	97,4
Extrême-Nord	98 466	66 771	2 524	3,8	61 312	91,8
Littoral	75 930	64 374	4 943	7,7	62 426	97
Nord	78 028	61 899	1 384	2,2	60 331	97,5
Nord-Ouest	48 224	47 180	3 104	6,6	47 114	99,9
Ouest	57 703	58 844	1 506	2,6	57 264	97,3

Sud	16 286	16 286	1 875	11,5	15 943	97,9
Sud-ouest	33 294	32 037	2 169	6,8	32 035	100
Total	573 793	493 510	31 112	6,3	476 477	96,5

De façon générale, le dépistage du VIH doit se faire tous les 3 mois chez une femme enceinte ou allaitante dont la date de la séronégative remonte à au moins 3 mois.

Le test de dépistage par des tests rapides doit se faire suivant l'algorithme national qui utilise successivement un premier test de très grande sensibilité et un deuxième test de très grande spécificité. Une femme enceinte est déclarée séronégative au VIH si le résultat du premier test est négatif. Elle est déclarée séropositive si le résultat est positif pour le premier test et confirmé par le deuxième test. Le tableau ci-dessus montre que 493 510 femmes enceintes ont été dépistées au VIH sur un total de 573 793 FEC reçues en CPN1, soit un taux moyen d'acceptation de 86%.

L'objectif d'au moins 95% des femmes enceintes testées doit donc continuer de guider les efforts au cours de l'année 2015. Les ruptures de stock en tests de dépistage dans certains sites au cours de l'année, la non complétude des données rapportées expliqueraient au moins en partie ce taux sous optimal du dépistage des femmes enceintes. De même, la faiblesse du système de suivi postnatal du couple mère-enfant ne favorise aucunement le dépistage du VIH chez les mères allaitantes et les expose au risque de contaminer leur bébé, si elles venaient à être contaminées par le VIH. Il faudrait intensifier le conseil et dépistage dans les services de consultations prénatales, renforcer le système de suivi postnatal du couple mère enfant et que le personnel documente systématiquement toutes les données du dépistage dans les registres prévus à cet effet pour permettre d'améliorer la qualité et la performance du programme.

De même, 476 477 femmes enceintes testées ont retiré leurs résultats ce qui donne un taux de retrait global de 96,5%. Ce taux est en augmentation par rapport à 2013 (94,8%).

Femmes enceintes VIH+

Sur 493 510 femmes enceintes dépistées pour le VIH en CPN ou en salle d'accouchement en 2014, 31 112 se sont révélées infectées. Soit un taux national de séropositivité de 6,3%. Ce taux est plus élevé dans la région du Centre (12,2%) et plus bas dans celle du Nord (2,2%) et cinq des 10 régions présentent un taux de séropositivité supérieur à la moyenne nationale (6,3%).

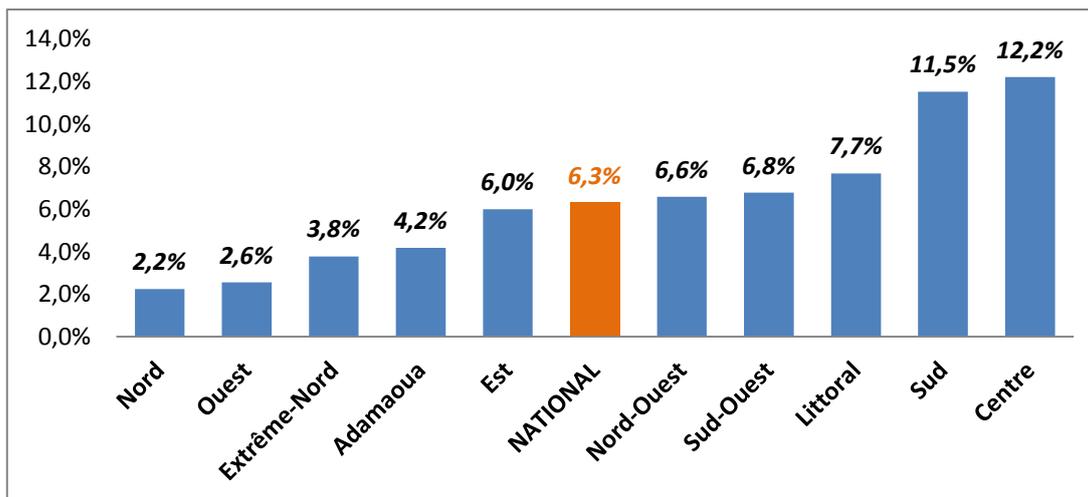


Figure 6: Taux de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes en 2014 par région

De 2006 à 2008 nous observons une baisse de ce taux de 8,7% à 6,5%. On constate ensuite une stabilisation du taux de séropositivité entre 2008 et 2011, puis une chute de 7,9% à 4,7% de 2011 à 2013 et enfin une remontée à 6,3% en 2014.

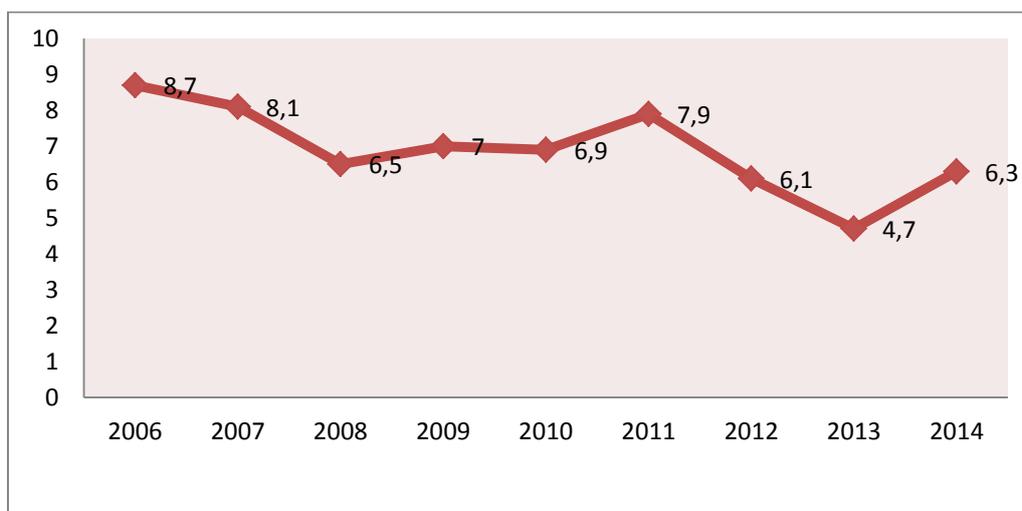


Figure 7: Evolution du taux de séropositivité du VIH chez les FEC de 2006 à 2014

Séroconversion des femmes enceintes :

Il s'agit des femmes enceintes testées séronégatives lors de la CPN1 et retestées séropositives lors de la CPN3, CPN4 et/ou en salle de travail. Le taux de séroconversion dans les 4 régions (Centre, Sud, Sud-ouest et Nord-ouest) ayant renseigné cet indicateur est de 7,8% en moyenne.

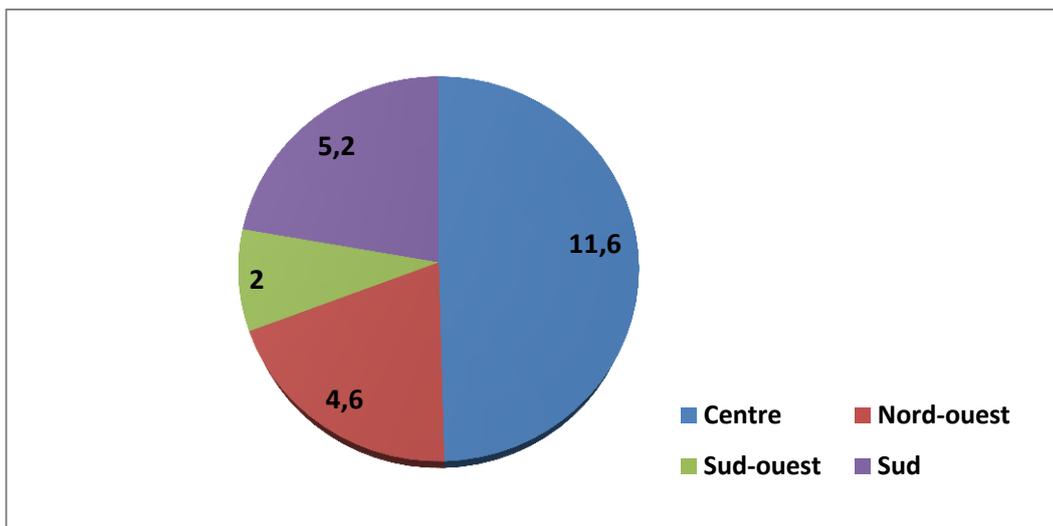


Figure 8: Taux de séroconversion au VIH dans 04 régions

La figure ci-dessus, révèle que ce taux est plus élevé dans la région du centre (11,6%) et plus bas dans celle du Sud-ouest (2%). Ce taux élevé de séroconversion des femmes en cours de grossesse témoigne de l'importance de ce phénomène dans le pays et donc de celle de l'effort encore à fournir pour informer et sensibiliser toutes les femmes enceintes du risque accru de contamination de leur bébé par le VIH si elles venaient à se contaminer alors qu'elles sont déjà enceintes ou en cours d'allaitement. A ce sujet le personnel de santé doit redoubler les efforts de prévention en particulier chez les femmes enceintes dépistées séronégatives en CPN1.

c. Dépistage du VIH chez les partenaires masculins des femmes enceintes

Au cours de l'année 2014, seulement **19 527** partenaires masculins des **573 793** FEC vues en CPN ont été testés au VIH, soit un ratio 3 partenaires testés pour 100 femmes enceintes reçues en CPN. On note toutefois par rapport à 2013 (14 369), un accroissement de 36% du nombre de partenaires de FEC testés.

Parmi les **19 527** tests de dépistage effectués en 2014, 9% ont été déclarés positifs contre 10,1% en 2013. Le taux de séropositivité des partenaires masculins des FEC est tiré par le haut par les régions de l'Extrême-Nord et du Nord (22% et 21% respectivement). Les régions du Sud-Ouest et du Nord-Ouest présentent les plus faibles taux (3,8% et 4,9% respectivement).

Le taux de séropositivité VIH chez ceux-ci est par contre généralement élevé, augurant du taux de séroconversion élevé (7,8%) chez les femmes enceintes dépistées séronégatives en CPN1 tel qu'observé dans les 4 régions où cet indicateur a été rapporté et qui fait courir un risque accru de contamination chez les bébés au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Le retesting VIH des femmes enceintes dépistées séronégatives en CPN1 doit donc être renforcé pour devenir une pratique systématique, et celui des partenaires de toute femme enceinte une activité de

routine tel que recommandé dans les directives nationales. Tous les efforts doivent converger vers cet objectif tant est-il que le statut VIH de beaucoup d'enfants à naître et leur survie en dépendent.

D'une région à l'autre les ratios des partenaires testés par rapport aux femmes enceintes testées en CPN/salle de travail sont assez disparate. Le Sud-Ouest et le Nord-Ouest ont enregistré les meilleures performances avec respectivement en moyenne 11 et 14 partenaires testés pour 100 FEC testées en CPN/ salle de travail.

Tableau 11. Tests de dépistage chez les partenaires de FEC par région

	Nombre de FEC testées	Nombre de partenaires des femmes enceintes testés	Ratio partenaires testés pour 1000 FEC reçues en CPN	Nombre de partenaires des femmes enceintes testés positifs	Taux de séropositivité des partenaires des FEC
Adamaoua	35823	329	9	41	12%
Centre	98 611	3 747	38	476	13%
Est	31428	552	18	67	12%
Extrême-Nord	98466	348	4	77	22%
Littoral	75 930	2 186	29	246	11%
Nord	78028	636	8	133	21%
Nord-Ouest	48 224	5 170	107	253	5%
Ouest	57 703	1 350	23	198	15%
Sud	16286	631	39	114	18%
Sud-Ouest	33 294	4 578	138	176	4%
TOTAL	573 793	19 527	34	1 781	9%

La région de l'Extrême-nord par contre a la plus faible performance au même titre que les autres régions septentrionales avec un ratio d'un (04) partenaire est testé pour 1000 femmes reçues en CPN. Plusieurs facteurs expliqueraient de façon générale cette faible performance :

- Les partenaires ne perçoivent pas l'importance de faire le test du VIH
- Les prestataires ne sensibilisent pas assez les femmes sur l'importance d'impliquer leurs partenaires pour une prise en charge globale de la famille
- Les femmes enceintes ne partagent pas leur statut avec leurs partenaires par crainte d'être rejetées par ceux-ci
- La mobilisation communautaire est insuffisante

Pour ces régions septentrionales particulièrement, cette problématique doit être hissée au rang des interventions prioritaires et des actions spécifiques devraient être entreprises au niveau communautaire afin d'améliorer la demande de dépistage par les partenaires des FEC dans le cadre de la PTME.

L'implication des partenaires de toutes les femmes enceintes (séropositives et séronégatives) est essentielle pour le bon suivi du couple mère-enfant.

Suivi des femmes enceintes VIH+

d. Offre du cotrimoxazole prophylactique aux femmes enceintes séropositives

En 2014, au total 11 194 FEC VIH+ ont reçu une prophylaxie au cotrimoxazole dans le cadre de la PTME, représentant 36% des séropositives enregistrées au cours de l'année au niveau national. Cette couverture programmatique est en baisse par rapport à 2013 (61,6%).

Tableau 12. Offre de cotrimoxazole chez les FEC VIH+ par région

	FEC VIH+ attendues	Nombre total de FEC VIH identifiées durant l'année	Nombre FEC VIH+ qui ont reçu la prophylaxie au cotrimoxazole	Couverture programmatique en cotrimoxazole	Couverture populationnelle en cotrimoxazole
Adamaoua	2 637	1 309	700	53,50%	27%
Centre	10 253	10 639	1 219	11,50%	12%
Est	3 844	1 659	1 018	61,40%	26%
Extrême-Nord	4 753	2 524	635	25,20%	13%
Littoral	6 847	4 943	2 233	45,20%	33%
Nord	1 958	1 384	684	49,40%	35%
Nord-Ouest	3 641	3 104	1 906	61,40%	52%
Ouest	2 867	1 506	962	63,90%	34%
Sud	2 175	1 875	578	30,80%	27%
Sud-Ouest	2 709	2 169	1 259	58,00%	46%
Total	41 684	31 112	11 194	36,00%	26,90%

La couverture programmatique la plus faible a été enregistrée dans le Centre (11,5%) et la plus élevée dans la région de l'Ouest (63,9%). En plus de la région du Centre où le problème semble se poser avec plus d'acuité, l'Extrême-nord et le Sud ont également un niveau de couverture inférieur à la moyenne nationale (38,6%).

e. Couverture en ARV des femmes enceintes séropositives

Selon les Directives Nationales, toute femme enceinte dépistée séropositive pour le VIH doit être systématiquement mise sous traitement et le plus tôt possible quelque soit sa classification clinique ou son taux de CD4. Cependant, l'extension de l'option B+ se fait encore progressivement et par phases successives, ce qui fait que la majorité des sites pratiquent encore l'Option A pour la PTME. Au cours de l'année 2014, sur les 31 112 femmes enceintes dépistées séropositives, 22 297 FEC VIH+ ont reçu un protocole antirétroviral parmi lesquelles 10 599 ont été mises sous TARV (FEC déjà connues

VIH+ sous traitement, FEC sous option B+ au cours de cette grossesse et femmes enceintes trouvées éligibles après examen de CD4) et 11 698 sous une prophylaxie ARV.

En 2014, 8815 FEC VIH+ n'ont reçu aucun protocole ARV. Ce qui représente 28% de l'ensemble des femmes enceintes séropositives identifiées n'ont pas reçu de protocole.... Parmi celles-ci, 60% viennent de la région du centre. Ceci pourrait être dû à un sous rapportage dans les outils de collecte des données en particulier dans certains de nos grands hôpitaux pourtant de référence, mauvaise gestion des stocks, à un déni de la sérologie par les patientes, et à un problème de rétention des FEC VIH+. Un effort doit être fait pour clarifier et améliorer cette situation.

La couverture populationnelle des FEC VIH + en ARV a sensiblement augmenté passant de 32.7% en 2013 à 53,5% en 2014. Cette augmentation s'expliquerait entre autres par la révision de l'estimation du nombre des femmes enceintes séropositives attendues servant de dénominateur pour le calcul de cet indicateur. Cependant l'amélioration de la mise à disposition continue des ARV dans les sites continue d'être une préoccupation alors que bien souvent, ils sont disponibles au niveau central. Cette situation doit elle aussi être améliorée.

Tableau 13. Couverture en ARV pour les femmes enceintes séropositives en 2014

	Nombre de FEC VIH + attendues en 2014	Nombre de FEC testées VIH+ (y compris celles testées en salle de travail)	nombre de FEC VIH+ n'ayant reçu aucun ARV	FEC VIH+ sous TARV	FEC VIH+ sous prophylaxie ARV	Nombre total des FEC VIH+ ayant bénéficié un protocole ARV	Couverture populationnelle des FEC VIH+ en ARV (%)
Adamaoua	2 637	1 309	78	470	917	1 387	52,6
Centre	10 253	10 639	5 298	3 545	1 796	5 341	52,1
Est	3 844	1 659	651	30	978	1 008	26,2
Extrême-Nord	4 753	2 524	962	246	1 316	1 562	32,9
Littoral	6 847	4 943	864	2 171	3 636	5 807	84,8
Nord	1 958	1 384	129	507	748	1 255	64,1
Nord-Ouest	3 641	3 104	128	1 529	1 447	2 976	81,7
Ouest	2 867	1 506	59	592	973	1 565	54,6
Sud	2 175	1 875	762	592	521	1 113	51,2
Sud-Ouest	2 709	2 169	200	917	1 052	1 969	72,7
TOTAL	41 684	31 112	8 815	10 599	11 698	22 297	53,5

Suivi des enfants exposés

f. Offre de prophylaxie ARV pour les enfants exposés

Tout enfant né de mère séropositive, sous allaitement maternel ou pas, doit recevoir la Nevirapine dans les 72 heures qui suivent la naissance et ce traitement doit être poursuivi pendant 6

semaines si l'enfant n'allait pas ou si la mère est sous TARV ; cette prophylaxie va se poursuivre jusqu'à 7 jours après le sevrage si la mère est sous option A.

Au cours de l'année 2014, 10718 enfants exposés ont bénéficié d'une prophylaxie ARV à la naissance. En l'absence du nombre précis de naissances des enfants nés des mères séropositives, le proxy est le nombre estimé de femmes VIH+ au cours de l'année. Ceci permet d'obtenir une couverture populationnelle en ARV prophylactique chez les bébés exposés de 25,7%. Cette couverture est la plus élevée dans la région du Nord-Ouest (60,8%) et la plus basse dans celle de l'Est (2,2%).

Tableau 14. Couverture en ARV prophylactiques chez les enfants exposés en 2014

<i>Régions</i>	<i>Nombre de FEC VIH+ attendues en 2014</i>	<i>Nombre total des FEC VIH+ ayant bénéficié un protocole ARV</i>	<i>Nombre d'enfants nés de mères séropositives ayant reçu un traitement prophylactique par ARV à la naissance</i>	<i>Nombre d'enfants nés de mères séropositives n'ayant pas reçu un traitement prophylactique par ARV à la naissance</i>	<i>Couverture programmatique des enfants exposés(%)</i>	<i>Couverture populationnelle des enfants exposés (%)</i>
Adamaoua	2 637	1 387	275	1 112	21	10,4
Centre	10 253	5 341	2 129	3 212	20	20,8
Est	3 844	1 008	86	922	5,2	2,2
Extrême-Nord	4 753	1 562	580	982	23	12,2
Littoral	6 847	5 807	2 173	3 634	44	31,7
Nord	1 958	1 255	428	827	30,9	21,9
Nord-Ouest	3 641	2 976	2 215	761	71,4	60,8
Ouest	2 867	1 565	885	680	58,8	30,9
Sud	2 175	1 113	501	612	26,7	23
Sud-ouest	2 709	1 969	1 446	523	66,7	53,4
TOTAL	41 684	22 297	10 718	11579	34,4	25,7

g. Offre du cotrimoxazole chez pour les enfants exposés

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

Sur 10 718 enfants exposés au VIH vus à la naissance, 7 318 (68,3%) ont été mis sous prophylaxie au cotrimoxazole dès l'âge de 6 semaines. Ramenée au nombre estimé d'enfants exposés au cours de l'année, la couverture populationnelle est de 17,6%. Cette couverture est la plus élevée dans la région du Nord-Ouest (47,5%). Elle est la plus basse dans la région de l'Est (1,9%). Les

ruptures de stock de Cotrimoxazole dans les sites et le non-respect des directives en matière de suivi des enfants exposés contribuent à cette faible couverture en CTX chez ces derniers.

Tableau 15. Couverture en CTX pour les enfants exposés par région en 2014

Régions	Nombre de FEC VIH + attendues en 2014	Nombre d'enfants nés de mères séropositives ayant reçu un traitement prophylactique par ARV à la naissance	Nombre d'enfants nés de mères séropositives ayant reçu un traitement prophylactique par le CTX dès la 6 ^e semaine après la naissance	Couverture programmatique des enfants exposés en CTX prophylactique (%)	Couverture populationnelle des enfants exposés en CTX prophylactique (%)
Adamaoua	2 637	275	169	12,9	6,4
Centre	10 253	2 129	1 143	10,7	11,1
Est	3 844	86	74	4,5	1,9
Extrême-Nord	4 753	580	438	17,4	9,2
Littoral	6 847	2 173	1 375	27,8	20,1
Nord	1 958	428	271	19,6	13,8
Nord-Ouest	3 641	2 215	1 729	55,7	47,5
Ouest	2 867	885	558	37,1	19,5
Sud	2 175	501	280	14,9	12,9
Sud-ouest	2 709	1 446	1 281	59,1	47,3
TOTAL	41 684	10 718	7 318	68,2	17,6

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

h. Extension de sites de prélèvement des DBS

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

En 2014, 1306 formations sanitaires ont envoyé au moins un prélèvement DBS vers l'un des 03 laboratoires de référence (CIRCB, CDC, Laboratoire de référence de Bamenda).

Le laboratoire de référence de Mutengene couvre les régions du Sud-ouest du Littoral et de l'Ouest tandis que celui de Bamenda couvre celle du Nord-Ouest. Le CIRCB couvre quant à lui les 6 autres régions du pays.

Idéalement, le nombre de sites de prélèvement DBS devrait être égal à celui des sites PTME. Il n'en est pour le moment pas encore le cas et la non couverture des 2160 sites restant pourrait s'expliquer par :

- La non intégration du diagnostic précoce à la PTME
- L'insuffisance de personnels formés
- La difficulté dans la mise en place d'un système de transport des échantillons et rendu des résultats
- Les ruptures des kits et réactifs DBS

Les régions du Centre (535), du Nord-Ouest (312) et du Sud-ouest (202) sont celles qui disposent le plus de sites de prélèvement des DBS alors que celles de l'Adamaoua (8), du Sud (15) et du nord (17) sont les moins nantis. Il serait important d'étendre la couverture des sites DBS dans les régions qui sont actuellement peu couvertes et de renforcer le système de transport des échantillons afin de maximiser le nombre d'enfants dépistés et donc d'avoir une meilleure visibilité du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à 6 semaines. La couverture populationnelle en PCR du VIH chez les enfants exposés est de 26,4% en moyenne, avec le taux le plus élevé dans la région du Nord-Ouest (67,5%) et le plus bas dans celle de l'Extrême Nord (3,6%).

i. Diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposés

En 2014, au total 10 994 enfants nés de mère VIH+ ont été testés par PCR à partir de la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine, soit un ratio de seulement 4 enfants testés par la PCR pour dix femmes enceintes VIH vues durant l'année. Les régions du Nord-ouest, du Sud-ouest et du Littoral se distinguent néanmoins positivement avec respectivement 8, 7 et 6 enfants testés à la PCR à partir de la sixième semaine pour 10 FEC VIH vues au cours de l'année. Ces trois régions ont la particularité de bénéficier des fonds PEPFAR dans le cadre du renforcement de la PTME. La plus faible performance a été notée dans les régions de l'Extrême-nord et du Nord où un seul enfant a bénéficié du test de diagnostic précoce pour 10 femmes enceintes VIH+ identifiées.

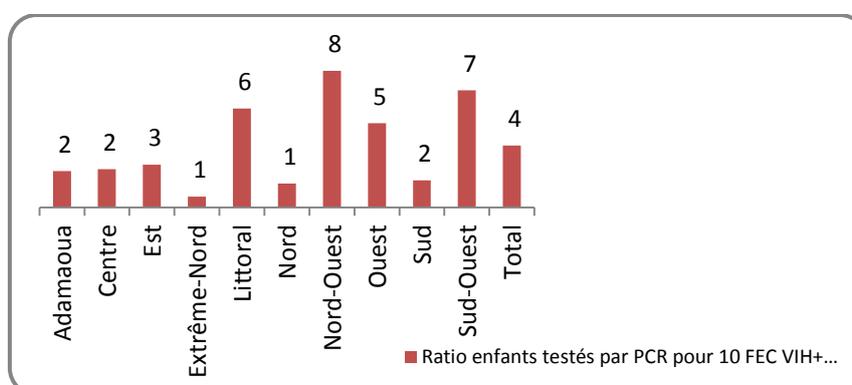


Figure 9: Ratio des enfants exposés ayant bénéficié d'un test de PCR par rapport au FEC VIH + identifiées Cameroun

Parmi les 10 994 enfants testés à la PCR entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine, 613 ont été déclarés séropositifs, soit un taux de séropositivité de 5,6% au niveau national. Une analyse régionale montre que 6 régions sur 10 ont un taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant au-dessus de la moyenne nationale. Les taux de transmission les plus élevées ont été observées dans les régions de l'Adamaoua (11%), l'Extrême-nord et du Nord (10,1%); tandis que les plus faibles taux de transmission ont été enregistrés dans le Littoral (3,6%), le Nord-Ouest (4,8%) et le Sud-Ouest (6,3%).

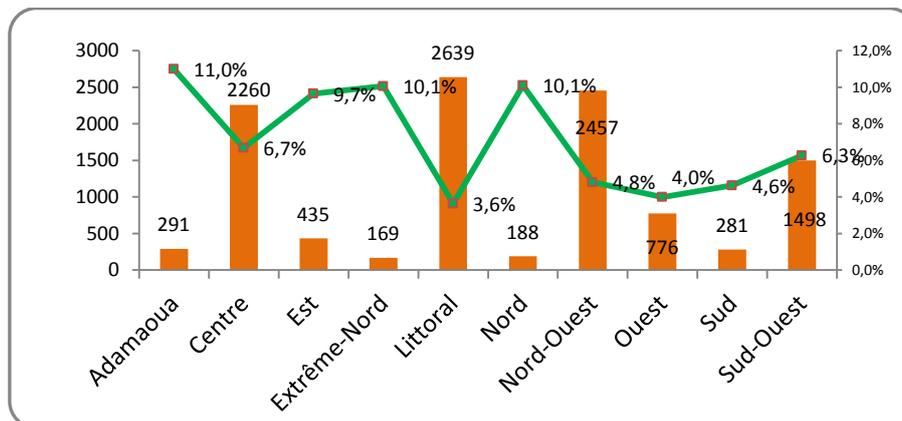


Figure 10: Taux de séropositivité à la PCR en 2014

j. Renforcement de la sécurité transfusionnelle

Au cours de l'année 2014, CDC avec les fonds PEPFAR a continué à soutenir le Programme National de transfusion sanguine. Plusieurs activités ont été menées dans le but de fournir du sang sécurisé au Cameroun. Il s'agit notamment de:

- L'élaboration du PSN de transfusion sanguine
- La Production et distribution du guide de transfusion sanguine et le document de politique de transfusion sanguine
- La Production d'un spot télé et un spot radio pour la promotion du don bénévole de sang
- L'Appui aux banques de sang pour l'organisation des campagnes mobiles de collectes de sang
- La fourniture des réactifs et consommables aux banques de sang
- L'Achat des véhicules pour quatre banques de sang
- La Production des cartes de donneurs
- Le Recrutement des associations des donneurs pour la mobilisation communautaire en faveur du don de sang et accroître le don bénévole de sang

Ces produits obtenus ont permis de collecter et teste 46 152 parmi lesquelles 911 se sont avérés positives au VIH, soit un taux de séropositivité de 2%.

II. AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Le plan stratégique 2014-2017 de lutte contre le VIH ambitionne de porter à plus de 95% la survie à 12 mois des PVVIH. Les principales stratégies préconisées à cet effet sont entre autres l'extension des structures de PEC (adultes et enfants), la mise à disposition des intrants (ARV, M I O, etc.), le renforcement du suivi des PVVIH, le renforcement des capacités de toutes les parties prenantes à tous les niveaux de la PEC, la recherche active des perdus de vue (enfants et adultes), le renforcement de la disponibilité en équipements de laboratoire, la création d'un cadre de concertation avec les prestataires de thérapies alternatives, le renforcement des capacités des OBC à la PEC communautaire du VIH, le renforcement du système de Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS), l'intégration de l'offre de services TB, hépatites, mères co-infectées VIH/hépatites, nutrition dans le package VIH.

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

Au cours de l'année 2014, le Programme Multisectoriel de lutte contre le Sida n'a pas connu de changements majeurs en termes de création de nouveau CTA/UPEC. Un seul nouvel hôpital a été érigé en UPEC, portant à 164 le nombre de CTA et UPEC, répartis comme suit par secteur : 71% des hôpitaux disposant des services de PECG sont publics, 23% sont des hôpitaux confessionnels et seulement 6% sont privés.

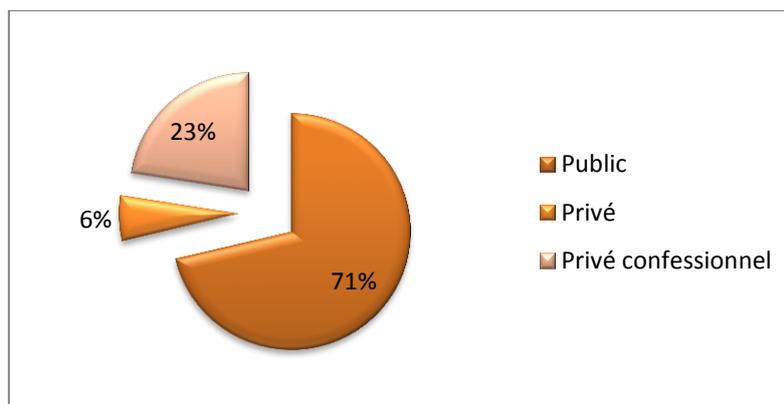


Figure 11: Répartition des CTA/UPEC selon le statut de la formation sanitaire

La couverture des DS en service de PECG ne s'est non plus améliorée en 2014, des inégalités subsistent dans la distribution géographique des centres de traitement. En effet, tel que l'on observe à

partir de la figure ci-dessous, 71 Districts de Santé (DS), soit 39,2% ne disposent d'aucun CTA/UPEC et 81 DS (44,8%) disposent d'un seul CTA/UPEC par district. Par ailleurs, 18 DS (11%) ont 2 centres de traitement et 11 (6,7%) en ont plus de 3.

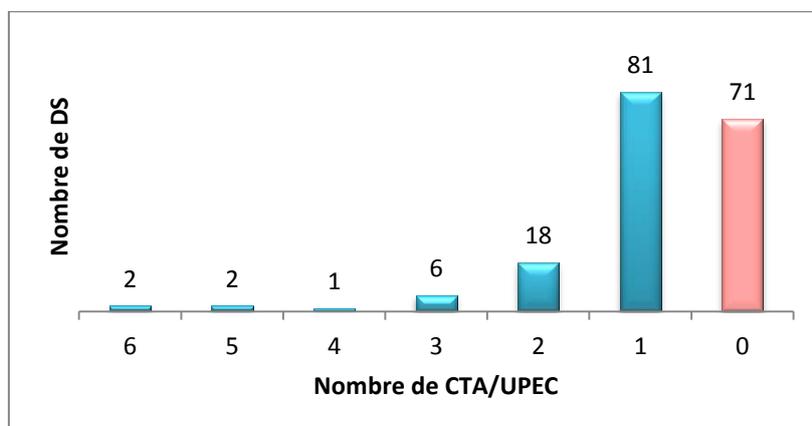


Figure 12: Offre de traitement et DS

II.2. Amélioration de la qualité des services de PEGC du VIH (formation personnel, disponibilité des équipements de laboratoire, assurance qualité des services)

Pour ce qui est des documents normatifs relatifs à la PEGC du VIH, au cours de l'année 2014, un «Guide national consolidé» et un « Guide de poche » destiné aux prestataires de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ont été élaborés avec l'appui de tous les PTF impliqués dans la PEGC et sous le leadership de la Direction de la Lutte contre la Maladie des Epidémies et les Pandémies. De même, les directives sur la prévention et la prise en charge des co-infections liées au VIH, notamment la Tuberculose, les Hépatites, la toxoplasmose et autres ont été révisées et intégrées dans ces guides.

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

▪ Evolution de la file active

La file active des PVVIH sous traitement au Cameroun connaît une tendance à la hausse depuis 2005. Elle est passée de 17 156 en 2005 à 145 038 en 2014 avec une progression moyenne de 28% par an pendant 10 ans.

Par ailleurs, une analyse du taux d'accroissement annuel des personnes mises sous ARV (figure 11 ci-dessous) montre une tendance à la baisse de ce dernier allant de 65,6% entre 2005 et 2006 à 10,3% entre 2013 et 2014. La plus grande baisse de performance a été observée entre 2007 et 2008.

Entre 2013 et 2014, la file active des personnes sous ARV s'est accrue en valeur nette de 13 507 (soit une progression de 10,3%). En maintenant le niveau d'effort à celui observé en 2014, la file active se situerait à 185 559 en 2017 contre 302 312 préconisés.

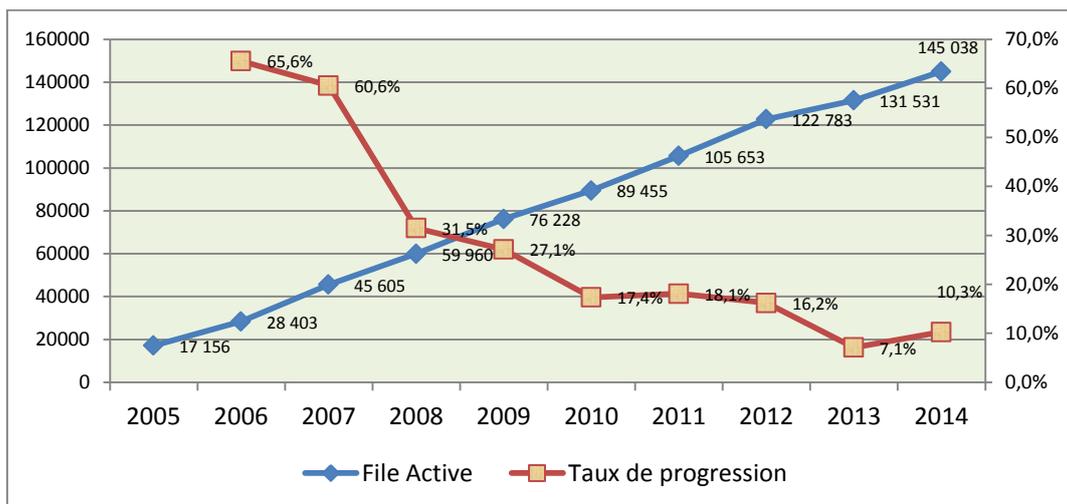


Figure 13: Evolution de la file active et du taux d'accroissement de la file active des personnes sous ARV de 2005 à 2014

Il est urgent d'innover de nouvelles stratégies qui, à court terme, permettront d'améliorer le recrutement et le suivi/rétention des PVVIH dans le système de santé. Ces nouvelles stratégies peuvent être la mise en œuvre effective de la délégation des tâches, la décentralisation en milieu communautaire de la dispensation des ARV ; la forte implication à base communautaire des PVVIH pour la rétention sous traitement, un système de suivi assidu des patients mis sous ARV

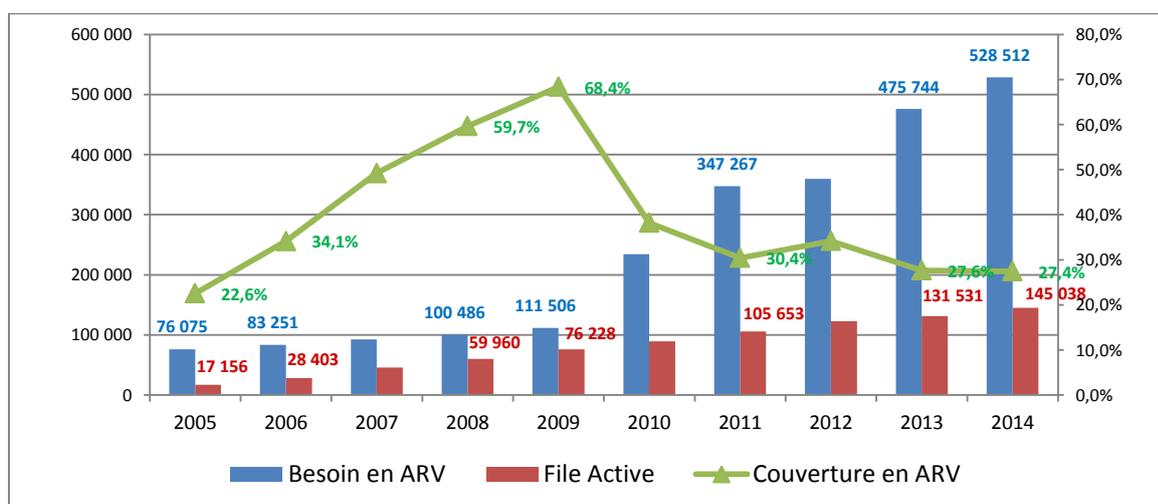


Figure 14: Evolution de la couverture en ARV de 2005 à 2014

La figure 12 montre par ailleurs que les besoins de couverture en ARV n'ont jamais été atteints depuis 2014. On note toutefois une progression du taux de couverture sur la période de 2005 à 2009 et une tendance à la baisse de 2009 à 2014. La baisse du taux de couverture observée à partir de 2010 peut s'expliquer d'une part par les ruptures de stocks en ARV observées jusqu'en 2012, et d'autre part l'adoption des taux de CD4 qui sont passés de 200 à 350. La baisse du taux de couverture observée

entre 2013 et 2014 est principalement due au passage du taux de CD4 de 350 à 500/mm³ pour affirmer l'éligibilité des patients au TARV.

- **Distribution du poids de la file active par Région**

La figure ci-dessous montre que les régions du Centre, du Littoral, du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et de l'Ouest concentrent à elles seules 81,2% de l'ensemble des patients sous traitement ARV au Cameroun. La proportion des patients sous traitement dans les 5 régions restantes varie de 3,2% dans le Sud à 4,6% dans l'Extrême-Nord.

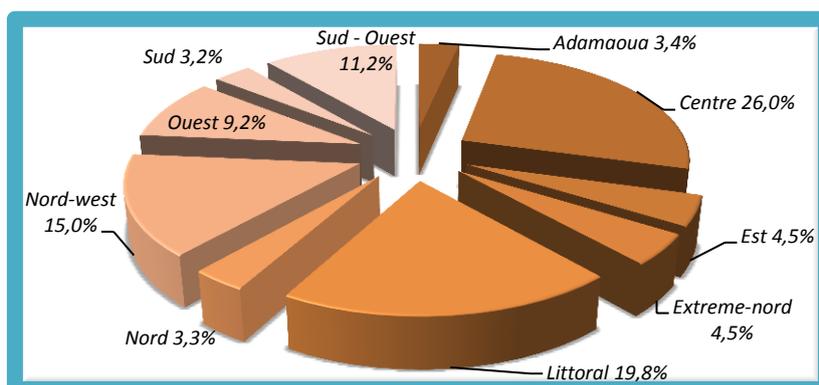


Figure 15: Distribution du poids de la file active par région

L'analyse de cette figure 13 ci-dessus suggère que les interventions efficaces menées dans ces régions pourront produire de grands impacts sur l'épidémie du VIH au Cameroun.

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

Le tableau ci-dessous montre qu'à l'échelle nationale, les femmes demeurent prépondérantes parmi les personnes sous traitement. En 2014, 7 personnes sur 10 sous traitement ARV sont des femmes. Les enfants par contre comme les années précédentes représentent moins de 5% de la file active.

Tableau 16. Répartition de la file active par sexe et grand groupe d'âge par région en 2014

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

Le tableau ci-dessous montre en outre que la couverture des besoins en ARV aussi bien chez les adultes que chez les enfants demeurent très faibles.

Tableau 17. Couverture en ARV selon les grands groupes d'âge en 2014

	Enfants	Adultes	Enfants + Adultes
PVVIH	92 353	520 093	612 446
Besoins en ARV	58 736	495 998	528 512
File active	6 099	138 939	145 038
Taux de couverture des besoins	10,4%	28,0%	27,4%
Taux de couverture de la population	6,6%	26,7%	23,7%

▪ **Enrôlement des nouvelles PVVIH éligibles au traitement**

En 2014, 41 384 personnes ont initié le traitement antirétroviral dans les 10 régions, soit une moyenne mensuelle de 3 599 patients tous les mois. Ce niveau d'enrôlement global cache néanmoins un faible niveau d'enrôlement des enfants. Au total 1802 enfants ont été enrôlés en 2014 soit une moyenne mensuelle de 15 enfants enrôlés par région et par mois. Ceci témoigne que toutes les opportunités pour enrôler les enfants ne sont pas utilisées.

Tableau 18. Répartition des nouveaux PVVIH éligibles enrôlés au traitement ARV par grands groupes d'âge et par région en 2014

	Adultes	Enfants	Total des personnes enrôlées	Moyenne mensuelle
Adamaoua	3 703	142	3 845	320
Centre	10 473	251	10 724	894
Est	2 265	102	2 367	197
Extrême-nord	2 645	138	2 783	232
Littoral	6 571	297	6 868	572
Nord	2 059	54	2 113	176
Nord-Ouest	5 405	460	5 865	489
Ouest	2 994	143	3 137	261
Sud	1 546	52	1 598	133
Sud-Ouest	3 723	163	3 886	324
Total	41 384	1 802	43 186	3 599

▪ **Suivi biologique des PVVIH**

Le suivi médical des PVVIH sous traitement s'est nettement amélioré en 2014 par rapport à 2013. En effet, les bilans de suivi biologique et d'orientation a pratiquement doublé entre 2014 et 2015 tel qu'illustre le graphique ci-dessous. Le projet CHAMP a permis spécifiquement à **477** PVVIH de bénéficier des bilans répartis comme suit: **160 MSM, 145 TS, 172 APV.**

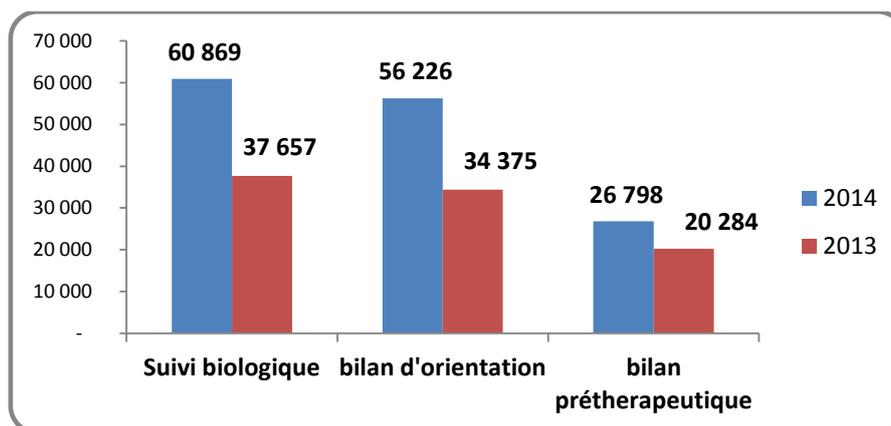


Figure 16: Offre des bilans aux PVIH en 2014 et 2015

▪ Prise en charge psychosociale et communautaire des PVIH

Les stratégies préconisées par le PSN 2014-2017 pour la réduction du taux des perdus de vue tout au long de la chaîne de suivi et de PEGC des PVIH sont :

- le renforcement du lien entre les FOSA et les communautés dans la PEC globale des PVIH ; la création d'un cadre de concertation avec les prestataires de thérapies alternatives (tradipraticiens, naturopathes, etc.) pour une meilleure PEC des PVIH ;
- le renforcement des capacités des OBC à la PEC communautaire du VIH ;
- la mise en place d'un environnement de travail favorable à l'utilisation des services de PEC par les travailleurs PVIH.

En 2014, le suivi des PVIH dans les CTA/UPEC par les Agents Relais Communautaires (ARC) a été effectif, notamment dans le cadre du R10 du Fonds Mondial mis en œuvre par Care-Cameroun. Leurs activités de routine s'articulent autour du soutien psychosocial (communication interpersonnelle, causeries éducatives IEC, éducation thérapeutique ETP...) et les Visites à Domicile (VAD).

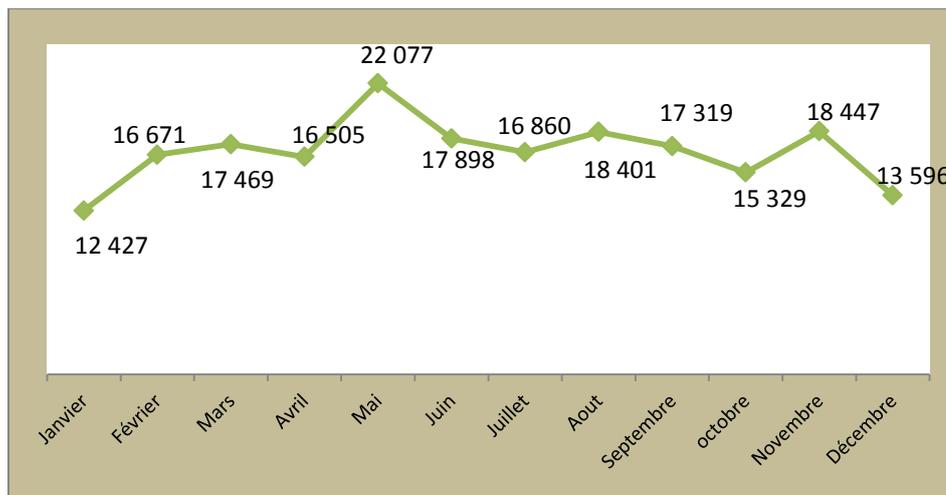
Dans le cadre de ce projet Care a tout d'abord procédé au renforcement des capacités de **198 ARC** repartis comme suit (CE 121 ARC, OU 40 ARC, NO 17 ARC, AD 20 ARC) **dans 66 CTA/UPEC** (CE 37, OU 12, NO 09 et AD 08). Ce même financement a permis à 455 ARC de poursuivre leurs activités dans les CTA et UPEC et d'obtenir les résultats ci-dessous :

- 8 412 séances d'IEC organisées avec 151 055 personnes touchées
- 5 147 séances d'ETP organisées avec 75 894 personnes touchées
- 65 514 VAD effectués, 7299 PVIH retrouvées et 3 964 personnes référées et reçues dans les CTA/UPEC

Grâce au financement « Solidarité SIDA » et en partenariat avec le Centre Hospitalier et Universitaire du Yaoundé (CHUY), l'AFASO a mis en œuvre des activités de recherche des perdus de vue. Celles-ci

ont permis d'identifier 49 perdus de vue sur les 88 identifiés et de les réintégrer dans le circuit de la PEC.

Malgré les efforts continus du Programme pour le suivi des personnes sous traitement, le problème d'observance au traitement continue de se poser avec acuité comme le montre le graphique ci-dessous. Tout au long de l'année, une moyenne de 16 917 personnes ne sont pas venues chercher le traitement par mois. Le suivi de cohortes ou les études opérationnelles telle que l'évaluation des IAP devraient permettre de comprendre les raisons de cette défaillance et proposer des stratégies à mettre en œuvre pour améliorer la survie et la rétention des patients sous ARV.



▪ PEC nutritionnelle des PVVIH

La prise en charge nutritionnelle des PVVIH est intégrée dans le package de services offert dans les CTA et UPEC. L'activité phare menée dans ce cadre est l'éducation nutritionnelle au cours des séances d'éducation thérapeutique. Néanmoins, le PSN 2014-2017 préconise en plus de l'éducation thérapeutique, le renforcement de la participation communautaire à la PEC nutritionnelle.

En 2014, le Programme Alimentaire Mondial a appuyé la prise en charge nutritionnelle des PVVIH à travers les activités ci-après :

- la production et la diffusion du guide de PEC nutritionnelle et alimentaire des PVVIH, 400 exemplaires produits et diffusés au niveau national ;
- l'acquisition des suppléments nutritionnels pour le traitement de la malnutrition aigüe chez les PVVIH sous TARV, 506 PVVIH malnutries dans les CTA de Bertoua et les UPEC de Batouri, de Garoua-Boulai et de Belabo de la Région de l'Est ;
- la contractualisation avec les structures communautaires pour l'éducation et le suivi des PVVIH sous TARV malnutries ;

- la signature d'un contrat avec l'Association d'Aide au Développement (ASAD) pour soutenir le gouvernement dans le suivi et l'évaluation de l'activité "Food By Prescription" (FbP) ;
- l'appui à l'élaboration, la production et diffusion des outils de formation et PEC Nutritionnelle pour la mise en œuvre des activités " Food by prescription" ;
- l'évaluation de la phase pilote du projet FbP a été réalisée pour capitaliser les enseignements tirés de la phase pilote et permettre la meilleure réplique de l'intervention.

II.4. Prise en charge des co-infectés VIH/TB et diagnostiqués sont pris en charge selon les directives nationales d'ici à 2017

Le Cameroun compte parmi les pays à forte prévalence de co-infection TB/VIH. Selon les estimations², le nombre de patients TB/VIH+ en 2014 serait de 16 057 [13 953 – 21312]. Selon l'OMS, 35 (27- 45) cas de décès pour 100 000 habitants sont attribuables à la co-infection TB/VIH (OMS Cameroon profil TB 2012).

a. La TB parmi les patients VIH

La recherche de la TB chez les PVVIH est un domaine d'intervention prioritaire du PSN Sida (2014-2017) dont l'objectif est de faire le diagnostic d'au moins 80% des patients co-infectés VIH/TB d'ici 2017. L'agent de santé doit rechercher les signes d'imprégnation de la tuberculose à chaque consultation d'une personne séropositive au VIH en particulier en cas de signe d'appel (fièvre, toux, amaigrissement, sueur nocturne) suivant l'algorithme du diagnostic TB. (Annexe 20). Cette recherche est peu documentée en routine. Aucune enquête n'a été effectuée dans ce domaine et il n'existe pas de données sur la prévalence et l'incidence de la TB parmi les patients infectés par le VIH dans le pays. Le traitement préventif à l'INH pour les PVVIH ne présentant pas de signes d'appel de TB a été mis en œuvre au cours des recherches opérationnelles. Les résultats des recherches ne sont pas concluants et la priorité est donnée à la mise sous ARV précoce comme mesure de prévention de la TB. (Plan stratégique national de lutte contre la TB 2015-2019).

Au cours de l'année 2014, on a recensé 57 682 PVVIH sous ARV chez qui la tuberculose a été recherchée et documentée.

b. Le VIH chez les patients tuberculeux

Dans les CDT, la sérologie VIH est systématiquement demandée chez les tuberculeux et plus de 86% d'entre eux sont testés. La séroprévalence était de 37% pour la TB toutes formes confondues en 2014

²CNLS ; Estimations et projections sur le vih et le sida au Cameroun Période : 2014-2020, CNLS ; Yaoundé, 2014

et de 32% pour les formes pulmonaires prouvées bactériologiquement. Elle est parfaitement stable au niveau national depuis 2010.

Il existe toutefois une grande variation de la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux d'une région à l'autre : de 18% dans l'Extrême-Nord à 60% dans le Nord-Ouest. Le nombre de cas de co-infection ne suit pas le poids du VIH dans certaines régions. Cette absence de corrélation traduit probablement une faible détection des cas de tuberculose chez les PVVIH et un faible dépistage du VIH chez les tuberculeux.

II.5. Prévention et prise en charge 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. Le nombre de PVVIH ayant reçu la prophylaxie au Cotrimoxazole a augmenté de 44,7% entre 2013 et 2014. Il est passé de 22 934 en 2013 à 33 192 en 2014. On a noté 1074 cas de toxoplasmose cérébrale, 256 cas de cryptococcose cérébrale et 3 521 cas de candidose oro-pharyngo-oesophagienne qui ont été traités gratuitement.

III. REDUCTION DE L'IMPACT DU VIH/SIDA SUR LES PERSONNES INFECTEES ET/OU AFFECTEES, LES POPULATIONS CLES ET AUTOCHTONES

Selon les estimations et projections VIH, le Cameroun comptait en 2014 1 526 841 orphelins parmi lesquels 510 954, soit 33,5% infectés ou affectés par le VIH/Sida. Les activités de soutien aux OEV se sont poursuivies en 2014 dans le cadre de la lutte contre le VIH. Ainsi, 20 380 OEV ont bénéficié d'au moins un soutien (sanitaire, scolaire, nutritionnel, psychosocial, protection juridique) en 2014 contre 19 583 en 2013, soit une hausse de 4%. Cette augmentation cache cependant une faible couverture des besoins (moins de 5%).

Réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH/Sida, ainsi qu'à l'orientation sexuelle

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

La CAMNAFAW a également organisé deux ateliers de sensibilisation et de plaidoyer auprès des membres de l'ICN et leaders communautaires sur l'intégration SSR-VIH, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PPERs.

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

IV. AMELIORATION DE L'UTILISATION DES DONNEES PROGRAMMATIQUES ET DE RECHERCHE

IV.1. Amélioration de la surveillance épidémiologique, comportementale et des résistances

L'année 2014 a vu la mise en place d'une application web interconnecté, District Health Information Software (DHIS) pour la saisie, la compilation et la production des données programmatiques du secteur santé en matière de lutte contre le VIH. L'application est dans sa phase pilote au niveau des régions. Son extension au niveau des District de Santé est planifiée pour l'année 2015. Ce dispositif permettra un rendu en temps réel des résultats du Programme.

Une autre application, OSP SIDA a été déployée au niveau des régions pour assurer le suivi des intrants VIH. Cet outil favorisera une meilleure gestion des stocks au niveau régional.

Malgré les efforts des partenaires pour la mise à disposition de tels outils, l'achat du matériel et la formation des principaux utilisateurs, l'une des plus grandes difficultés réside dans le remplissage de la plate forme de ces applications.

IV.2. Renforcement de la supervision et du contrôle de la qualité des données

Plusieurs supervisions portant sur la qualité des données ont été menées au courant de l'année 2014, par l'ensemble des acteurs de la lutte. Les missions de supervision et de contrôle de la qualité des données ont été régulièrement menées par le niveau régional en direction des formations sanitaires. Le niveau central a également effectué des descentes au niveau des régions afin d'apprécier et de corriger les pratiques liées à la collecte des données.

Les activités de vérification et de validation des données, ainsi que des supervisions ont été menées par CHP dans 24 formations sanitaires à forte fréquentation des villes de Douala, Edéa et Nkongsamba.

IV.3. Amélioration du stockage et de l'accès aux données/documents

Le Comité National de Lutte contre le Sida, ainsi que certaines OSC et partenaires au développement partagent régulièrement les avancées enregistrées en matière de lutte contre le VIH sur leur site internet. Le CNLS à travers son site www.cnls.cm a mis en ligne ses rapports d'activités et plusieurs autres documents et publications réalisés dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida.

IV.4. Promotion de la recherche dans le domaine du VIH

Au cours de l'année 2014, le CNLS, avec l'appui financier de CDC et USAID à travers les fonds PEPFAR et l'appui technique de l'Ambassade de France, a publié le rapport de l'audit de la file active des patients VIH mis sous traitement. Cette étude a dénombré 122 638 patients sous TARV en 2013 au Cameroun. Il est ressorti que les protocoles des enfants représentaient 2,2% et les traitements de première ligne constituaient 96,3% de la file active de décembre 2013.

Le rapport final de l'étude « HIV Prevention for Populations at Risk in Cameroon » a également été publiée en 2014. Il s'agit d'une étude comportementale qui a été réalisée chez les HSH et les TS. Cette étude a en outre permis de réaliser une estimation de la taille de ces populations. Le nombre de TS a donc été estimé à 38582 et les MSM à 28598 dans les villes de plus de 50 000 habitants.

Un plan de recherche en vue d'améliorer la connaissance sur les TS, MSM et camionneurs a été validé, des protocoles de recherche ont été élaborés la mise en œuvre étant prévue pour l'année 2015.

Avec le soutien financier de l'ONUSIDA, le CNLS a réalisé en 2014, l'étude sur l'Estimation des Ressources et les Dépenses liées au Sida (REDES) pour le compte de l'exercice 2013. Il est ressorti que les fonds alloués à la lutte contre le VIH ont connu une hausse de 32% entre 2011 et 2013, passant de 23 985 606 917 en 2011 à 25 420 437 252 en 2012, puis à 31 670 143 289 FCFA en 2013. La part des fonds publics dans cette enveloppe est passée de 19,1% en 2011 à 30,9% en 2012. Malgré les efforts des pouvoirs publics, la lutte contre le VIH demeure fortement tributaire des financements extérieurs. Plus de la moitié des fonds dépensés (69,3%) sont de source internationale, 23,5% proviennent des recettes du gouvernement et 7,2% sont des fonds privés. Les fonds internationaux étaient en majorité constitués des contributions bilatérales (53,4%). Les dépenses effectuées en faveur des HSH représentent 28,4% des fonds investis dans des interventions en faveur des MARPS.

V. AMELIORATION DES MECANISMES NATIONAUX DE COORDINATION ET DE GESTION

V.1. Appropriation de la lutte contre le VIH par les acteurs du secteur public

L'appropriation de la lutte par les acteurs est le gage de la pérennité de toutes les actions engagées.

Les principaux acteurs sont :

- les PVVIH
- les communautés
- les organisations religieuses
- les leaders d'opinion
- les médias
- les ONG/OBC
- les organismes bi et multilatéraux

Les partenaires bi et multilatéraux sont d'avantage des organismes d'appui techniques et financiers pour les acteurs clés opérationnels.

i) Acteurs du secteur public

▪ MINAS

A l'occasion de la 128^{ème} Fête Internationale du Travail, le Ministère des Affaires sociales a organisé une campagne de sensibilisation et de dépistage volontaire et gratuit du VIH. 760 préservatifs féminins ont été distribués gratuitement aux travailleurs du MINAS et 96 personnels des services centraux du MINAS et ceux des services extérieurs basés dans le Département du Mfoundi ont été dépistés. Les résultats n'ont relevé aucune personne séropositive.

▪ MINEDUB

Au cours de l'année 2014, le Ministère de l'Education de Base a poursuivi ses activités de sensibilisation en direction des élèves et du corps enseignant. C'est ainsi que dans l'ensemble des 10 régions que compte le pays:

- 2000 enseignants ont été sensibilisés lors des causeries éducatives ;
- 300 enseignants ont bénéficié d'un renforcement de leur capacité en matière d'encadrement pédagogique de proximité à l'opérationnalisation et au suivi de l'autoformation des enseignants.

▪ MINESUP

L'action du Ministère de l'Enseignement Supérieur en matière de lutte contre le VIH au cours de l'année 2014 se résume par la mise en œuvre de 03 principales activités:

- la sensibilisation du personnel du MINESUP sur la prévention du VIH/SIDA à travers la distribution gratuite de 500 préservatifs masculins et féminins, 500 tee-shirt et 500 pins, ainsi que la distribution de 500 dépliants sur le VIH.
- le dépistage gratuit du VIH qui a permis de tester 356 personnes dont 115 personnels du MINESUP ;
- la marche de soutien aux PVVIH à laquelle a pris part 100 personnels du MINESUP.

Il convient de signaler que le MINESUP a débuté au mois de novembre 2014, le processus d'élaboration de son plan sectoriel. Le document préliminaire a été validé au mois de décembre 2014.

V.1.1.1. MINEPIA

Dans le cadre des activités de lutte contre le VIH/Sida, le MINEPIA a réalisé 02 campagnes de sensibilisation et de dépistage du VIH dans 02 délégations régionales. Au total, 79 personnes ont été testées au VIH et 03 ont été déclarées séropositives.

Le MINEPIA a également élaboré le plan sectoriel de lutte contre le VIH/Sida du secteur Elevage, Pêche et Industries Animales. Le premier draft de ce document est disponible. Un atelier de validation de ce document est en cours de préparation.

- **MINTOUL**

Dans ses activités de lutte contre le VIH/Sida, le MINTOUL a procédé essentiellement à l'organisation d'une campagne de dépistage volontaire et gratuit du VIH couplé au dépistage des hépatites et du contrôle de la tension artérielle. Au cours de cette campagne, 150 personnes ont été testées.

- **MINEFOP**

La commission ministérielle en charge de la lutte contre le VIH du MINEFOP a planifié au cours des sessions de travail qu'elle a tenu plusieurs activités. Ainsi, le MINEFOP a pu effectuer des descentes sur le terrain dans les régions de l'Est, du Nord et de l'Extrême-Nord et a également pris part à la célébration de la Journée Mondiale contre le Sida.

- **MINFOPRA**

La 128^{ème} Fête Internationale du Travail à travers le VCT@WORK a servi de cadre au MINFOPRA à la tenue des sessions de sensibilisation du personnel sur l'infection à VIH. VCT@WORK est une initiative organisée conjointement par l'Organisation Internationale du Travail, l'ONUSIDA, les Comités Nationaux de Lutte contre le Sida et l'ensemble des 185 pays membres de l'ONU. Le but de cette initiative est de faire dépister 5 millions de travailleurs des secteurs public et privé de ces 185 pays d'ici à la fin de décembre 2015.

Par ailleurs, au cours de la Semaine Camerounaise de lutte contre le VIH/Sida, les sessions de causeries éducatives ont débouchées sur le dépistage et la distribution gratuite des préservatifs au personnel.

ii) Les organisations de la société civile (ONG, OBC, Associations)

- **CEAM (Cercle d'Entraide et d'Assistance des Mères)**

En 2014, à l'occasion de son dixième anniversaire, le CEAM a organisé pendant 03 jours à l'esplanade de la Fondation Chantal BIYA, une activité de santé communautaire qui a permis de consulter 562 personnes et de dépister 300 d'entre elles au VIH. 40 personnes dépistées ont été déclarées séropositives, soit un taux de séropositivité de 13,3%.

Au regard du besoin grandissant d'avoir un partenaire chez les PVVIH et la nécessité de donner à ce groupe plus d'espoir dans la vie, le CEAM a également facilité une rencontre entre les PVVIH afin

d'apporter une réponse à cette préoccupation. Au cours de cette rencontre, 50 couples séropositifs et 25 couples discordants ont été formés ou régularisés.

En termes de soutien aux OEV, 10 enfants ont bénéficié d'un appui scolaire et plusieurs autres ont reçu un appui nutritionnel et des cadeaux de fin d'année. En outre, 96 personnes ont été sensibilisées sur la mutilation sexuelle.

- **REACH OUT CAMEROON (REO)**

Le REO est une OSC qui intervient précisément dans la région du Sud-Ouest du Cameroun. En 2014, 03 campagnes de sensibilisation sur le VIH/Sida et le planning familial ont été organisées à l'occasion de la course du Mont Cameroun (une course internationale annuelle), de la journée internationale de la jeunesse et de la journée internationale de femme. Au cours de ces campagnes, 3000 Flyers, 13 692 condoms masculins et 1120 condoms féminins ont été distribués. En outre, 13800 personnes ont participé à des causeries éducatives.

- **For Impact In Social Health (FIS)**

En 2014, les activités menées par FIS étaient orientées vers la région de l'Est, dans le DS de Lolodorf, les villes de Yaoundé et de Douala. A travers, l'organisation de 30 conventions communautaires sur les barrières à la PTME, l'OSC FIS a produit un rapport sur les barrières à la PTME dans le DS de Lolodorf. Un comité local de veille de la PTME a été mis en place dans le même DS qui a tenu deux réunions. Par ailleurs, la mise à contribution de 20 « mamans lumières » identifiées, a permis de sensibiliser 200 couples et 500 familles. Les « mamans lumières » sont des femmes VIH+ qui aident à la sensibilisation des couples, des familles et de la communauté. Le FIS a également procédé à l'identification de 1000 pygmées faisant partie des groupes marginalisés qui sont en dehors du circuit de la PTME.

- **Affirmative Action**

L'association affirmative action mène des actions dans le cadre de la lutte contre le VIH en faveur des populations clés. Celles menées en 2014 ont essentiellement porté sur :

- l'organisation des groupes d'échanges et de paroles avec des HSH séropositifs
- l'organisation des campagnes de sensibilisation et de dépistage dans les coins show où se rencontrent les HSH (dépistage, distribution des préservatifs, sensibilisation)

- le diagnostic et la PEC des IST chez les HSH

En matière de l'amélioration de l'environnement, de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées à l'orientation sexuelle et l'identité de genre, les activités réalisées sont :

- l'ouverture d'une chambre de refuge pour les LGBT rejetés par leur famille à cause de leur orientation sexuelle ou leur statut sérologique.
- l'organisation des causeries éducatives sur les droits humains animées par un juriste.

- **Cameroon National Association for Family Welfare (CAMNAFAW)**

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

- la distribution des préservatifs
- l'organisation des causeries éducatives en faveur des MARPS
- le dépistage volontaire des MARPS
- le diagnostic et le traitement des IST chez les PPERs
- la formation/ recyclage des prestataires des services de santé au diagnostic et à la prise en charge syndromique des IST.

La mise en œuvre de ces interventions s'est appuyée sur :

- l'encadrement et la supervision des pairs éducateurs et médiateurs de santé;
- l'intensification de la mobilisation communautaire ;
- l'implémentation de l'offre de services en stratégie avancée dans la nuit (pour TS et MSM) au sein des communautés des PPER. ;
- l'offre de services de prise en charge syndromique des IST et de CDV de manière intégrée lors des activités de mobilisation communautaire.
- l'amélioration de l'environnement de mise en œuvre du projet à travers les interventions des conseillers juridiques ;
- la coordination harmonieuse de tous les acteurs de la mise en œuvre du projet ;
- l'appropriation des stratégies du projet par les acteurs de mise en œuvre ;
- l'implication des populations clés dans la mise en œuvre du projet.

- **Association des Femmes Actives et Solidaires (AFASO)**

Grâce au financement « Solidarité SIDA » et en partenariat avec le Centre Hospitalier et Universitaire du Yaoundé (CHUY), l'AFASO a organisé au courant de l'année 2014 des sessions de CDV dans les hôpitaux. Au total, sur les 940 personnes conseillées, 751 ont bénéficié du dépistage au VIH. 109 personnes dont 70 femmes et 36 hommes ont été déclarées séropositives, soit un taux de prévalence de 14,5%. Un volet sur la recherche des perdus de vue couplé aux activités de CDV a permis d'identifier 49 perdus de vue sur les 88 identifiés et de réintégrer le circuit de la PEC de vue.

Les autres résultats obtenus sont les suivants :

- 330 Visites A Domicile (VAD) effectuées dans le cadre des visites à domiciles et à l'hôpital ;
- 79 OEV soutenus dans le cadre des appuis à la scolarité des OEV, 22 actes de naissance obtenus et 838 carnets médicaux distribués attestant de l'appui juridique et sanitaire apporté aux OEV de l'arrondissement de Yaoundé IV ;
- environ 300 personnes touchées au cours de 05 séances de sensibilisation organisées et 579 autres suite à 32 causeries éducatives effectuées ;
- production de 05 scénarios sur les connaissances générales sur le VIH et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination au cours d'un tournage qui a mobilisé 16 acteurs ;
- appui médical à 145 PPVIH ;
- distribution de 1500 préservatifs masculins et 1000 préservatifs féminins dans les villes de Yaoundé et Okola dans la région du Centre.

■ ASCOVIME

Au cours de l'année 2014, l'association ASCOVIME a organisé une campagne de dépistage organisée dans la localité de Nyambaka, région de l'Adamaoua au cours de laquelle sur les 75 personnes qui ont été conseillées, seules 54 ont été testées. Les résultats des tests ont révélé 02 personnes séropositives, soit un taux de prévalence de 3,7%. Ces cas de personnes VIH séropositives ont été référées vers une structure de prise en charge.

■ CHIMISSIONS

Les activités menées par CHIMISSIONS en 2014 ont essentiellement concerné sur la sensibilisation sur le VIH dans 15 églises, la sensibilisation sur la PTME dans 04 cantons de l'arrondissement de BOKITO et dans la ville de Yaoundé. Ces campagnes ont permis de toucher 2000 personnes. Les personnes conseillées étaient référées dans la formation sanitaire la plus proche pour le dépistage.

■ Autres ONG/Associations

Le tableau ci-dessous résume les domaines d'intervention des autres acteurs clés, le détail de leurs activités respectives ayant été rapporté dans les précédents chapitres

Organisation	Domaines d'interventions	Partenaires
Care and Health Program (CHP)	Prévention chez les populations clés (CCC, dépistage, diagnostic et traitement des IST)	CAMNAFAW Fonds mondial
	Prévention de la transmission Mère-Enfant dans la région du Littoral (formation des prestataires, fournitures des équipements de laboratoire, mobilisation communautaire, transport des DBS, supervision, suivi et évaluation) prise en charge pédiatrique	CNLS CDC-PEPFAR
ACMS	Renforcement des capacités des pairs éducateurs pour les activités de CCC dans la population générale et dans les populations clés, Acquisition et stockage des préservatifs CDV dans les populations clés (MSM, TS, jeunes, camionneurs, hommes en tenue) Recherche, communication mass média et communication interpersonnelle Lutte contre la stigmatisation et la discrimination Plaidoyer et partenariat	PPSAC OBC CNLS MINDEF UNFPA
Care	Mobilisation communautaires pour la PTME du VIH (contractualisation des agents communautaires, contractualisation des radios communautaires pour émissions et diffusion des spots, sensibilisation par les communications interpersonnelles, plaidoyer communautaire et orientation/références des femmes enceintes et leurs partenaires masculins Suivi des PVVIH dans les CTA/UPEC par les Agents Relais communautaires (ARC) à travers le soutien psychosociale (communication interpersonnelle, causeries éducatives IEC, éducation thérapeutique ETP..) et Visite à Domicile (VAD) pour recherche des patients sur ARV perdus de vue et autres soutiens Formation des ARC Soutien nutritionnel à personnes vulnérables et indigentes (adultes et enfants) Distribution de matériel de prévention aux MARPs et autres populations vulnérables	CNLS Fonds mondial

lors des activités

iii) Les partenaires bi et multilatéraux

Organisation	Domaines d'interventions	Partenaires
Ambassade de France	<p>22 OSC pré-identifiés et évalués</p> <p>Présentation du projet aux partenaires stratégiques ICN/MSP/CNLS</p> <p>Diagnostic organisationnel de 17 OBC faitières en cours</p> <p>Préparation de la mise en œuvre du processus COPE en cours</p> <p>Préparation de la première phase de la formation des leaders associatifs sur la gouvernance et le leadership et le plaidoyer en cours</p>	
OMS	<p>Soutien à l'utilisation stratégique des antirétroviraux (ARV).</p> <p>Appui à l'élargissement et l'optimisation de l'accès au traitement et soins du VIH/Sida pour les personnes infectées et les enfants (Un «guide national consolidé» et un « guide de poche »)</p> <p>Plaidoyer pour institutionnalisation de la mise en œuvre de l'Option B+ et la délégation des tâches</p> <p>Appui aux interventions visant l'élimination de la transmission mère –enfant du VIH (e-TME)</p> <p>Soutien à la production et utilisation de l'information stratégique</p>	<p>(CDC/PEPFAR, ESTHER, Unicef, ICAP, etc.)</p>
PAM	<p>Soutenir la production et la diffusion du guide de PEC nutritionnelle et alimentaire des PVVIH</p> <p>Acquérir les suppléments nutritionnels pour le traitement de la malnutrition aigue chez les PVVIH sous TARV</p> <p>Contractualiser avec les structures communautaires pour l'éducation et le suivi des PVVIH sous TARV malnutries</p>	

	Appuyer l'élaboration, la production et la diffusion des outils de formation et PEC Nutritionnelle pour la mise en œuvre des activités Food by prescription	
UNICEF	Appui à la mise en place des plans d'action dans les DS prioritaires Renforcement des capacités des prestataires en PTME/PECP Mobilisation en faveur de la PTME (mass média, mobilisation communautaire) Supervision PEC nutritionnelle Recherche des perdus de vue	
USG/PEPFAR	Renforcement de la PTME/PECP Prévention du VIH chez les MARPS Suivi et Evaluation Laboratoire Renforcement du système de santé Transfusion sanguine Renforcement du système d'approvisionnement en intrants	CNLS, ICAP, CHAI CHP, PNTS, DPML, DLMEP, MSH
ONUSIDA	Planification coordination Suivi et évaluation Lutte contre la discrimination et la stigmatisation Prévention de la transmission mère enfant	
BIT	Lutte contre le VIH sur le Lieu du travail (VCT@work), 47 926 travailleurs touchés (sensibilisation, CDV) et 3,49% séropositifs	

V.2. Mobilisation des ressources

En matière de recherche des financements, le pays a élaboré tout au long de l'année 2014 un projet de financement à soumettre au FM dans le cadre de son nouveau cycle de financement. C'est ainsi que la Note Conceptuelle conjointe TB-VIH du Cameroun a été soumise le 15 octobre 2014.

Cette étape du processus a été précédée par l'élaboration et l'adoption du Plan Stratégique National (PSN) révisé 2014 -2017 de lutte contre le VIH-Sida, l'élaboration d'un plan opérationnel de ce nouveau PSN, l'élaboration et la validation du cadre d'investissement, de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse à l'infection à VIH au Cameroun, ainsi que la rédaction de la Note conceptuelle à travers de multiples cadres de concertation dans le cadre du dialogue pays. Au terme de l'examen de la copie du Cameroun, le Fonds Mondial à travers le Comité d'examen des propositions n'a pas validé la proposition. Une Note Conceptuelle révisée est en cours de préparation et sera soumise au plus tard en mai 2015. C'est alors que commencera la mise en œuvre de la subvention dont la durée ne sera plus que de deux ans au lieu de trois ans.

V.3. Renforcement des mécanismes de gestion

Au cours de l'année 2014, le personnel du programme a bénéficié de plusieurs formations tant au niveau national qu'au niveau international dans différents domaines de lutte contre le VIH/Sida. Par ailleurs, le fait marquant en matière de gestion des approvisionnements en intrant VIH a été la mise en place d'une application de gestion des stocks au niveau régional. Cette application va permettre un meilleur suivi des stocks disponibles dans les CAPR.

CONCLUSION

L'un des objectifs majeurs du Cameroun en 2014 était de réduire, autant que faire se peut, la propagation du VIH. Il ressort des rapports des différents acteurs de mise en œuvre que le pays est en passe d'inverser la tendance de cette épidémie. En effet, les nouvelles infections ont connu une diminution de l'ordre de 13% par rapport à l'année 2013. La prévalence est en voie de régression, soit à 4,0% d'ici à 2015. L'amélioration de la thérapie antirétrovirale pourrait contribuer à réduire de 35% le nombre de décès liés au VIH d'ici à 2015.

Au rang des perspectives du programme se trouve l'approbation de la Note Conceptuelle révisée pour le nouveau modèle de financement du Fonds Mondial. De cette approbation dépendra le paysage de financement de la lutte contre cette pandémie au Cameroun.

2015 étant l'année bilan des OMD, les actions du programme devront continuer d'être guidées par la recherche de:

- la baisse de la propagation du VIH et de la survie sur une plus longue période d'un nombre toujours plus important d'individus ;
- l'amélioration de la couverture des sites PTME avec l'option B+ pour tendre d'avantage vers l'objectif de l'élimination de la TME du VIH
- l'accroissement du nombre de jeunes ayant les connaissances nécessaires pour se protéger du VIH ;
- l'autonomisation des femmes par le biais de l'éducation au VIH/Sida ;
- l'accroissement du nombre d'individus ayant des connaissances sur le VIH en fonction du niveau de richesse, ainsi que parmi ceux vivant dans les zones urbaines ;
- la réduction des disparités entre hommes et femmes et entre les ménages les plus riches et les plus pauvres en ce qui concerne l'utilisation de préservatifs ;
- l'augmentation du taux d'utilisation du préservatif pendant les rapports sexuels à haut risque qui reste l'une des facettes d'une prévention efficace du VIH.

ANNEXES

PLAN D'action 2015

PLAN D'ACTION 2015 CNLS												
	Domaine	Activités	Source de financement	Responsible for Implementation	Expected Results	Timing				Budget	Financement disponible	Financement à rechercher
						Q1	Q2	Q3	Q4			
										24 306 519 492	23 146 783 598	1 159 735 895
1	RSC: Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Diffusion des émissions radio et télé pour la prévention de l'infection à VIH	Budget MINSANTE	GTC/CNLS						8 000 000	8 000 000	0
2	Prevention	Distribution des preservatifs et autres matériels de sensibilisation dans les 10 régions	Budget MINSANTE	GTC/CNLS						8 000 000	8 000 000	0
3	PTME	Contractualisation avec une agence pour le transport des échantillons vers le laboratoire pour le diagnostic précoce	Budget MINSANTE	GTC/CNLS						6 400 000	6 400 000	0
4	RSC: Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Organisation de la campagne de sensibilisation de masse(Vacances sans Sida)	Budget MINSANTE	GTC/CNLS						56 000 000	56 000 000	0

5	Test et conseil	Fonctionnement des équipes mobiles de dépistage du VIH	Budget MINSANTE	GTC/CNLS					7 200 000	7 200 000	0
6	ARV	Acquisition des ARV 1ère ligne 2ème ligne et réactifs	Budget MINSANTE	GTC/CNLS					5 186 000 000	5 186 000 000	0
7	Coordination et gestion administrative du Programme	Coordination des activités de lutte contre le Sida	Budget MINSANTE	GTC/CNLS					8 800 000	8 800 000	0
8	Coordination et gestion administrative du Programme	Organisation des réunions du Comité National de Lutte contre le Sida	Budget MINSANTE	GTC/CNLS					4 000 000	4 000 000	0
9	Coordination et gestion administrative du Programme	Organisation des réunions trimestrielles des CRLS	Budget MINSANTE	GTC/CNLS					5 000 000	5 000 000	0
10	M&E	Supervision des activités de PEC DES PVVIH	Budget MINSANTE	GTC/CNLS					4 800 000	4 800 000	0
11	Prise en charge des PVVIH	Production des documents normatifs de PEC du VIH	Budget MINSANTE	GTC/CNLS					3 200 000	3 200 000	0
12	M&E	Organisation des réunions semestrielle de validation des données avec le niveau central	Budget MINSANTE	GTC/CNLS					3 200 000	3 200 000	0
13	Soins et traitement	Appui au Programme National de lutte contre le Sida (cofinancement)	Budget MINSANTE	GTC/CNLS					5 284 000 000	5 284 000 000	0
14		Programme Germano camerounais de santé-SIDA (FCP)	Budget MINSANTE	GTC/CNLS					60 000 000	60 000 000	0

15	RSC: Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Assurer la prestation de 280 Chefs des Aires de Santé pour les descentes bimensuelles de dialogue communautaire (Communication inter personnelle, causeries) par les volontaires communautaires pour la mobilisation des femmes enceintes et leurs conjoints	Fonds Mondial	CARE					21 421 680	21 421 680	0
16	RSC: Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Assurer la prestation de 1000 VC pour les descentes bimensuelles de dialogue communautaire (Communication inter personnelle, causeries) par les volontaires communautaires pour la mobilisation des femmes enceintes et leur conjoint	Fonds Mondial	CARE					126 008 416	126 008 416	0
17	RSC: Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Assurer le paiement des prestations de 13 Référents régionaux et de 4 Data collectors	Fonds Mondial	CARE					38 432 416	38 432 416	0
18	RSC: Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Contractualiser avec 25 radios communautaires pour la diffusion des messages de communication adaptés au contexte local pour la mobilisation des femmes et leurs partenaires sur la PTME	Fonds Mondial	CARE					25 001 472	25 001 472	0
19	RSC: Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Doter le SR en consommables bureautiques et informatiques pour le suivi et le reporting des activités de PTME et PEC communautaire et prévention en direction des groupes à risque	Fonds Mondial	CARE					19 170 944	19 170 944	0

20	RSC: Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	Mission de supervision trimestrielle du DS (Chef de bureau santé du) District de santé	Fonds Mondial	MOH						60 754 128	60 754 128	0
21	Test et conseil	Acquérir pour une dotation nationale les réactifs et consommables pour le dépistage conseil , y compris les frais de distribution.	Fonds Mondial	MOH						368 662 816	368 662 816	0
22	PTME	Acquérir la prophylaxie ARV pour la femme enceinte séropositive	Fonds Mondial	MOH						0	0	0
23	PTME	Acquérir la prophylaxie ARV pour les nouveau-nés de mères séropositives	Fonds Mondial	MOH						0	0	0
24	PTME	Frais de distribution par la CENAME (1.2.1.1 et 1.2.1.2) (10%)	Fonds Mondial	MOH						0	0	0
25	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Prestation de services	Contractualiser avec des Agences pour acheminer les prélèvements entre les centres collecteurs et les laboratoires de référence pour le rendu en temps réel des résultats du diagnostic précoce	Fonds Mondial	MOH						39 112 688	39 112 688	0
26	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Prestation de services	Approvisionner les laboratoires en intrants pour le diagnostic précoce	Fonds Mondial	MOH						333 964 352	333 964 352	0
27	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Prestation de services	Frais de distribution par la CENAME (10%)	Fonds Mondial	MOH						33 396 304	33 396 304	0
28	Traitement antirétroviral (ARV) et suivi	Acquérir les médicaments ARV de première ligne pour les adultes	Fonds Mondial	MOH						3 503 272 224	3 503 272 224	0

29	Traitement antirétroviral (ARV) et suivi	Acquérir les médicaments ARV de deuxième ligne pour les adultes	Fonds Mondial	MOH						347 792 832	347 792 832	0
30	Traitement antirétroviral (ARV) et suivi	Acquérir les médicaments ARV pédiatrique de première ligne	Fonds Mondial	MOH						164 504 464	164 504 464	0
31	Traitement antirétroviral (ARV) et suivi	Acquérir les médicaments ARV pédiatrique de deuxième ligne	Fonds Mondial	MOH						0	0	0
32	Traitement antirétroviral (ARV) et suivi	Acquérir les réactifs et consommables (CD4, examens hématologiques et biochimiques, charge virale)	Fonds Mondial	MOH						758 135 264	758 135 264	0
33	Traitement antirétroviral (ARV) et suivi	Frais de distribution par la CENAME (3.1.2.1 à 3.1.2.5) (10%)	Fonds Mondial	MOH						477 370 544	477 370 544	0
34	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Prestation de services	Assurer le paiement des primes des 10 points focaux régionaux pour la mise en œuvre et le suivi de la mise en œuvre des activités de PTME et de prise en charge globale dans les 10 régions	Fonds Mondial	MOH						4 500 160	4 500 160	0
35	Prophylaxie et traitement pour les infections opportunistes	Acquérir le cotrimoxazole pour la prophylaxie des IO chez les adultes	Fonds Mondial	MOH						362 992 352	362 992 352	0
36	Prophylaxie et traitement pour les infections opportunistes	Acquérir le cotrimoxazole pour la prophylaxie des IO chez les enfants	Fonds Mondial	MOH						218 127 872	218 127 872	0

37	Prophylaxie et traitement pour les infections opportunistes	Acquérir les médicaments contre Cryptococcose cérébrale pour les adultes et les enfants	Fonds Mondial	MOH						0	0	0
38	Prophylaxie et traitement pour les infections opportunistes	Acquérir les médicaments contre la toxoplasmose pour les adultes et les enfants	Fonds Mondial	MOH						0	0	0
39	Prophylaxie et traitement pour les infections opportunistes	Acquérir les médicaments contre les infections fongiques pour les adultes et les enfants	Fonds Mondial	MOH						0	0	0
40	Prophylaxie et traitement pour les infections opportunistes	Distribuer les médicaments contre les Infections Opportunistes	Fonds Mondial	MOH						58 111 760	58 111 760	0
41	Tuberculose / VIH	Appuyer la tenue d'une réunion trimestrielle du Groupe de travail sur le VIH/TB	Fonds Mondial	MOH						712 416	712 416	0
42	Soins et appui pour les malades chroniques	Assurer le paiement des prestations de 808 agents de relais communautaires (ARC) (508 anciens et 300 nouveaux) intervenant au sein des associations, dans le cadre de la mobilisation pour la PTME, la prévention intégrée et le continuum de soins	Fonds Mondial	CARE						221 414 432	221 414 432	0
43	Soins et appui pour les malades chroniques	Former/recycler 808 ARC intervenant au sein des associations, dans le cadre de la mobilisation pour la PTME, la prévention intégrée, le continuum de soins et l'éducation	Fonds Mondial	MOH						0	0	0

44	Soins et appui pour les malades chroniques	Réviser et produire outils didactiques d'aide à l'observance au traitement ARV des PVVIH adultes et enfants (1000 boîtes à image et 10.000 dépliants)	Fonds Mondial	MOH					17 250 832	17 250 832	0
45	Soins et appui pour les malades chroniques	Acquérir des kits de visite de soins à domicile	Fonds Mondial	MOH					0	0	0
46	Soutien des orphelins et des enfants vulnérables	Prendre en charge 20 000 OEV par an (soutien nutritionnel, éducationnel, psychosocial, sanitaire et protection juridique)	Fonds Mondial	CRS					588 038 400	588 038 400	0
47	Soutien des orphelins et des enfants vulnérables	Assurer le paiement des prestations de 82 Travailleurs sociaux (01 Travailleur social par site d'intervention) pour l'encadrement des OEV	Fonds Mondial	CRS					44 282 624	44 282 624	0
48	Soutien des orphelins et des enfants vulnérables	Organiser la Supervision des ONG/Associations en charge des OEV par le SR gouvernemental	Fonds Mondial	CRS					3 375 120	3 375 120	0
49	Soutien des orphelins et des enfants vulnérables	Appuyer le fonctionnement de 82 Associations de soutien aux OEV	Fonds Mondial	CRS					147 009 600	147 009 600	0
50	Soutien des orphelins et des enfants vulnérables	Appuyer la production des rapports de 82 Associations de soutien aux OEV	Fonds Mondial	CRS					5 625 200	5 625 200	0
51	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Système d'information	Organiser des réunions de coordinations semestrielles de revues des données programmatiques et financières entre les GTR, SR et le GTC	Fonds Mondial	MOH					34 452 464	34 452 464	0

52	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Système d'information	Organiser des missions de supervision et de contrôle et de l'audit de qualité des données par le PR (semestrielle)	Fonds Mondial	MOH					20 351 088	20 351 088	0
53	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Système d'information	Organiser des missions de supervision et de contrôle des données par les 02 SR (trimestrielle) du Gouvernement	Fonds Mondial	CARE					31 861 920	31 861 920	0
54	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Système d'information	Organiser des missions de supervision et de contrôle des données par les 02 SR (trimestrielle) du Gouvernement	Fonds Mondial	CRS					31 861 920	31 861 920	0
55	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Système d'information	Organiser des missions de supervision trimestrielles du niveau régional vers le niveau district pour la supervision de la mise en œuvre des activités de PTME et prise en charge de PVVIH ainsi que la gestion des Intrants.	Fonds Mondial	MOH					97 326 784	97 326 784	0
56	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Système d'information	Organiser une mission trimestrielle de contrôle de qualité des données des SR par le PR.	Fonds Mondial	MOH					22 501 456	22 501 456	0
57	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Système d'information	Organiser une mission semestrielle d'audit interne des GTR et SR.	Fonds Mondial	MOH					8 300 368	8 300 368	0
58	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Système d'information	Assurer le paiement de la prestation des gestionnaires de données sur le suivi de la PEC des PVVIH dans les sites de PEC	Fonds Mondial	MOH					157 510 192	157 510 192	0
59	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Système d'information	Former/recycler 255 gestionnaires de données pour les structures de PEC (200 anciennes et 55 nouvelles) sur le suivi de la PEC des PVVIH	Fonds Mondial	MOH					34 410 480	34 410 480	0

60	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Système d'information	Réaliser une étude sur le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant	Fonds Mondial	MOH						47 560 000	47 560 000	0
61	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Système d'information	Organiser l'Audit organisationnel du programme	Fonds Mondial	MOH						15 000 752	15 000 752	0
62	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Système d'information	Organiser l'étude IBBS sur les travailleurs de sexe	Fonds Mondial	MOH						153 723 760	153 723 760	0
63	HSS (renforcement des systèmes de santé) : Système d'information	Organiser une réunion de coordination régionale trimestrielle de validation des données programmatiques PTME et PECG	Fonds Mondial	MOH						108 952 416	108 952 416	0
64	Coût de gestion et d'administration du programme	Appuyer le fonctionnement du PR Gouvernemental	Fonds Mondial	MOH						271 277 648	271 277 648	0
65	Coût de gestion et d'administration du programme	Appuyer le fonctionnement des 2 sous-bénéficiaires	Fonds Mondial	MOH						51 123 392	51 123 392	0
66	Coût de gestion et d'administration du programme	Assurer le paiement des primes et salaires des ressources humaines du PR Gouvernemental	Fonds Mondial	MOH						254 283 968	254 283 968	0
67	Coût de gestion et d'administration du programme	Assurer le paiement des salaires des ressources humaines des 2 SR	Fonds Mondial	CARE						56 158 848	56 158 848	0

68	Coût de gestion et d'administration du programme	Assurer le paiement des salaires des ressources humaines des 2 SR	Fonds Mondial	CRS					20 416 688	20 416 688	0
69	Coût de gestion et d'administration du programme	Former/ recycler 20 gestionnaires comptables à l'exploitation de la mise à jour du logiciel TOMPRO de gestion des projets	Fonds Mondial	MOH					6 720 720	6 720 720	0
70	Coût de gestion et d'administration du programme	Réaliser un audit externe annuel des PR et des SR	Fonds Mondial	MOH					20 001 440	20 001 440	0
71	Coût de gestion et d'administration du programme	Mise à jour des clés USB TOMPRO en version Tom2 Portail (pour la sortie informatisée du rapport de progrès et le paiement en ligne via la CAA)	Fonds Mondial	MOH					4 900 320	4 900 320	0
72	Coût de gestion et d'administration du programme	Cout de gestion SR / CARE	Fonds Mondial	CARE					27 586 768	27 586 768	0
73	Coût de gestion et d'administration du programme	Frais bancaires du PR.	Fonds Mondial	MOH					5 084 656	5 084 656	0
74	Coût de gestion et d'administration du programme	Cout de gestion SR / CRS	Fonds Mondial	CRS					31 951 792	31 951 792	0
75	Transfusion sanguine	Organize bi-annual supervisions of blood safety activities in the country	PEPFAR	NACC/DPML	2				6 200 000	6 200 000	0

76	Transfusion sanguine	Organize bi-annual coordination meetings with partners and stakeholders for blood transfusion	PEPFAR	DPML	2				6 990 000	6 990 000	0
77	Transfusion sanguine	Printing of standardised algorithms for HIV testing and other TTIs	PEPFAR	PNTS/NACC	100				200 000	200 000	0
78	Transfusion sanguine	Printing of sensitisation materials for blood safety and T-shirts	PEPFAR	PNTS/NACC	1				3 500 000	3 500 000	0
79	Transfusion sanguine	Production of T-shirts for sensitisation activities	PEPFAR	PNTS/NACC	1000				3 500 000	3 500 000	0
80	Transfusion sanguine	Purchase reagents for blood transfusion centers	PEPFAR	PNTS/NACC	1				29 114 250	29 114 250	0
81	Transfusion sanguine	Purchase reagents for 2 Architect machines	PEPFAR	PNTS/NACC					144 000 000	144 000 000	0

82	Transfusion sanguine	Continue support for blood donor association(s) to provide social/community mobilisation for blood donation	PEPFAR	PNTS/NACC					12 000 000	12 000 000	0
83	Transfusion sanguine	Obtain all risk insurance for blood transfusion vehicles	PEPFAR	PNTS/NACC	5				7 500 000	7 500 000	0
84	Transfusion sanguine	Cary out maintenance of vehicles	PEPFAR	NACC	5				1 250 000	1 250 000	0
85	Transfusion sanguine	Organize blood collection campaigns in selected communities	PEPFAR	Blood banks/ Hospitals	176				17 952 000	17 952 000	0
86	PTME	Bi-annual central to regional supervision of PMTCT activities in 10 regions	PEPFAR	NACC/DFH/DDEP	2				34 693,88	34 693,88	0
87	PTME	Quarterly Regional to District and Site visits to monitor roll-out of Option B+ implementation in 4 PEPFAR regions	PEPFAR	NACC	4				17 000 000	17 000 000	0

88	PTME	Bi-annual PMTCT partners meeting	PEPFAR	NACC	2				9 600 000	9 600 000	0
89	PTME	Workshop to validate data quarterly at the regional level in PEPFAR focused regions	PEPFAR	NACC	4				5 390 000	5 390 000	0
90	PTME	Meetings of M&E TWG at central level	PEPFAR	NACC	2				23 064 889	23 064 889	0
91	PTME	Training district level staff on how to use DHIS during roll-out of project	PEPFAR	NACC	5				3 860 000	3 860 000	0
92	PTME	Launching of DHIS nationwide	PEPFAR	NACC	1				21 500 000	21 500 000	0
93	PTME	Post Training onsite mentoring to improve quality of DHIS roll-out	PEPFAR	NACC	100				3 150 000	3 150 000	0
94	PTME	Semester supervision of DHIS activities from Central to regional and district levels	PEPFAR	NACC	2				11 600 000	11 600 000	0

95	PTME	Quarterly review of DHIS in each of the 5 pools	PEPFAR	NACC	4					19 000 000	19 000 000	0
96	PTME	Purchase supplies and consumables for PMTCT (tubes, needles, gloves, cotton, alcohol etc)	PEPFAR	NACC						70 000 000	70 000 000	0
97	PTME	PMTCT meetings abroad (TBD)	PEPFAR	NACC	2					26 600 000	26 600 000	0
98	PTME	Production and multiplication of PMTCT progress report	PEPFAR	NACC	1000					3 500 000	3 500 000	0
99	PTME	Internet connectivity for NACC CTG (2MB leased line)	PEPFAR	NACC	12					3 000 000	3 000 000	0
100	PTME	Internet connectivity for NACC RTGs in all 10 regions	PEPFAR	NACC	12					18 960 000	18 960 000	0
102	Soins et traitement	Workshop to validate HIV-TB scale-up plan	PEPFAR	DDCEP	1					3 055 000	3 055 000	0
103	Soins et traitement	Workshops to disseminate consolidated HIV guidelines in each of the 10 regions	PEPFAR	NACC/DDCEP	10					34 950 000	34 950 000	0

104	Soins et traitement	Produce 1000 copies of algorithm to screen for TB in HIV-infected patients	PEPFAR	NACC	1000					2 000 000	2 000 000	0
105	Soins et traitement	Print 500 copies of HIV-TB scale up plan	PEPFAR	NACC	500					1 500 000	1 500 000	0
106	Soins et traitement	Purchase 2 vehicles for DDCEP	PEPFAR	NACC	2					49 475 890	49 475 890	0
107	Soins et traitement	All risk insurance for vehicles	PEPFAR	NACC	2					3 000 000	3 000 000	0
108	Soins et traitement	Senior ART Advisor salary	PEPFAR	NACC	12					10 800 090	10 800 090	0
109	Soins et traitement	Senior ART Advisor benefits	PEPFAR	NACC	12					3 240 027	3 240 027	0
110	Laboratoire	Meeting to disseminate National Laboratory Strategic Plan in each of the 10 regions	PEPFAR	DPML	10					24 345 000	24 345 000	0
111	Laboratoire	Organize meetings of the National Laboratory Technical Working Group at Central Level	PEPFAR	DPML	4					3 677 778	3 677 778	0
112	Laboratoire	Bi-annual supervision of 12 laboratories enrolled in the WHO-AFRO accreditation process	PEPFAR	DPML	2					13 160 000	13 160 000	0

113	Laboratoire	Training of some MOH staff to support Proficiency testing/EQA etc (TBD)	PEPFAR	DPML/NACC					7 770 000	7 770 000	0
114	Laboratoire	Purchase reagents and supplies for newly created National Public Health Laboratory	PEPFAR	NACC/NPHL					190 028 370	190 028 370	0
115	Coinfection TB-VIH	Workshops to train prescribers and other service providers on INH chemoprophylaxis	PEPFAR	DDCEP	4				17 880 000	17 880 000	0
116	Coinfection TB-VIH	Supervision of INH chemoprophylaxis roll-out	PEPFAR	DDCEP	7				32 200 000	32 200 000	0
117	Coinfection TB-VIH	6-monthly evaluation meeting at Central level of INH roll-out	PEPFAR	DDCEP	2				8 020 000	8 020 000	0
118	Coinfection TB-VIH	Workshops to train medical personnel and other service providers on TB infection control	PEPFAR	DDCEP	4				17 880 000	17 880 000	0
119	Coinfection TB-VIH	Workshop to develop guidelines for TB infection control	PEPFAR	DDCEP	1				3 406 000	3 406 000	0
120	Coinfection TB-VIH	Workshop to validate guidelines for TB infection control	PEPFAR	DDCEP	1				2 955 000	2 955 000	0
121	Coinfection TB-VIH	Quarterly supervision of TB infection control	PEPFAR	DDCEP	4				15 200 000	15 200 000	0

122	Coinfection TB-VIH	Produce 300 copies of the INH registers	PEPFAR	NACC	300				900 000	900 000	0
123	Coinfection TB-VIH	Print guidelines for TB infection control	PEPFAR	NACC	1000				2 500 000	2 500 000	0
124	Coinfection TB-VIH	Procure INH for chemoprophylaxis	PEPFAR	NACC	11880				8 316 000	8 316 000	0
125	Coinfection TB-VIH	Air time for long distance INH prophylaxis roll-out	PEPFAR	NACC	1				240 000	240 000	0
126	Coinfection TB-VIH	Purchase masks for TB infection control (Box of 20)	PEPFAR	NACC	25				750 000	750 000	0
127	Coordination, gestion administrative et financiere	Organise PEPFAR coordination meetings	PEPFAR	NACC	4				6 151 333	6 151 333	0
128	Coordination, gestion administrative et financiere	Coordination meetings of NACC CTG with RTGs	PEPFAR	NACC	2				12 555 333	12 555 333	0
129	Coordination, gestion administrative et financiere	Produce and multiply the NACC annual progress report	PEPFAR	NACC	500				2 500 000	2 500 000	

130	Coordination, gestion administrative et financière	Annual inventory of PEPFAR acquisitions	PEPFAR	NACC	1					4 600 000	4 600 000	
131	Coordination, gestion administrative et financière	International meetings	PEPFAR	NACC	1					4 300 000	4 300 000	
132	PTME/PECP	Approvisionnement les FS des 15 DS des ZIP en intrants PTME/PECP	UNICEF	DSF						43 552 651	3 787 187	39 765 464
133	PTME/PECP	Mise en place d'un système informatique pour la gestion des intrants pour la PTME/PECP au niveau des 15 DS des ZIP	UNICEF	DSF						261 315 908	22 723 122	238 592 786
134	PTME/PECP	Revision des modules de formation intégrée SMNI/PTME/PECP intégrant la délégation des tsches	UNICEF	DSF						5 680 781	9 666	5 671 115
135	PTME/PECP	Formation des prestataires en SMNI/PTME/PECP selon les normes nationales	UNICEF	DSF								
137	PTME/PECP	Révision, validation, traduction, production et imprégnation du document national du système de transport des échantillons DBS des sites de prélèvements vers le laboratoire de référence et du rendu des résultats	UNICEF	DLMEP								

140	PTME/PECP	Formation des agents de santé communautaires (Structure de dialogue/ASC, groupes de soutien, Pairs éducateurs) en mobilisation communautaire pour la SMNI/PTME/PECP	UNICEF	DSF																	
141	PTME/PECP	Formation des hommes et femmes de media de proximité à la production des programmes participatifs en SMNI/PTME/PECP , production des programmes et diffusion.	UNICEF	DSF										21 776 326						1 893 594 732	19 882
	PTME/PECP	Mobilisation des femmes, des familles et des communautés pour l'utilisation les services SMNI/PTME/PECP	UNICEF	MINPROFF																	
142	PTME/PECP	Mise en place et Redynamisation des groupes de soutien pour l'accompagnement des personnes infectées et familles affectées par le VIH dans les ZIP et les Zones d'urgence	UNICEF	MINPROFF																	
143	PTME/PECP	Organisation de réunions de coordination trimestrielle des points focaux SR/PTME/PECP	UNICEF	DSF																	
144	PTME/PECP	Organisation des missions périodiques de suivi et supervisions formatives des activités SMNI/PTME/PECP par les niveaux: central , regional et DS.	UNICEF	DSF										108 881 629						946 797 832	107 934

145	PTME/PECP	Organisation des réunion trimestrielles de coordination avec les chefs de Projets et des points focaux au niveau central	UNICEF	CNLS						196 522 921	1 893 594	194 629 327
146	PTME/PECP	Organisation des missions semestrielles conjointes de suivi et supervisions du Programme sur le terrain	UNICEF	CNLS								
147	PTME/PECP	Appuyer les activités de Suivi-Evaluation du programme (Revue du plan e-PTME, EIMC, Sitan PECP, BNA adolescents, RMP)	UNICEF	CNLS								
148	PTME/PECP	Renforcer les capacités des partenaires sur HACT	UNICEF	CNLS								
149	Santé de la reproduction	Validation des modules de formation des pretataires de service à l'offres des service SR/IST/VIHP	UNICEF	MINSANTE						47 165 289	45 446 245	1 719 044
150	Santé de la reproduction	Formation des formateurs et des pretataires de service à l'offre de service SR/IST/VIH/ETP	UNICEF	MINSANTE								
151	Santé de la reproduction	Traduction des documents normatifs pour l'offre de service en SR/IST/VIH en anglais	UNICEF	MINJEC								
152	Santé de la reproduction	Edition et difusion des documents normatifs pour l'offre de service en SR/IST/VIH	UNICEF	MINJEC								

159	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Formation des enseignants/ encadreurs des milieux scolaires et extra scolaires en SRA, prévention du VIH/SIDA, analyse comportementale/CRV, life skills y compris dans les sites d'urgence	UNICEF	MINESEC								
160	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Réalisation des CRV/ANACOM sur le VIH Sida au niveau communautaire y compris les sites d'urgence	UNICEF	MINJEC								
161	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Appui à la mise en œuvre des micro plans intégrés des communication des PE y compris dans le cadre des urgences	UNICEF	MINJEC								
162	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Organisation des campagnes de mobilisation et de sensibilisation pour la prévention, la PTME, le dépistage des jeunes et VBG au niveau scolaire, universitaire et extra scolaire et l'utilisation de service SR/VIH/IST y compris dans les sites d'urgence	UNICEF	MINSANTE						256 365 648	249 775	6 590
163	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Renforcement des capacités de jeunes et des animateurs Radio sur la production et la diffusion des messages éducatifs en SR/IST/VIH/SIDA	UNICEF	MINJEC							096	552
164	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Mise en place de la plateforme d'échange par SMS (U-reporting)	UNICEF	MINJEC								

165	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Organisation du dépistage du VIH dans les centres conviviaux et à travers les unités mobiles y compris dans les sites d'urgence	UNICEF	MINSANTE							
166	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Approvisionnement des services CDV, CMS, IMS, UPEC en intrants et d'autres commodités pour la prévention et la prise en charge	UNICEF	MINSANTE							
167	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Mise en place et accompagnement des groupes de soutien	UNICEF	MINSANTE							
168	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Renforcement de la collaboration entre les structures de prévention de VIH chez les jeunes et les adolescents et les services de prise en charge	UNICEF	MINSANTE					79 287 030	77 567 986	044 1 719
169	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Appui à la prise en charge globale des adolescents et jeunes de 10-24 ans testés positifs au VIH y compris ceux des sites d'urgence	UNICEF	MINSANTE							
170	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Réactivation des coordinations régionales dans les zones d'intervention du programme	UNICEF	MINJEC							
171	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Organisation des réunions semestrielles de coordination des acteurs de prévention primaires au niveau central et régional	UNICEF	MINJEC					83 437 420	78 279 699	721 5 157

172	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Organisation des missions semestrielles de suivi et supervision des activités sur le terrain par le niveau central et opérationnel	UNICEF	MINJEC							
173	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Organisation d'un Forum annuel sur la prévention du VIH par les jeunes et les adolescents	UNICEF	MINJEC							
174	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Organisation des échanges entre les services sociaux sanitaires conviviaux	UNICEF	MINJEC							
175	PTME	Counselling pré et post test VIH / PTME dans les hôpitaux / AFASO	Solidarité Sida	AFASO					1 526 400	1 526 400	-
176	Prevention chez les jeunes et les adolescents	Education à la sexualité chez les adolescentes et adolescents		AFASO					400 000	400 000	-
177	PTME	Réunions d'auto support	Fonds AFASO	AFASO					300 000	300 000	-
178	PTME	Causeries éducatives chez les femmes enceintes VIH+ et mères VIH+ ayant des nouveaux nés		AFASO					360 000	360 000	-
179	PTME	Appui médical aux Femmes enceintes VIH+ ou mères VIH+ ayant des nouveaux nés		AFASO					500 000	500 000	-

180	Soutien Aux PVVIH	Appui médical	Solidarité Sida, AFASO	AFASO					3 850 000	3 850 000	-
181	Soutien Aux PVVIH	Causeries éducatives sur les droits des PVVIH		AFASO					600 000	600 000	-
182	Prevention et PEC du VIH chez les MSM	Education sexuelle intégrée et orientation/référence	HIV YOUNG LEADER FUND	Affirmative action					900 000	900 000	-
184	Prevention et PEC du VIH chez les MSM	Distribution couplée des gels lubrifiants et préservatifs (Masculins et Féminins)	PROJET Fonds Mondial et HIV YOUNG LEADER FUND	Affirmative action					180000	180000	#VALEUR!
185	Prevention et PEC du VIH chez les MSM	Education sexuelle sur internet (réseaux sociaux)	Young positive LGBT in Action	Affirmative action					6 000	6 000	-
186	Prevention et PEC du VIH chez les MSM	Accompagnement psycho sociale (VAD, recherche de PDV/SMS, aide à l'observance, groupes de parole) et nutritionnelle.	Young positive LGBT in Action	Affirmative action					100 000	100 000	-
188	Prevention et PEC du VIH chez les MSM	Orientation et suivi des bénéficiaires aux groupes de parole	Young positive LGBT in Action	Affirmative action					100 000	100 000	-
189	Prevention et PEC du VIH chez les MSM	Groupes de parole pour cible VIH+ (aide à l'observance, etc.) / café VIH	Young positive LGBT in Action	Affirmative action					100 000	100 000	-

191	Prevention et PEC du VIH chez les MSM	Prise en compte des besoins prioritaires des populations clés dans le développement de la Note conceptuelle TB et VIH	CRG GLOBAL FUND	Affirmative action					19 973 200	19 973 200	#VALEUR!
192	Prevention et PEC du VIH chez les MSM	Prise en compte des besoins en santé sexuelle et reproductifs des jeunes dans le développement de l'agenda post 2015	UNESCO ; UNFPA, UNICEF ; ONUSIDA	Affirmative action					24 571 040	24 571 040	#VALEUR!
193	Prevention et PEC du VIH chez les MSM	Implication des populations clés dans le PEPFAR Cop Process	MSM GLOBAL FORUM	Affirmative action					1 175 000	1 175 000	#VALEUR!
194	Prévention du IST/VIH chez les populations clés (MSM,TS, Camionneurs)	Organiser des causeries éducatives auprès des TS, Camionneurs pour le renforcement de la prévention des IST/VIH et l'accès aux soins avec 128 pairs éducateurs (46 TS et 82 camionneurs) (01 causerie/PE * 128 PE * 11 Mois)	FM	CHP							-
195	Prévention du IST/VIH chez les populations clés (MSM,TS, Camionneurs)	Organiser 01 mission trimestrielle de supervision des SR CHP vers les OBC	FM	CHP							-
196	Prévention du IST/VIH chez les populations clés (MSM,TS, Camionneurs)	Approvisionner les 72 formations sanitaires publiques privées en kits de médicaments pour la PEC syndromique des IST	FM	CHP							-

202	Prevention	Carry out sensitisation (KEEP A Child Alive Programme, YEP) and commemorate Candlelight Memorial within at least 2 schools in REO's areas of operations.	REO members	REO					1 575 000	1 575 000	-
203	Prevention	Educate communities of REO's areas of intervention on the new directives on PMTCT, Family planning and SRH	PEPFAR GRANTS and other identified Funding Partners	REO					90 000 000	90 000 000	-
204	Prevention	Provide nutritional and psychological counselling to infected persons	Pastor Rabou and other Funding partners	REO					6 980 000	6 980 000	-
205	Prevention	Carry out sensitisation and advocacy meetings on stigmatisation and discrimination of infected persons	AWDF						12 000 000	12 000 000	-
206	Suivi et Evaluation	Pilot of the pregnancy follow-up card in 10 high volume PMTCT sites in CE and SW regions with TWG	CDC PEPFAR	ICAP					950 000	950 000	-
207	Suivi et Evaluation	Develop and print PMTCT/ MNCH M&E tools including mother-infant pair register and Option B+ job aids.	CDC PEPFAR	ICAP					183 290 000	183 290 000	-
208	Suivi et Evaluation	Conduct trainings of trainers (TOT) on the use of updated and new Option B+ M&E tools.	CDC PEPFAR	ICAP					60 000 000	60 000 000	-
209	Suivi et Evaluation	Conduct central and regional level training on SQA/DQA standards and tools.	CDC PEPFAR	ICAP					20 000 000	20 000 000	-

210	Suivi et Evaluation	Support Data Quality Assessment twice a year	CDC PEPFAR	ICAP						100 000 000	100 000 000	-
211	Suivi et Evaluation	Develop SQA tools	CDC PEPFAR	ICAP						NA	NA	#VALEUR!
212	Suivi et Evaluation	Purchase and distribute DHIS2 IT package (equipment and internet connection) for all districts	CDC PEPFAR	ICAP						175 226 000	175 226 000	-
213	Suivi et Evaluation	Support DHIS2 regional trainings in 4 PEPFAR region	CDC PEPFAR	ICAP								-
214	Suivi et Evaluation	Prepare training materials, tools and training evaluation tools for the nursing and midwifery faculty leaders in PMTCT Option B+ cascade trainings in pre-service nursing schools.	CDC PEPFAR	ICAP						950 000	950 000	-
215	Suivi et Evaluation	Convene two training-of-trainers (TOT) of nursing and midwifery faculty leaders in clinical facilities (7 days per training)	CDC PEPFAR	ICAP						5 000 000	5 000 000	-
216	Suivi et Evaluation	Identify, train and provide ongoing mentoring for counselors at priority entry points with focus on inpatient wards for pediatric case finding	CDC PEPFAR	ICAP						50 000 000	50 000 000	-
217	Suivi et Evaluation	Identify point of contact (POC) and document linkage between maternity and infant follow up at clinical	CDC PEPFAR	ICAP						10 000 000	10 000 000	-

218	Suivi et Evaluation	Increase capacity of treatment sites to deliver quality pediatric and adolescent HIV services in the PEPFAR supported priority regions.	CDC PEPFAR	ICAP							50 000 000	50 000 000	-
219	Suivi et Evaluation	Provide training and support to established Cameroonian CHWs in pediatric HIV on the importance of community/family support for retention in pediatric HIV C&T (one training session per region)	CDC PEPFAR	ICAP							6 000 000	6 000 000	-
220	Suivi et Evaluation	Train staff on PMTCT, CD4 monitoring and EID, including specimen collection, interpretation of results and quality assurance measures	CDC PEPFAR	ICAP							50 000 000	50 000 000	-
221	Suivi et Evaluation	Conduct community outreach to create demand for services and linkages between communities & HFs	CDC PEPFAR	ICAP							50 000 000	50 000 000	-
222	Suivi et Evaluation	Develop and print reporting forms and HF/community linkage tools to monitor CHC Team community activities	CDC PEPFAR	ICAP							5 000 000	5 000 000	-
223	Suivi et Evaluation	Conduct inception meetings and create district community action plans	CDC PEPFAR	ICAP							10 000 000	10 000 000	-

224	Suivi et Evaluation	Atelier national d'actualisation et d'harmonisation des paramétrages des variables principales et personnalisées d'ESOPÉ pour tous les sites du CAMEROUN . 20 pers pendant 4jours (93750/participant)	FM	Expertise France							7 500 000	-	7 500 000
225	Suivi et Evaluation	Atelier multiplex de formation/recyclage des acteurs des 13 CTA tuteurs par ESTHER et les Référents Nationaux. 44 pers (79550/participant/jours*jours)	FM	Expertise France							14 000 000	-	14 000 000
226	Suivi et Evaluation	Extension du dispositif ESOPÉ à 11 nouveaux sites(5521700/site)	C2D/EXP France	Expertise France							60 738 700	60 738 700	-
227	Suivi et Evaluation	Extension du dispositif ESOPÉ à 20 UPEC avec plus grosses files actives (budget estimatif 3542 170 /UPEC	FM	Expertise France							70 843 400	-	70 843 400
228	Suivi et Evaluation	Paiement des primes des operateurs de saisie ESOPÉ et ESOPED (50 000/mois/OP SAISIE x 2 OP/site*45 sitesx24 mois	FM	Expertise France							108 000 000	108 000 000	-
229	Suivi et Evaluation	Maintenance du parc informatique du dispositif ESOPÉ frais d'appui à la maintenace= 220000/site*45 sites	FM	Expertise France							9 900 000	9 900 000	-
230	Suivi et Evaluation	Mise en place d'une stratégie d'appropriation et de pérennisation du dispositif ESOPÉ. budget alloué sur arbitrage budgétaire siège	EXPERSTISE France	Expertise France							32 797 000	32 797 000	-

231	Suivi et Evaluation	Mission d'appui des sites pour la complétude et la qualité des bases de données ESOPE (Opérateur (trice) de saisie volants). 125000/Opsvolante/an	FM	Expertise France							10 000 000		10 000 000
232	Suivi et Evaluation	Supervisions et suivi et consolidation des nouveaux sites 1300000/site(total 45 sites)	FM	Expertise France							58 500 000	-	58 500 000
233	Suivi et Evaluation	Production de 120 000 nouveaux dossiers medicaux(adultes et pediatrique) 700fcfa/dossier	FM	Expertise France							84 000 000	-	84 000 000
234	Suivi et Evaluation	Appui technique/compagnonnage expertise France y compris interface avec concepteur du Logiciel(137 000 000/an)	FM	Expertise France							274 000 000	-	274 000 000

RAPPORT VCT@Work

RESULTATS DE L'INITIATIVE VCT@WORK_CMV AVRIL-DEC 2014													
		Testés									Référés		
		Hommes			Femmes			Total			Hommes	Femmes	Total
Localités-Sites- entreprises		Testés	Positifs	Prévalence (%)	Testés	Positives	Prévalence (%)	Testés	Positifs	Prévalence (%)			
		4 398	79	1,80	1 662	69	4,15	6 060	148	2,44	79	69	148
	Mokolo elobi	233	3	1,29	138	3	2,17	371	6	1,62	3	3	6
	MINAS	53	0	0,00	43	0	0,00	96	0	0,00	0	0	0
	Olembe	134	0	0,00	20	0	0,00	154	0	0,00	0	0	0
	Mbalmayo	182	1	0,55	76	8	10,53	258	9	3,49	1	8	9
	Mokolo elobi	275	4	1,45	202	14	6,93	477	18	3,77	4	14	18
	SONEL-Central	127	3	2,36	65	3	4,62	192	6	3,13	3	3	6
	Ekounou	66	2	3,03	12	1	8,33	78	3	3,85	2	1	3
	Sud-Ouest CBCHB	44	1	2,27	19	1	5,26	63	2	3,17	1	1	2
		67	2	2,99	34	0	0,00	101	2	1,98	2	0	2
		138	1	0,72	48	6	12,50	186	7	3,76	1	6	7
	AES-SONEL OUEST	123	5	4,07	42	1	2,38	165	6	3,64	5	1	6
	AES-SONEL	45	2	4,44	15	0	0,00	60	2	3,33	2	0	2
	DRTSS	94	1	1,06	55	5	9,09	149	6	4,03	1	5	6
	Marché-ACMS	34	0	0,00	20	1	5,00	54	1	1,85	0	1	1
	LAVANET	29	1	3,45	5	0	0,00	34	1	2,94	1	0	1
	AES.SONEL	79	1	1,27	24	1	4,17	103	2	1,94	1	1	2
	ABAM-marché	174	3	1,72	83	5	6,02	257	8	3,11	3	5	8

EBOLOWA		77	1	1,30	64	3	4,69	141	4	2,84	1	3	4
PHP		267	6	2,25	46	3	6,52	313	9	2,88	6	3	9
AES-EDEA		39	0	0,00	20	1	5,00	59	1	1,69	0	1	1
		137	1	0,73	108	3	2,78	245	4	1,63	1	3	4
SONEL-BASSA		107	1	0,93	23	2	8,70	130	3	2,31	1	2	3
		69	0	0,00	51	0	0,00	120	0	0,00	0	0	0
SONEL KOU MASSI		152	5	3,29	96	1	1,04	248	6	2,42	5	1	6
		47	1	2,13	58	0	0,00	105	1	0,95	1	0	1
Ensemble Avril-Juin		7 190	124	1,72	3 029	131	4,32	10 219	255	2,50	124	131	255
Djoum-CCT		113	6	5,31	64	6	9,38	177	12	6,78	6	6	12
Kye-Ossi CCT		265	4	1,51	39	0	0,00	304	4	1,32	4	0	4
Abang-Minko		82	5	6,10	47	4	8,51	129	9	6,98	5	4	9
CAMPO-PPP		289	17	5,88	61	3	4,92	350	20	5,71	17	3	20
Kika-PPP		304	12	3,95	134	7	5,22	438	19	4,34	12	7	19
Didou -PPP		173	1	0,58	67	1	1,49	240	2	0,83	1	1	2
SOCUCAM Avril-Mai 2014		232	14	6,03	115	12	10,43	347	26	7,49	8	8	16
Essos-1		135	4	2,96	95	4	4,21	230	8	3,48	4	4	8
Mfoundi-Yde		212	4	1,89	104	4	3,85	316	8	2,53	4	4	8
Essos-2		86	0	0,00	111	2	1,80	197	2	1,02	0	2	2
ICRAFON		186	4	2,15	137	6	4,38	323	10	3,10	4	6	10
SCR MAYA		334	10	2,99	132	3	2,27	466	13	2,79	10	3	13
PROJET PPP- GFBC													0
Ma'an		180	10	5,56	69	6	8,70	249	16	6,43	10	6	16
Djoum		373	13	3,49	131	8	6,11	504	21	4,17	13	8	21
Mindourou- Pallisco		533	15	2,81	177	16	9,04	710	31	4,37	15	16	31
Mbang		530	24	4,53	435	13	2,99	965	37	3,83	24	13	37
Mindourou Alpicam		622	17	2,73	354	13	3,67	976	30	3,07	17	13	30
CFAO-Techno Bafoussam		52	0	0,00	40	0	0,00	92	0	0,00	0	0	0

CAMI-Laborex-Garoua	86	2	2,33	36	0	0,00	122	2	1,64	0	0	0
SYCODEW												0
Mabanda	78	0	0,00	126	3	2,38	204	3	1,47	0	3	3
Cité des palmiers	138	1	0,72	187	2	1,07	325	3	0,92	1	2	3
Bonamoussadi	230	3	1,30	247	3	1,21	477	6	1,26	3	3	6
Sandaga	367	7	1,91	123	5	4,07	490	12	2,45	7	5	12
Hotel Akwa Palace	98	1	1,02	27	1	3,70	125	2	1,60	1	1	2
PMUC Douala	304	6	1,97	213	4	1,88	517	10	1,93	6	4	10
HYSACAM Douala	663	9	1,36	22	0	0,00	685	9	1,31	9	0	9
CEGELEC Douala	96	1	1,04	161	2	1,24	257	3	1,17	1	2	3
Tractafic Douala-Yaoundé	492	6	1,22	262	3	1,15	754	9	1,19	6	3	9
Laborex Douala	79	3	3,80	32	1	3,13	111	4	3,60	3	1	4
CFAO-Techno Douala	85	1	1,18	55	1	1,82	140	2	1,43	1	1	2
SONARA Limbé	476	3	0,63	117	3	2,56	593	6	1,01	3	3	6
MINEDUB-MINESEC	258	6	2,33	319	9	2,82	577	15	2,60	6	9	15
ILES DE MANOKA	158	19	12,03	95	17	17,89	253	36	14,23	19	17	36
GUINNESS-Siège Douala	203	1	0,49	41	1	2,44	244	2	0,82	1	1	2
MINJEC	283	7	2,47	185	13	7,03	468	20	4,27	7	13	20
MINREX	122	1	0,82	93	4	4,30	215	5	2,33	1	4	5
PPP-VIH-Sida	2718	110	4,05	1124	53	4,72	3 842	163	4,24	110	53	163
Marchés Kumba-Tiko-Mutengene	850	19	2,24	554	28	5,05	1 404	47	3,35	19	28	47
PMUC Yaoundé	165	5	3,03	114	2	1,75	279	7	2,51	5	2	7
PMUC Bafoussam	235	3	1,28	124	0	0,00	359	3	0,84	3	0	3
MINESUP-Yaoundé	146	1	0,68	94	1	1,06	240	2	0,83	1	1	2
MINFOPRA-Yaoundé	115	1	0,87	85	1	1,18	200	2	1,00	1	1	2
Magba	80	4	5,00	24	0	0,00	104	4	3,85	4	0	4

Santchou		514	4	0,78	413	6	1,45	927	10	1,08	4	6	10
Bafoussam		71	2	2,82	32	0	0,00	103	2	1,94	2	0	2
CNPS Ebolowa		91	0	0,00	97	3	3,09	188	3	1,60	0	3	3
Nyabisang		75	5	6,67	24	2	8,33	99	7	7,07	5	2	7
Memve'ele-1		101	2	1,98	12	2	16,67	113	4	3,54	2	2	4
Memvele-2		111	7	6,31	41	4	9,76	152	11	7,24	7	4	11
MINEPIA- Ebolowa		17	0	0,00	14	1	7,14	31	1	3,23	0	1	1
CNPS Sangmelima		88	5	5,68	94	10	10,64	182	15	8,24	5	10	15
Sangmelima-1		193	6	3,11	97	7	7,22	290	13	4,48	6	7	13
Sangmelima-2		161	3	1,86	92	5	5,43	253	8	3,16	3	5	8
Zoétélé		107	2	1,87	43	2	4,65	150	4	2,67	2	2	4
Marché des Fleurs		176	0	0,00	187	0	0,00	363	0	0,00	0	0	0
Marché PK 14		216	1	0,46	247	1	0,40	463	2	0,43	1	1	2
Marché Dakar		193	0	0,00	228	0	0,00	421	0	0,00	0	0	0
Marché New Deido		170	0	0,00	170	2	1,18	340	2	0,59	0	2	2
Marché Sité CIC		218	0	0,00	134	0	0,00	352	0	0,00	0	0	0
SAFACAM		1701	101	5,94	818	84	10,27	2 519	185	7,34	39	39	78
CDC- Mutengene		885	45	5,08	740	83	11,22	1 625	128	7,88	45	84	129
SABC (siège et 07 régions)		1930	31	1,61	249	10	4,02	2 179	41	1,88	31	10	41
GEODIS- Adamaoua		67	1	1,49	3	0	0,00	70	1	1,43	1	0	1
MAISCAM Adamaoua		107	3	2,80	87	10	11,49	194	13	6,70	3	10	13
PMUC suite (Garoua, Ngaoun..)		411	5	1,22	318	16	5,03	729	21	2,88	5	16	21
CAMRAIL		1814	53	2,92	373	14	3,75	2 187	67	3,06	53	14	67
MINEPIA- Nagoundéré		37	1	2,70	11	1	9,09	48	2	4,17	1	1	2
SOCAPALM (Littoral-Sud)		921	38	4,13	395	68	17,22	1 316	106	8,05	38	68	106
MINFI (Ngdéré, Baf, Yde, Buea, Kousrie,		959	18	1,88	468	18	3,85	1 427	36	2,52	18	18	36

Garoua, Btoua, Dla)													
HEVECAM (Sud)		173	24	13,87	327	40	12,23	500	64	12,80	24	40	64
FNE (Ngdéré, Ydé)		85	0	0,00	87	3	3,45	172	3	1,74	0	3	3
SOSUCAM (Sept-Déc 2014)		116	11	9,48	200	12	6,00	316	23	7,28	11	12	23
													0
													0
Ensemble-Juin-Décembre 14		24934	748	197	12773	669	333	37707	1417	243	678	621	1299
SYNTHESE VCT@WORK 2014													
VCT_CM 2014		Testés/Hommes			Testées/Femmes			Total Testés (Hommes & Femmes)			Reférés		
		Testés	Positifs	Prévalence (%)	Testés	Positives	Prévalence (%)	Testés	Positifs	Prévalence (%)	Hommes	Femmes	Total
TOTAL		32124	872	2,71	15802	800	5,06	47926	1672	3,49	802	752	1554

Tableau statistique des outils curriculaires reproduits et distribués par l'UNESCO dans le cadre de l'initiative « Redynamisation de l'éducation en SR/PF/Vie familiale en milieu scolaire »

OUTILS DIDACTIQUES	NOMBRE	PU	TOTAL XAF
Curriculum Primaire Français	100	2 695	269 500
Curriculum Primaire Anglais	200	1 656	331 200
Didacticiel d'autoformation	400	4 625	1 850 000
Guide pour le développement des compétences	3 000	3 320	9 960 000
Guide Primaire Français	100	2 839	283 920
Guide Primaire Anglais	200	1 774	354 900
Curriculum Secondaire Français	100	1 591	159 160
Guide Secondaire Anglais	200	2 884	576 800
TOTAL	4 300	/	13 785 480

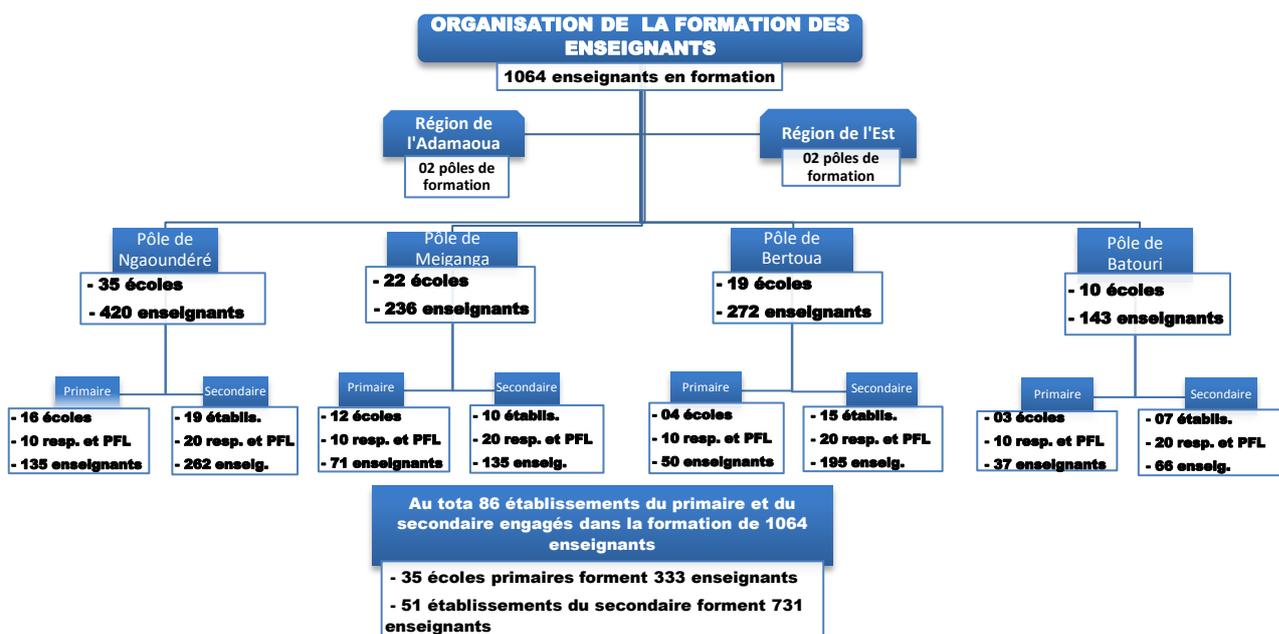


Schéma illustratif de l'organisation de la formation

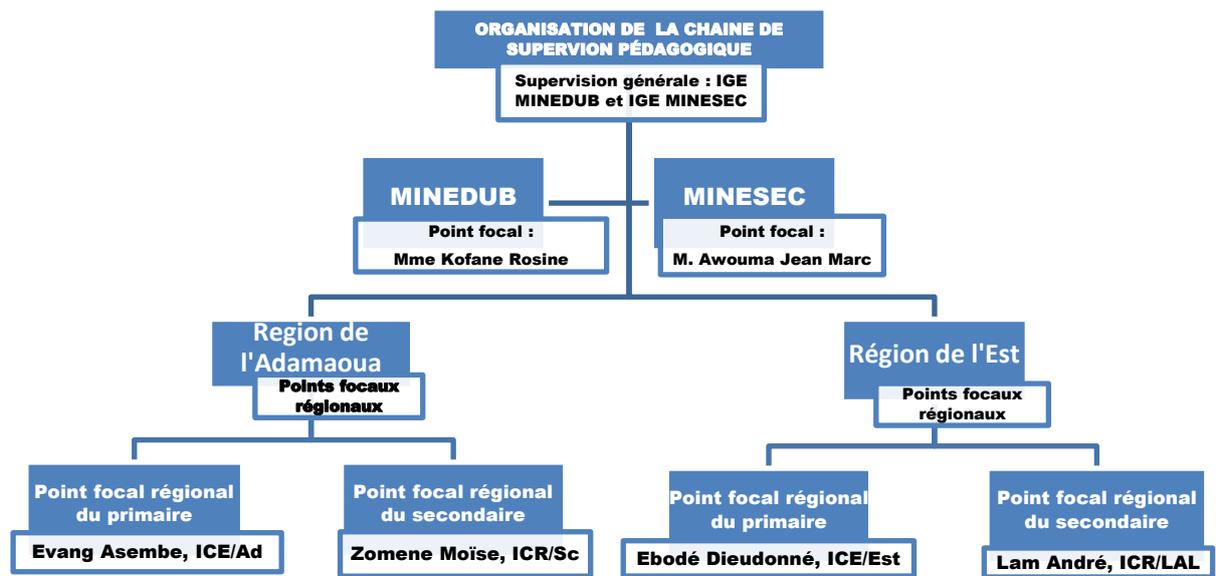


Schéma illustratif de l'organisation de la chaîne de supervision pédagogique