

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

COMITE NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA

GROUPE TECHNIQUE CENTRAL

SECRETARIAT PERMANENT

SECTION PLANIFICATION SUIVI
EVALUATION



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work - Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

NATIONAL AIDS CONTROL
COMMITTEE

CENTRAL TECHNICAL GROUP

PERMANENT SECRETARIAT

PLANNING MONITORING AND
EVALUATION SECTION

**RAPPORT ANNUEL 2009
DES ACTIVITES DU PROGRAMME
NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE
SIDA**



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR ONUDC
UNICEF OIT
PAM UNISCO
PNUD OMS
UNFPA BANQUE MONDIALE

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES	III
INTRODUCTION	1
AXE STRATEGIQUE I : VERS L'ACCES UNIVERSEL A LA PREVENTION EN FAVEUR DES GROUPES CIBLES PRIORITAIRES	2
I.1 CONSEIL ET DEPISTAGE	2
I.2 PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES IST	2
I.3 PROMOTION DU PRESERVATIF	3
I.4 SECURITE SANGUINE	4
I.5 PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT (PTME)	4
I.5.1 COUVERTURE GEOGRAPHIQUE DE LA PTME AU CAMEROUN	4
<i>I.5.1.1 Extension de la PTME dans les Districts de Santé</i>	4
<i>I.5.1.2 Contribution des divers secteurs à la PTME</i>	5
I.5.2 DEPISTAGE DU VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES	6
<i>I.5.2.1 Dépistage en consultation prénatale</i>	6
<i>I.5.2.2 Dépistage en salle d'accouchement</i>	7
<i>I.5.2.3 Profil de séropositivité chez les femmes enceintes en salle d'accouchement et en CPN</i>	8
I.5.3 PROPHYLAXIE ARV CHEZ LA FEMME ENCEINTE SEROPOSITIVE	9
I.5.4 SUIVI DE L'ENFANT NE DE MERE SEROPOSITIVE	9
a. <i>Diagnostic pédiatrique de l'infection à VIH</i>	10
b. <i>Couverture géographique du diagnostic précoce au Cameroun</i>	11
c. <i>Dépistage 15 mois après la naissance</i>	12
I.5.5 IMPLICATION DES PARTENAIRES DES FEMMES ENCEINTES DANS LA PTME	13
I.5.6 MOBILISATION COMMUNAUTAIRE EN FAVEUR DE LA PTME	13
I.6 RENFORCEMENT DE LA PREVENTION CHEZ LES JEUNES	13
AXE STRATEGIQUE II : VERS L'ACCES UNIVERSEL AUX TRAITEMENTS ET SOINS EN FAVEUR DES ENFANTS ET ADULTES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA	15
II.1 ACCESSIBILITE DU TRAITEMENT ARV POUR LES ADULTES ET LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH	15
II.1.1 <i>Facteurs favorables à l'accès universel aux traitements</i>	15
II.1.2 <i>Progrès en matière de prise en charge des PVVIH sous ARV</i>	16
II.1.3 <i>Traitement des infections opportunistes (IO)</i>	21
II.2 PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DES PVVIH	21
AXE STRATEGIQUE III : PROTECTION ET SOUTIEN AUX ORPHELINS ET ENFANTS VULNERABLES (OEV)	22
AXE STRATEGIQUE IV : APPROPRIATION DE LA LUTTE PAR LES ACTEURS	23
AXE STRATEGIQUE V : SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET PROMOTION DE LA RECHERCHE	28
V-1 DOMAINE DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE	28
V.1.1 SURVEILLANCE SENTINELLE DU VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES	28
V.1.2 SURVEILLANCE DE L'EMERGENCE DES RESISTANCES AUX ARV	28
V-2 PROMOTION DE LA RECHERCHE	29
AXE STRATEGIQUE VI : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU PARTENARIAT ET DU SUIVI/EVALUATION	30
VI.1 COORDINATION ET GESTION ADMINISTRATIVE	30
VI.2 LE SUIVI EVALUATION	30
CONTRAINTES ET DIFFICULTES	31

ACRONYMES

ACDI	Agence Canadienne pour le Développement International
ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
AES	Accident d'exposition au sang
ANRS	Agence Nationale (française) de Recherche sur le Sida
ARV	Antirétroviraux
CAPR	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCLS	Comité Communal de Lutte contre le Sida
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
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
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPDV	Centre de Prévention et de Dépistage Volontaire
CPN	Consultation Périnatale
CRESAR	Centre de Recherche pour la Santé des Armées
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le Sida
CSLS	Comité Sectoriel de Lutte contre le Sida
CSN	Cadre Stratégique National
CTA	Centre de Traitement Agréé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
EVF	Education à la Vie Familiale
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DS	District de Santé
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
GFTAM	Global Fund to fight against Tuberculosis, AIDS and Malaria
GICAM	Groupe Inter Patronal du Cameroun
GTR	Groupe Technique Régional
GTZ	Coopération Technique allemande
IAP	Indicateur d'Alerte Précoce
IDA	International Development Agency
INNRT	Inhibiteur Non Nucléosidique Reverse Transcriptase
INRT	Inhibiteur Nucléosidique Reverse Transcriptase
IO	Infections Opportunistes
IP	Inhibiteur de Protéases
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
KFW	Kreditanstalt für Wiederaufbau (Banque allemande de développement)
LANACOME	Laboratoire National de Contrôle Médical
MAP	Programme Multisectoriel de lutte contre le Sida
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MIO	Médicaments pour les Infections Opportunistes
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PMI	Petites et Moyennes Industries
PPSAC	Programme de Prévention du VIH/Sida en Afrique Centrale
PEC	Prise en charge
PGCSS	Programme Germano Camerounais de Santé Sida
PMLS	Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSN	Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RECAP + SIDA	Réseau Camerounais des Personnes Vivant avec le VIH
TB	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TS	Tuberculose
UM	Transfusion Sanguine
UNESCO	Unité Mobile
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	United Nations High Commission for Refugees
UPEC	Unité de Prise en charge
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

L'estimation de la prévalence du VIH dans la population des 15 – 49 ans en 2008 était de 5,1 % (Rapport ONUSIDA 2008), et les résultats préliminaires de l'enquête sentinelle effectuée en 2009 auprès des femmes enceintes, permettent d'affirmer que le Cameroun reste un pays à épidémie généralisée. De très nombreuses activités concourant à réduire la propagation de l'infection et l'impact du VIH dans la population générale sont réalisées depuis le lancement du Plan Stratégique National 2006-2010.

Les pouvoirs publics avec l'appui de ses multiples partenaires ont poursuivi en 2009 la riposte contre le VIH et le Sida. L'année 2009 a été marquée par la réalisation des études permettant de mieux comprendre le comportement de la maladie au Cameroun, la poursuite de la décentralisation des activités de prise en charge des PVVIH, la prévention des nouvelles infections avec l'extension de la couverture territoriale en offre de service PTME, la prise en charge des IST, le conseil et dépistage, la sécurité sanguine et la promotion de l'utilisation du préservatif etc.

Les principaux résultats obtenus en 2009 sont les suivants :

- **450 022** personnes, y compris les femmes enceintes, ont été testées au VIH ;
- **228 812 femmes** enceintes ont été testées dans le cadre de la PTME et 6,9 % étaient déclarées séropositives ;
- 8 940 enfants nés de mères séropositives ont été testés à la PCR 865 étaient positifs, soit 9,68 % des enfants testés ;
- 25 038 351 préservatifs dont 382 276 préservatifs féminins ont été distribués ;
- 76 228 des PVVIH de la file active sont sous ARV en fin décembre 2009 ;
- 48 797 OEV ont été soutenus.

Ce rapport présente les activités menées au Cameroun en 2009 dans le cadre de la riposte contre le VIH-SIDA. Il n'a pas la prétention d'être exhaustif. En effet, n'y figurent que les activités qui ont été rapportées. Il a été élaboré avec la collaboration des partenaires et acteurs de la lutte contre le Sida. Il est présenté en six volets, suivant les axes du Plan Stratégique National : (i) l'accès universel à la prévention, (ii) l'accès universel aux traitements et soins en faveur des Enfants et des Adultes vivant avec le VIH, (iii) la protection et soutien aux Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV), (iv) l'appropriation de la lutte par les acteurs, (v) la surveillance épidémiologique et la promotion de la recherche, et (vi) le renforcement de la coordination, du partenariat et du suivi-évaluation. Il ressort en dernier lieu les contraintes, les difficultés de mise en œuvre et les recommandations.

AXE STRATEGIQUE I : VERS L'ACCES UNIVERSEL A LA PREVENTION EN FAVEUR DES GROUPES CIBLES PRIORITAIRES

La prévention du VIH reste, selon la Déclaration de politique sur le VIH/Sida de la 60^{ème} session de l'Assemblée Générale de l'ONU de juin 2006, « le fondement de la riposte » face à cette pandémie. Cependant, l'accès universel à la prévention qui fait partie des trois objectifs que le Gouvernement s'est fixé, reste à la traîne comme dans plusieurs pays de la sous région d'Afrique Centrale et de l'Ouest. Des efforts conséquents de prévention des nouvelles infections à VIH constituent une priorité dans cette zone où la transmission est essentiellement sexuelle. Aussi, le PNS 2006-2010 du Cameroun, s'est-il construit autour d'une volonté politique intégrant tous les acteurs dans une vision de décentralisation.

Réduire d'au moins 50% le pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH de 2006 à 2010. Tel est l'objectif stratégique en matière de prévention que s'était fixé le Cameroun en 2006. Des activités de prévention ont été mis en œuvre dans les domaines suivants : (i) conseil et dépistage, (ii) diagnostic et prise en charge des IST, (iii) promotion du préservatif, (iv) sécurité sanguine, (v) réduction de nouvelles infections chez les jeunes et les femmes et, (vi) prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

I.1 Conseil et Dépistage

Faire connaître à 1 500 000 personnes leur statut sérologique à travers le dépistage était la déclinaison pour l'année 2009 de l'objectif du plan stratégique dans ce domaine. Ce conseil et dépistage se fait à travers deux stratégies : la stratégie fixe dans les formations sanitaires et la stratégie mobile par les unités mobiles de dépistage.

En 2009, avec l'appui des partenaires tels le programme Germano Camerounais de santé/Sida, Care and Health Program, 450 022 personnes ont été testées et ont retiré leur résultat, représentant 34,72% des personnes attendues. Les formations sanitaires ont contribué à 95,54%, soit 429 945 personnes.

Dans le cadre du renforcement des capacités dans cet axe, l'appui du Fonds Mondial a permis la formation de 120 personnels en matière de conseil et dépistage du VIH.

Globalement ces résultats laissent apparaître une baisse de performance, par rapport aux résultats des deux années précédentes. Cette contre performance se justifie par la diminution des ressources allouées au fonctionnement des unités mobiles. Celles-ci n'ont été actives que pendant les événements spéciaux (vacances sans Sida et semaine camerounaise de lutte contre le Sida). En outre, le PNLS a connu une rupture prolongée des tests de dépistage. La faible complétude des rapports d'activités par les acteurs de mise en œuvre explique aussi ce résultat.

I.2 Prévention et prise en charge des IST

L'objectif dans ce domaine du PNS 2006/2010 est de réduire de 50 % la prévalence des IST au sein de la population générale et particulièrement chez les groupes à risques avec comme stratégie de mettre un accent sur l'intégration des IST dans le paquet minimum des services de santé de la reproduction.

Pour atteindre cet objectif, la prise en charge d'au moins 35 000 cas d'IST parmi les populations à risque a été planifiée en 2009. Avec l'appui du GFTAM et de ACDI qui permet de mettre en œuvre le programme de prévention des IST, VIH et Sida auprès des camionneurs et des populations riveraines des grands axes routiers, et des hommes en tenue dans certains sites de prise en charge des IST, exécuté respectivement par CHP et CARE Cameroun. Plusieurs activités ont été menées en 2009 dans ce cadre. Il s'agit notamment :

- ✓ du renforcement des capacités du personnel en conseil et dépistage ; 78 conseillers ont été formés avec l'appui du GFTAM par CHP ;
- ✓ de la reproduction et distribution du matériel éducatif et de mobilisation en faveur de la prise en charge des IST et du conseil et dépistage du VIH. À cet effet, 100 000 dépliants, 1400 posters, 600 pénis artificiels et 350 algorithmes de prise en charge des IST ont été produits et distribués ;
- ✓ de l'offre de counseling et dépistage du VIH chez les patients IST.

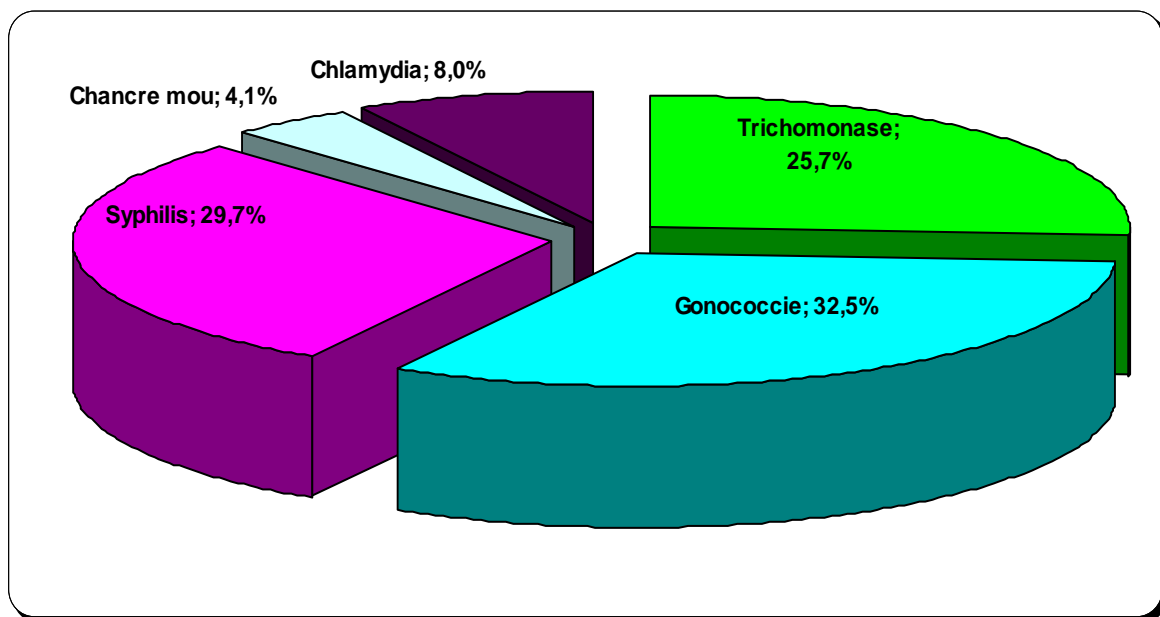
Dans les différents sites de prise en charge des IST, 62 566 séances de causeries éducatives et de counseling ont été réalisées et 28 451 personnes ont été référées pour le dépistage.

Grâce au programme PRISIDA, 112 jeux d'algorithmes de prise en charge des IST ont été distribués en plus d'une dotation de médicaments pour le traitement des IST dans 14 formations sanitaires.

Toutes ces activités ont permis de prendre en charge **51 745** cas d'IST. Les femmes représentent **82,5 %** des cas notifiés. Le syndrome le plus fréquemment évoqué est la douleur abdominale basse qui représente **57,2 %** des cas notifiés.

Sur le plan étiologique, comme le montre la figure ci-dessous, la gonococcie comme l'année dernière, reste la première IST avec 32,5 % des cas notifiés, suivie de la syphilis (29,7%), du trichomonas (25,7%), du chlamydia (8 %) et du chancre mou (4,1%).

Figure 1 : Répartition des IST selon les étiologies



Avec l'appui de l'**OMS**, l'enquête d'évaluation de la qualité de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) dans les formations sanitaires est actuellement en cours. Elle aidera à mieux identifier les failles éventuelles dans le système de prise en charge actuel et d'y apporter des solutions.

I.3 Promotion du préservatif

La promotion du préservatif reste une activité importante dans le cadre de la prévention des infections sexuellement transmissibles y compris le VIH. En milieu scolaire et non scolaire, par l'intermédiaire des partenaires tels que CHP, ACMS, IRESCO, etc. et à la faveur des événements à grande mobilisation sociale, la promotion de l'utilisation correcte et systématique des préservatifs a été effectuée auprès des jeunes.

Dans la population générale, avec l'action combinée de la CENAME et l'ACMS, 25 038 351 préservatifs (24 656 075 masculins et 382 276 féminins) ont été distribués en 2009.

I.4 Sécurité Sanguine

L'objectif du Plan Stratégique est d'augmenter le pourcentage d'unités de sang transfusées ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH.

En 2009, 81 692 poches de sang ont été collectées et testées dans les hôpitaux régionaux, centraux, généraux et de districts. 6 398 poches étaient testées positifs, soit 7,8%. Le niveau actuel de collecte des poches de sang, qui correspond à 29,7 % des besoins (275 000 unités de sang) met en avant l'ampleur des réformes à apporter dans ce secteur.

I.5 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)

La Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) est l'un des domaines prioritaires du PSN qui ambitionne de réduire d'au moins 50 % d'ici à 2010, le pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères séropositives.

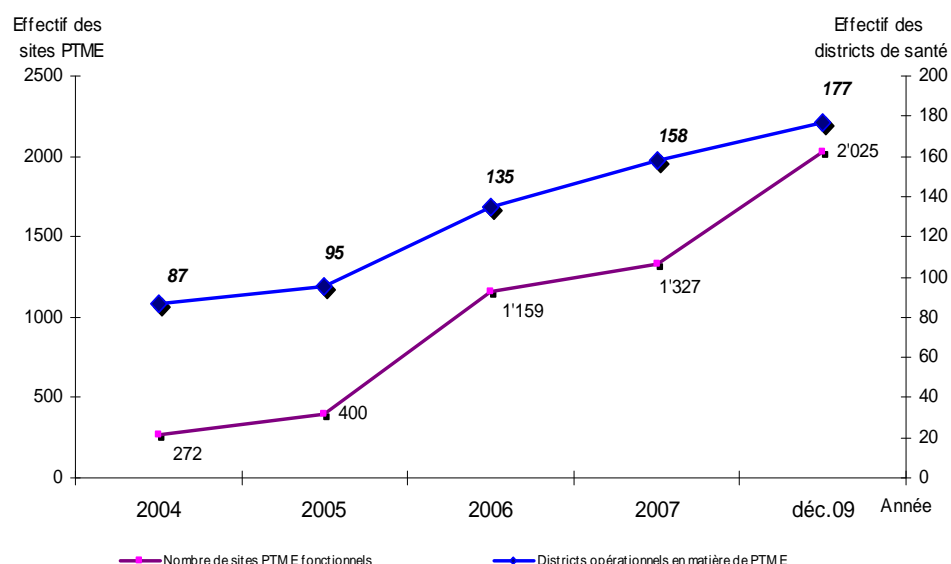
I.5.1 Couverture géographique de la PTME au Cameroun

La réduction du nombre de nouvelles infections pédiatriques au VIH d'ici 2010, passe par la mise en œuvre d'un certain nombre de stratégies, parmi lesquelles l'extension des services PTME de qualité selon l'approche district adoptée depuis 2005. Les chiffres obtenus en 2009 sur la couverture géographique en matière de PTME confirment cette volonté politique.

I.5.1.1 Extension de la PTME dans les Districts de Santé

Depuis 2004, le nombre de formations sanitaires offrant les services de PTME ne cesse d'augmenter passant de 272 à 2025 formations sanitaires en 2009, comme le montre la figure 1 ci-dessous.

Figure 2 : Enrôlement des formations sanitaires et des Districts de Santé dans la PTME



Au cours de l'année 2009, le nombre de formations sanitaires offrant le paquet minimum de services PTME est en augmentation par rapport à celui de 2008 passant de 2 019 à 2 025. Parallèlement, 177 Districts de Santé ont au moins une formation sanitaire offrant la PTME contre 174 en 2008.

Ce sont donc 78,8 % des formations sanitaires et 99,4 % des Districts de Santé qui offrent le paquet minimum de services PTME.

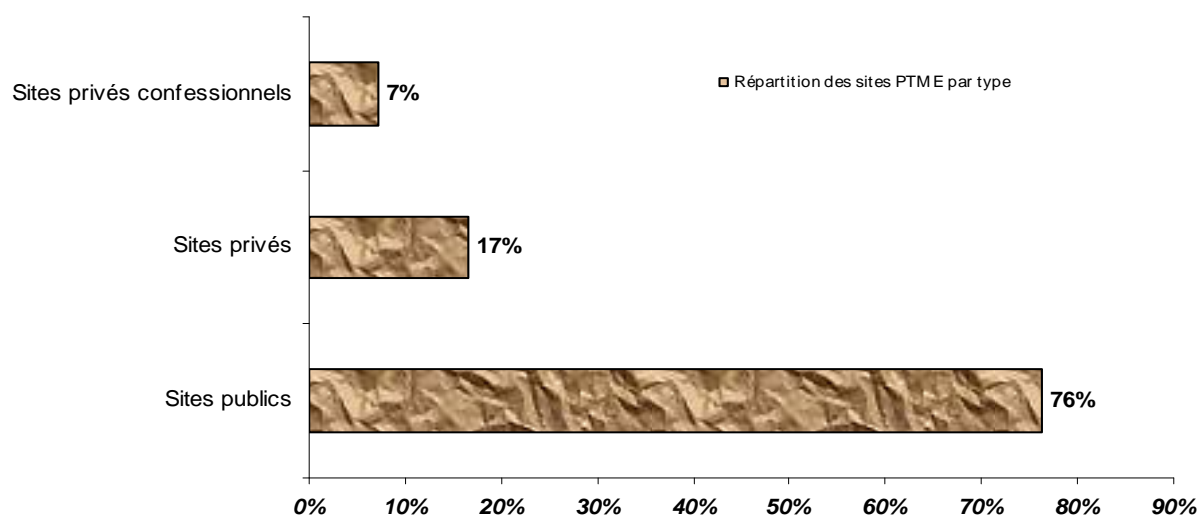
Tableau 1 : Répartition régionale des formations sanitaires (FS) offrant la PTME au Cameroun

Régions	Nombre total de sites PTME potentiels en 2009	Sites PTME 2009	Niveau de couverture sites PTME dans les Régions (%)
Adamaoua	92	88	95,65
Centre	420	338	80,24
Est	180	128	71,11
Extrême Nord	288	186	64,24
Littoral	220	139	63,18
Nord	191	172	89,53
Nord Ouest	268	243	90,30
Ouest	558	410	73,48
Sud	176	157	88,07
Sud Ouest	176	164	93,18
Total	2569	2025	78,82

I.5.1.2 Contribution des divers secteurs à la PTME

La disponibilité des services PTME s'étend aussi bien dans les structures de santé publiques que privées.

Figure 3 : Répartition des FS offrant la PTME par secteur



I.5.2 Dépistage du VIH chez les femmes enceintes

Le dépistage se fait essentiellement pendant les CPN et en salle de travail, lorsque le statut sérologique de la femme n'est pas connu.

I.5.2.1 Dépistage en consultation prénatale

Tableau 2 : Répartition régionale du dépistage en CPN

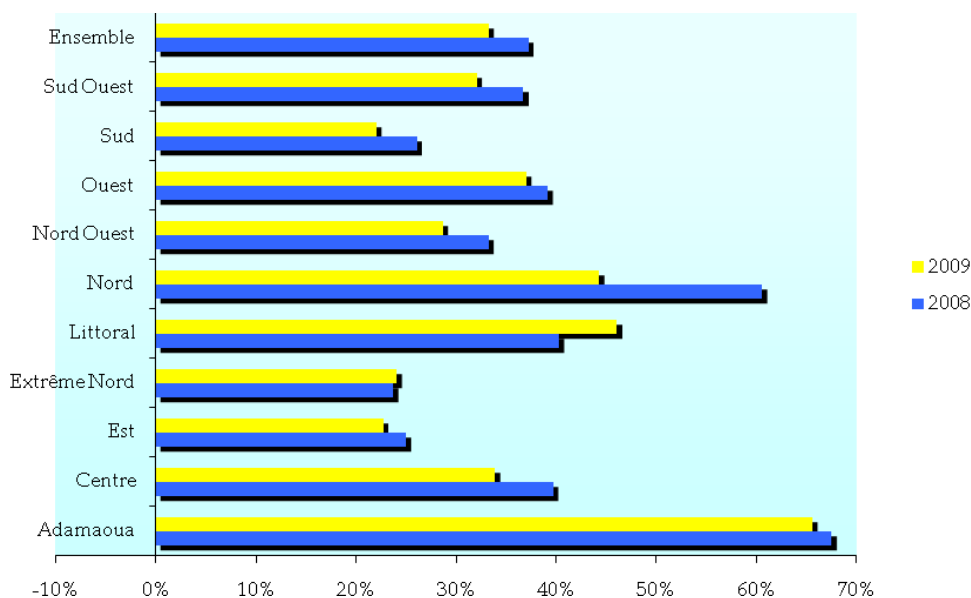
Régions	Nombre de femmes enceintes attendues en CPN en 2009	Femmes enceintes reçues en CPN	Taux de couverture en 1 ^{ère} CPN (%) en 2009	Femmes testées en CPN1	Femmes testées séropositives en CPN1	Taux VIH+ femmes enceintes en %
Adamaoua	45 130	28616	63.4	19334	1153	6.0
Centre	150 521	53487	35.5	48644	3887	8.0
Est	47 136	10235	21.7	7741	428	5.5
Extrême Nord	169 715	40418	23.8	30601	438	1.4
Littoral	123 293	54040	43.8	49339	3425	6.9
Nord	76 019	33091	43.5	16519	178	1.1
Nord-Ouest	111 551	32496	29.1	29886	2413	8.1
Ouest	122 104	45528	37.3	44929	1676	3.7
Sud	34 067	8672	25.5	7774	450	5.8
Sud-Ouest	76 376	26803	35.1	23565	1970	8.4
Total	955 912	333386	34.9	278332	16018	5.8

Au cours de la période allant de janvier à décembre 2009, 333 386 femmes ont été reçues en CPN, soit 34,9 % des 955 912 femmes attendues.

Des femmes reçues en CPN, 278 332 ont fait le test de dépistage du VIH avec un taux de séropositivité de 5,8%. L'analyse de la fréquentation de la 1^{ère} CPN par rapport à la cible présente des disparités régionales comme le montre la figure ci-dessous.

Bien que la PTME ne soit pas encore dispensée dans toutes les formations sanitaires offrant la CPN, il est à noter que le taux fréquentation de la 1^{ère} consultation prénatale reste faible. Ce qui a des répercussions sur l'atteinte des objectifs en matière de PTME.

Figure 4 : Répartition de la couverture régionale des FEC testées en 1^{ère} CPN,



En effet, à l'exception de la région de l'Adamaoua qui présente une couverture de la cible et 1^{ère} CPN de 63,4%, toutes les autres régions ont un taux de dépistage en 1^{ère} CPN inférieur à 45%. Les régions du Centre, du Littoral, de l'Ouest, du Nord-Ouest et de l'Extrême-Nord présentent des taux très faibles. Paradoxalement, ces régions qui regorgent plus de 70% des femmes enceintes attendues, comptent un nombre pléthorique des formations sanitaires privées. Ces dernières ne renseignent pas toujours sur leurs activités de PTME d'où le faible niveau d'atteinte de cet indicateur depuis trois ans autour de 32%.

Cependant, la baisse des performances du dépistage en 1^{ère} CPN en 2009 s'expliquerait aussi par la rupture en prolongée en réactifs de dépistage au premier trimestre.

I. 5.2.2 Dépistage en salle d'accouchement

En 2009, 13 141 femmes enceintes ont été testées en salle de travail, représentant 4,5% du nombre total des femmes enceintes testées. Parmi les femmes testées en salle de travail, 16,6 % sont séropositives (tableau 3).

Tableau 3 : Répartition régionale du dépistage en salle d'accouchement

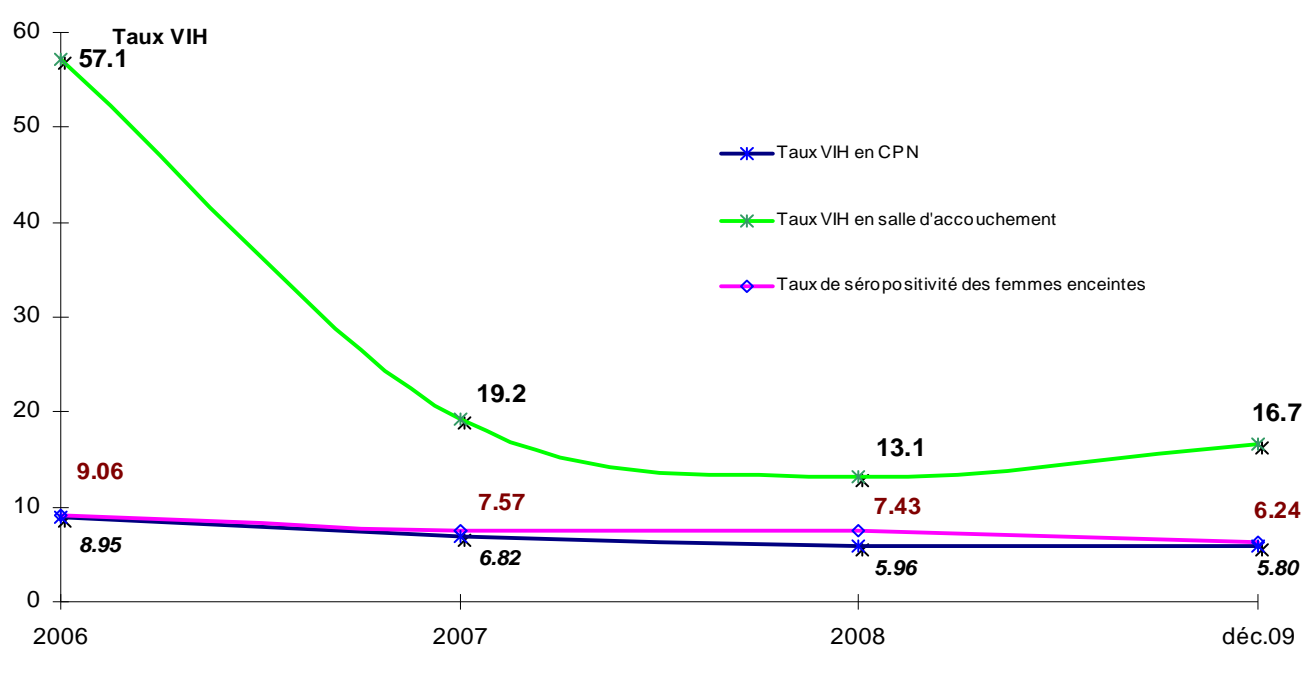
Régions	FEC testées en salle de travail	FEC testées séropositives en salle de travail	Taux VIH+ FEC en %
Adamaoua	939	151	16.08
Centre	2446	483	19.75
Est	160	27	16.88
Extrême Nord	445	45	10.11
Littoral	4059	551	13.57
Nord	695	28	4.03
Nord Ouest	1043	244	23.39
Ouest	1899	412	21.70
Sud	515	72	13.98
Sud Ouest	940	177	18.83
Total	13141	2190	16.67

I.5.2.3 Profil de séropositivité chez les femmes enceintes en salle d'accouchement et en CPN

La moyenne de séropositivité chez les femmes enceintes est de 7,0 %. Elle varie considérablement d'une région à l'autre: 3,2% au Nord et 13,2 % au Sud-ouest.

Au cours des deux dernières années, le taux de séropositivité en salle d'accouchement est resté le double de celui retrouvé en CPN comme le montre la figure 5 ci-dessous. Cette différence est liée d'une part, à un dépistage plus important des femmes en salle de travail conformément aux recommandations nationales en matière de PTME, et d'autre part, à un enrôlement plus accru des femmes dans les services de maternité bien que n'ayant pas fréquenté les services de CPN.

Figure 5 : Taux de séropositivité du VIH des femmes enceintes

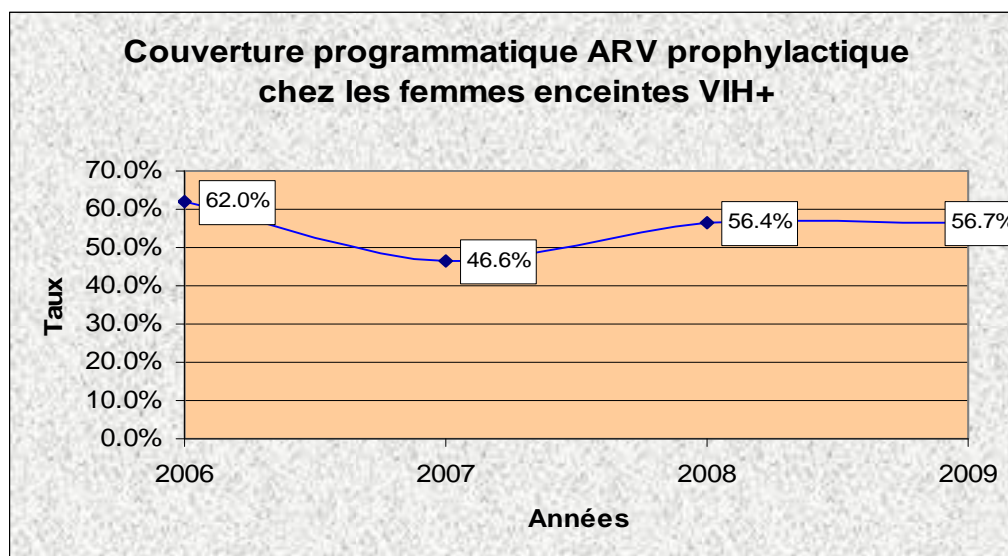


I.5.3 Prophylaxie ARV chez la femme enceinte séropositive

L'objectif est de passer de 9 à 90% la proportion des femmes enceintes séropositives ayant reçu la prophylaxie ARV d'ici 2010.

Au cours de cette année 2009, 10322 femmes enceintes testées séropositives ont reçu les ARV à titre prophylactique, soit une performance programmatique de 56,7% (Figure 6). Cependant, la couverture nationale de la cible reste très faible soit 14,7% des femmes enceintes séropositives attendues en 2009. Bien qu'une progression ait été observée au cours des deux dernières années, des efforts restent cependant à fournir pour couvrir un plus grand nombre de femmes séropositives en ARV.

Figure 6 : Evolution de la couverture en prophylaxie ARV chez la femme enceinte testée séropositive.



I. 5.4 Suivi de l'enfant né de mère séropositive

En 2009, 7201 femmes séropositives ont accouché dans les formations sanitaires. Au cours de la même période, 8378 enfants ont bénéficié de la prophylaxie par les ARV à la naissance comme le montre le tableau 4.

Les écarts observés sont associés au fait qu'un nombre important de naissances en contexte de séropositivité ont lieu en dehors des formations sanitaires et, ces enfants sont référés dans les centres de prise en charge où ils sont systématiquement mis sous prophylaxie ARV. Cette situation met en relief le grand nombre d'accouchements à domicile et le rôle non négligeable des accoucheuses traditionnelles surtout dans les Régions septentrionales. Il convient de relever que dans les Régions du Centre et du Littoral, certaines formations sanitaires reçoivent des nouveaux-nés exposés au VIH en provenance d'autres structures sanitaires.

En marge de cette bonne couverture prophylactique en ARV chez les enfants nés dans les structures hospitalières de mères séropositives, des efforts restent à fournir dans les Régions de l'Ouest, de l'Est et de du Sud où l'on note encore des gaps entre le nombre d'enfants exposés au VIH et ceux ayant bénéficié des ARV en traitement prophylactique.

Tableau 4 : Prophylaxie chez les enfants nés de mères séropositives en 2009

Régions	Femmes enceintes testées séropositives	Nombre d'accouchement des femmes séropositives	Nombre d'enfants nés de mères séropositives ayant reçu un traitement prophylactique par ARV à la naissance
Adamaoua	1304	247	329
Centre	4370	1138	1819
Est	455	195	209
Extrême Nord	483	127	216
Littoral	3976	1591	1797
Nord	206	72	255
Nord Ouest	2657	1607	1682
Ouest	2088	875	718
Sud	522	202	201
Sud Ouest	2147	1147	1152
Total	18208	7201	8378

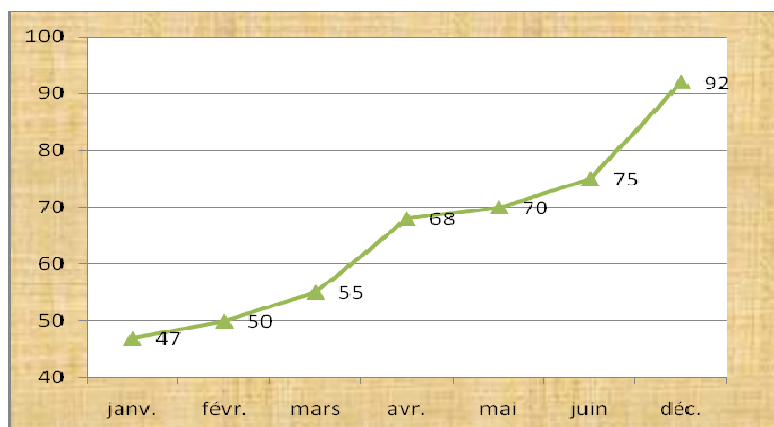
a. Diagnostic pédiatrique de l'infection à VIH

Le but ultime de la PTME est de réduire la transmission du VIH de la mère séropositive à l'enfant. Le dépistage VIH des enfants nés de mères séropositives permet d'apprécier l'impact de la PTME et de prendre en charge les enfants infectés. Il se fait de deux manières : le dépistage précoce par PCR-DNA à 6 semaines de vie qui permet une prise en charge précoce de l'enfant, et le test sérologique à partir de 15 mois.

Mis en place en 2007, le diagnostic précoce connaît une extension progressive dans notre pays. En 2009 on est passé de 47 FS effectuant les prélèvements sur papier buvard Dry Blood Spot (DBS) à 92, soit une progression de 48%, comme le montre la figure 7.

Cette progression cache un grand déficit, car seulement 4,5 % de FS pratiquent le prélèvement sur DBS pour le diagnostic précoce. Ceci s'explique par le fait que c'est une nouvelle activité qui est en train d'être mise en place.

Figure 7 : Evolution des FS collectant les DBS au Cameroun



Ces échantillons sont acheminés vers deux laboratoires de référence (CDC et CIRCB) qui sont chargés de les analyser. Les Régions de l'Ouest, du Sud-Ouest, du Nord-Ouest et du Littoral sont couvertes par Centre for Disease Control (CDC), et les autres Régions par le Centre International de Recherche Chantal Biya (CIRCB). Le rendu des résultats se fait par SMS-Box, dans les régions couvertes par CIRCB, ce qui a significativement amélioré son délai et la prise en charge précoce des enfants infectés.

b. Couverture géographique du diagnostic précoce au Cameroun

En 2009, 8 940 enfants exposés au VIH ont bénéficié d'un dépistage précoce par PCR-DNA. 865 ont été testés positifs à la PCR1, soit un taux de positivité de 9,68% (Tableau ci-dessous).

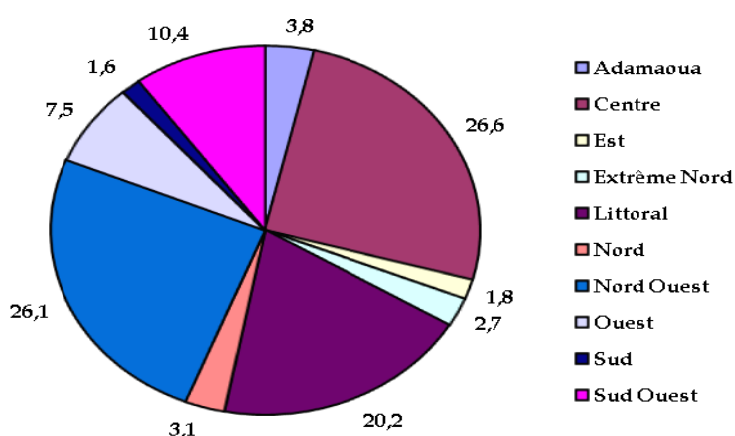
Tableau 5 : Répartition régionale des diagnostics précoces au Cameroun

Régions	Total DBS	Nombre de PCR 1 réalisée	Nombre de cas positif PCR1	Taux de positivité à la PCR 1 (%)
Adamaoua	356	356	62	17.3
Centre	2 476	2 258	215	9.5
Est	169	164	24	14.4
Extrême Nord	247	247	43	17.4
Littoral	1 881	1 805	114	6.3
Nord	291	283	41	14.5
Nord Ouest	2 435	2 152	189	8.8
Ouest	700	635	62	9.8
Sud	148	145	15	10.1
Sud Ouest	967	895	101	11.3
Total	9 314	8 940	865	9.68

Source : CIRCB&CDC, 2009

La qualité des prélèvements de DBS s'est nettement améliorée au cours de ces deux dernières années. En effet, la proportion d'échantillon de DBS rejetée des laboratoires de référence est passée de 10,2% en 2008 à 4,3% en 2009.

Figure 8 : Contribution des différentes Régions au diagnostic pédiatrique à la 6^{ème} semaine par PCR



Source : CIRCB&CDC, 2009

La mise en œuvre de ce diagnostic se heurte cependant à certaines difficultés parmi lesquelles :

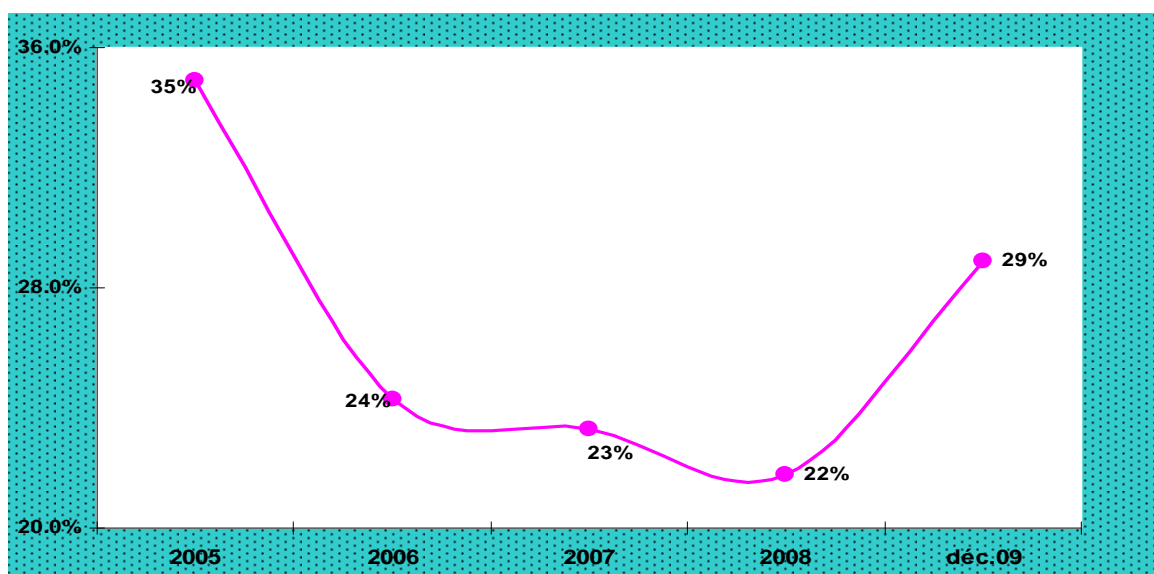
- l'accessibilité aux centres de diagnostic précoce ;
- l'insuffisance de la couverture en centres de dépistage précoce ;
- l'acheminement des échantillons (délai de rendu des résultats très long).

c. Dépistage 15 mois après la naissance

Le dépistage du VIH à partir de 15 mois après la naissance est le plus pratiqué dans les formations sanitaires. Avec le passage à l'échelle de la PTME et l'approvisionnement continu en intrants, le nombre d'enfants dépistés après 15 mois a progressé depuis 2006. La séropositivité chez ces derniers a également légèrement régressé, de 23 % à 21, 8 % entre 2007 et 2008.

Cependant, entre janvier et décembre 2009, sur les 2512 enfants nés de mères séropositives testés après 15 mois, 726 se sont révélés positifs, soit un taux de séropositivité de 28,9%. Il existe une corrélation entre les enfants exposés au VIH repérés en salle d'accouchement et le suivi des enfants exposés au VIH dans les deux mois qui suivent l'accouchement. Moins de 50% des enfants exposés vus à 2 mois de vie, sont revus tardivement à 15 mois de vie pour le diagnostic sérologique. Parmi ces enfants, l'absence de prophylaxie chez les mères et la pratique de l'allaitement mixte pourraient expliquer le taux de séropositivité très élevé obtenu après 15 mois.

Figure 9 : Séropositivité des enfants nés de mères VIH+ 15 mois après la naissance



Ces résultats traduisent la nécessité de renforcer le suivi des enfants nés de mères séropositives.

I.5.5 Implication des partenaires des femmes enceintes dans la PTME

Les données obtenues jusqu'ici montrent que 40% des partenaires des femmes enceintes testées séropositives ont accepté de faire le test de dépistage du VIH. Parmi ceux-ci, 60% ont retiré leur résultat. Les efforts en matière de PTME doivent être accentués dans le sens de renforcer la sensibilisation des partenaires des femmes enceintes séropositives pour garantir un meilleur suivi du couple mère-enfant.

I.5.6 Mobilisation communautaire en faveur de la PTME

On a observé au cours de cette année une diminution de la fréquentation des services de CPN 34,9% contre 37,2% en décembre 2008.

Il apparaît donc important de renforcer l'implication des communautés dans tout le processus de promotion et d'utilisation des services de santé.

L'exemple des groupes de soutien doit être renforcé et vulgarisé dans tous les Districts de Santé.

I.6 Renforcement de la prévention chez les Jeunes

Le renforcement de la prévention chez les jeunes de 15 à 24 ans constitue une activité prioritaire dans le PSN dont l'objectif est de réduire d'au moins 50% la proportion de nouvelles infections d'ici à 2010. Dans ce cadre, un certain nombre d'activités ont été menées. Parmi celles-ci, on peut retenir :

- la formation de 58 pairs éducateurs au sein de 05 entreprises de Douala et de Bertoua
- la reproduction de 05 panneaux routiers de sensibilisation ;
- la distribution de matériel éducatif (polos, casquettes, autocollants [15x15, 30x30] dépliants IST, kiosques métalliques, sacs, carnets de route, pare soleil, porte clés, boîte à images) par les pairs éducateurs communautaires ;
- la distribution de préservatifs masculins et féminins.

Le tableau ci-dessous montre la liste des principaux matériels distribués en direction des jeunes.

Tableau 6 : Distribution du matériel de sensibilisation en direction des jeunes en 2009

Désignation	Nombre
Magazine Entre Nous Jeunes	65 500
Magazine Among Youths	40 500
Magazine 100% Jeune	735 780
Bandes dessinées	2500
Dépliants	200 000
Affiches	37 300
Brochures sur la vie positive et la prévention positive	13 000
Dépliants campagne « Pincez Déroulez en direction des femmes »	27 000

Emissions radio hebdomadaires diffusées en langues anglaise et françaises auprès de 5 stations radio	225
Pins de sensibilisation sur le VIH/Sida	65 000
Supports de CCC/mass media (magazines, dépliants, posters et programmes radio) sur la prévention du VIH	3 425 663
T- shirts de sensibilisation sur le VIH/Sida	34 500
Dépliants préservatifs féminins	300 000

Dans le secteur de l'Education, les actions tendant à renforcer l'enseignement de L'EVF/EMP/VIH et Sida dans les curricula des enseignements officiels au Cameroun, se sont poursuivies. L'objectif visé est d'inoculer à toute la communauté éducative camerounaise « le vaccin social » afin que les comportements à risque soient abandonnés vers l'adoption des comportements sains.

Dans le secteur privé non lucratif, de nombreuses formations de jeunes ont été effectués dans ce domaine avec l'appui du programme ASR. Toutefois toutes ces interventions nécessitent d'être encadrées.

AXE STRATEGIQUE II : VERS L'ACCES UNIVERSEL AUX TRAITEMENTS ET SOINS EN FAVEUR DES ENFANTS ET ADULTES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

II.1 Accessibilité du traitement ARV pour les adultes et les enfants vivant avec le VIH

L'objectif fixé par le Plan Stratégique de lutte contre le Sida 2006-2010 est de rendre accessible le traitement ARV à au moins 75 % de PVVIH adultes et 100 % d'enfants éligibles du Cameroun.

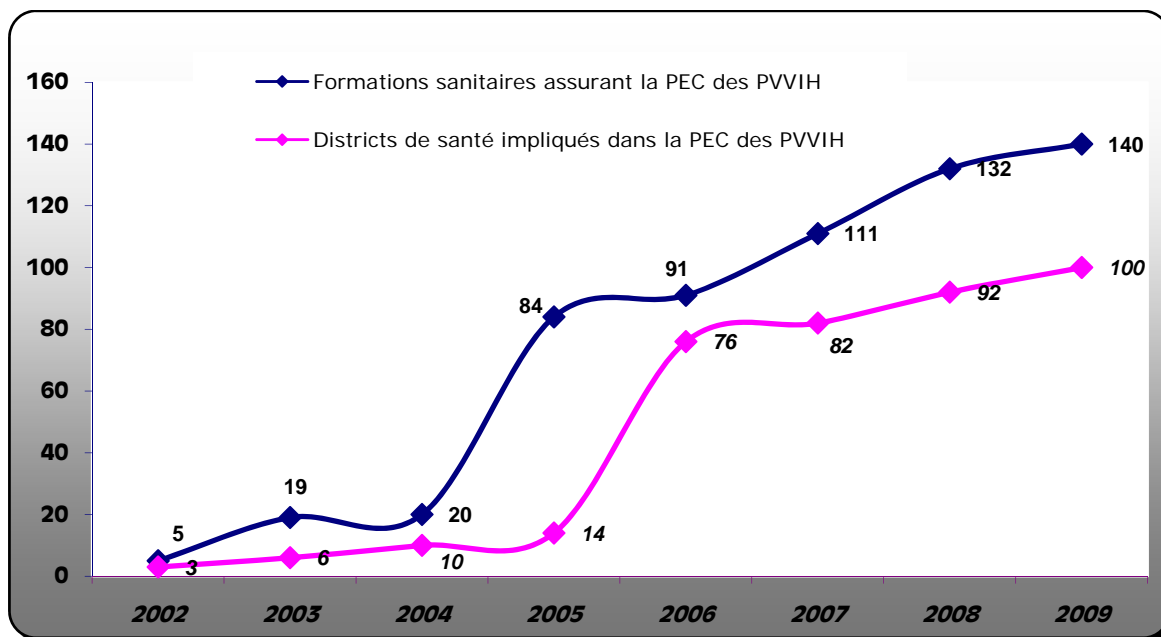
II.1.1 Facteurs favorables à l'accès universel aux traitements

La mise en œuvre de la stratégie d'accès universel aux traitements et soins a été soutenue par un certain nombre d'activités :

i. La décentralisation progressive de la prise en charge

Depuis 2004, le nombre de structures mettant en œuvre les activités de prise en charge a considérablement évolué comme le montre la figure ci-dessous. En fin décembre 2009, ce sont 140 structures sanitaires qui offrent les services de prise en charge, réparties dans 100 districts, soit 56 % de couverture.

Figure 9 : implication des structures sanitaires et des districts dans la prise en charge des PVVIH : 2002 - 2009



ii. Le recrutement du personnel paramédical

Le recrutement du personnel paramédical rendu possible avec l'appui du financement Fonds Mondial depuis 2006 a permis d'accélérer la mise en œuvre des activités de prise en charge. En 2009, 508 agents de relais communautaires, réparties dans les différents UPEC/CTA viennent en appui au personnel médical pour offrir les services d'assistance psychosociale aux PVVIH. Cette forte implication dans le suivi des patients renforce leur adhérence au traitement.

iii. La formation du personnel médical et paramédical

Dans le cadre de l'accès universel aux traitements et soins, jusqu'en fin 2009, 6 299 personnels de santé ont été formés. Ce renforcement de capacités dans les différents domaines a permis de mettre à la disposition des structures sanitaires un personnel qualifié apte à assurer des services de qualité dans leur domaine.

Tableau 7 : Formation du personnel médical et paramédical dans le cadre de l'accès universel, 2005 - 2009

Domaine	Indicateur	Valeur cumulée 2005 - 2009	Partenaire de mise en œuvre
Conseil et dépistage du VIH	Nombre de conseillers formés au conselling et testing	992	DLM
Prise en charge des IST	Nombre de personnel médical et paramédical (médecin, infirmier, conseiller) formés à la prise en charge des IST en utilisant l'approche syndromique	952	CHP
Dépistage et prise en charge de la TB et des Infections Opportunistes	Nombre de prestataires de soins et techniciens laboratoire formés au diagnostic et traitement de la TB et des infections opportunistes	330	DLM
Prise en charge par les ARV	Nombre de médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire, pharmaciens formés pour la prise en charge des cas et le soutien dans les formations sanitaires	3 625	DLM
Gestion des médicaments	Nombre de commis de pharmacie, pharmaciens formés à la gestion des médicaments	400	DPM

iv. Equipements des structures de prise en charge en matériels biomédicaux

Il s'agit principalement des équipements médicaux mis à la disposition des structures de prise en charge. En 2009, 29 spectrophotomètres, 29 centrifugeuses et 29 automates ont été acquis sur financement GFTAM et mis à la disposition des UPEC/CTA.

v. Approche tutorat

Le tutorat permet d'apporter un appui technique aux nouvelles structures de prise en charge pour le démarrage de leurs activités par un CTA «Tuteur». Sa mise en œuvre tarde à être effective malgré la mise à disposition des équipements.

vi. Subvention du traitement et des examens de suivi biologique

En 2009, les examens biologiques de suivi, d'orientation et pré thérapeutiques ont été subventionnés (Décision N° 0858/MSP/CAB/SG/CNLS/GTC/SP du 14 septembre 2009), permettant aux malades de payer respectivement 3 000, 2 500 et 500 FCFA. En fin 2009, 82 264 bilans ont été réalisés (32 210 bilans de suivi biologiques et 50 054 bilans d'orientation et pré thérapeutiques) contre 77 739 bilans en 2008.

II.1.2 Progrès en matière de prise en charge des PVVIH sous ARV

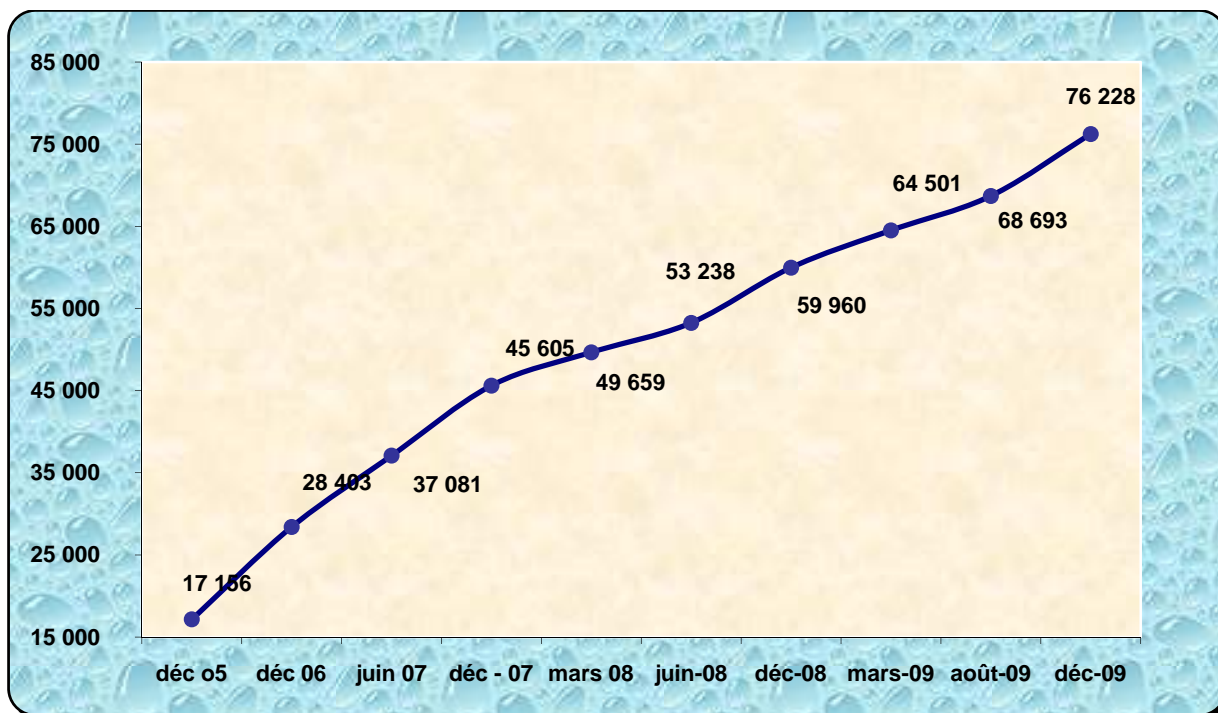
Les nouvelles estimations faites par le GTC/CNLS et la Direction de la Lutte contre la Maladie avec l'appui de l'**ONUSIDA**, de l'**OMS** et des autres agences du système des Nations Unies, à

l'aide des logiciels EPP-Spectrum, ont permis de montrer qu'en matière de besoin en thérapie ARV, **164 070** PVVIH étaient éligibles au traitement en 2009, dont **146 733** adultes et **17 337** enfants.

i. Recrutement des PVVIH (Adultes et enfants)

La file active des malades sous ARV augmente d'années en années comme l'indique la figure ci-dessous.

Figure 10 : Evolution de la file active des malades sous ARV : 2005 – décembre 2009



En fin décembre 2009, 76 228 malades étaient sous traitement ARV, soit 46,5 % des malades éligibles. L'on est passé de 59 960 PVVIH sous ARV en fin 2008 à 76 228 en fin 2009.

- Profil par sexe et par âge des PVVIH sous ARV

Le profil par sexe et par âge des PVVIH sous ARV épouse la configuration par sexe et par âge de l'épidémie (Plus de femmes touchées que d'hommes).

En fin décembre 2009, 67% des 76 228 PVVIH sous ARV sont des femmes, soit 51 032 contre 33 % d'hommes (25 196).

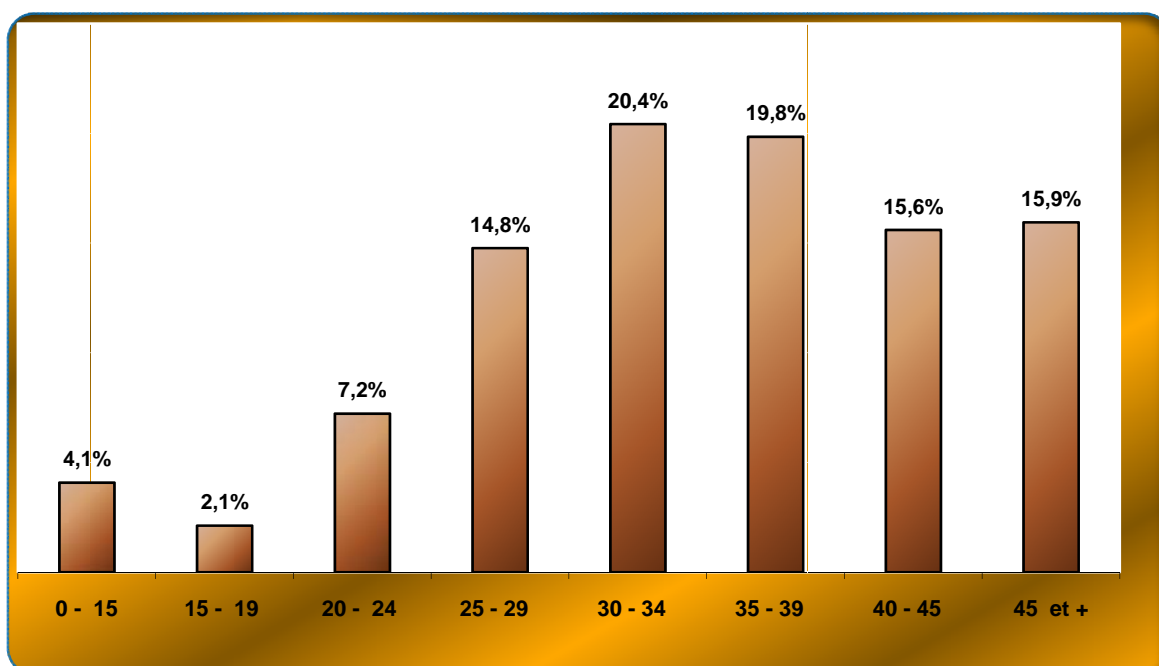
Tableau 8 : Répartition des PVVIH sous ARV par sexe et par région

Région	PVVIH Femmes sous ARV	PVVIH hommes sous ARV	Total PVVIH sous ARV	Pourcentage de PVVIH sous ARV femmes
Adamaoua	1 374	920	2 294	59,9%
Centre	13 034	6 666	19 700	66,2%
Est	1 345	693	2 038	66,0%
Extrême Nord	2 018	1 489	3 507	57,5%
Littoral	10 816	4 794	15 610	69,3%
Nord	2 060	1 286	3 346	61,6%
Nord Ouest	9 846	4 412	14 258	69,1%
Ouest	4 183	1 879	6 062	69,0%
Sud	1 455	553	2 008	72,5%
Sud Ouest	4 901	2 504	7 405	66,2%
Total	51 032	25 196	76 228	66,9%

La proportion de femmes PVVIH sous ARV est supérieure à 57 % dans toutes les régions. Ceci montre encore l'ampleur de l'épidémie chez les femmes.

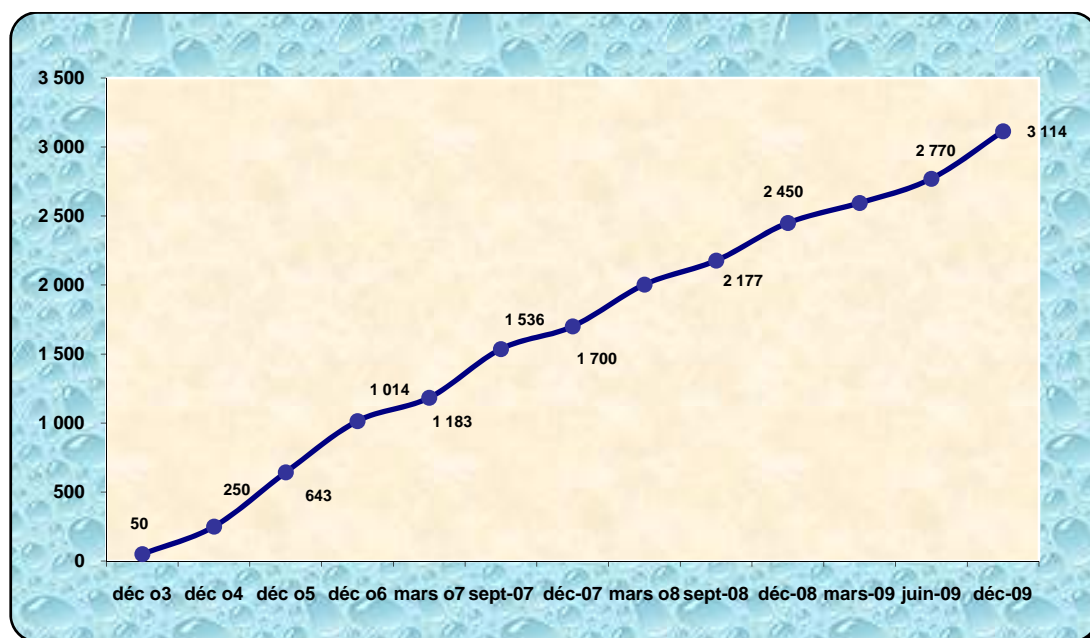
La figure ci-après montre que les patients sous ARV sont en majorité les jeunes. Les moins de 40 ans représentent 68,5 % des personnes sous ARV soit en moyenne 7 personnes sur 10 sous ARV, ont moins de 40 ans. La tranche de 30-39 ans représente 40% des personnes sous ARV. Elle constitue la force de production, moteur du développement socio-économique du pays. Cette réalité impose de réorganiser la riposte contre le VIH.

Figure 11 : Répartition des PVVIH sous ARV par tranche d'âge en fin 2009



Chez les enfants (moins de 15 ans), la tendance est également à la hausse comme le montre la figure ci-dessous avec en fin décembre 2009, 3 114 PVVIH enfants sous ARV. Ce chiffre, même s'il est en nette hausse par rapport aux années précédentes reste très en deçà du niveau acceptable d'au moins 50 % des besoins en thérapie couverts. En fin 2009, seulement 18% des 17 337 enfants éligibles ont reçu un traitement gratuit.

Figure 12 : File active des enfants sous ARV : 2003 – 2009



ii. Dynamique de recrutement dans les régions

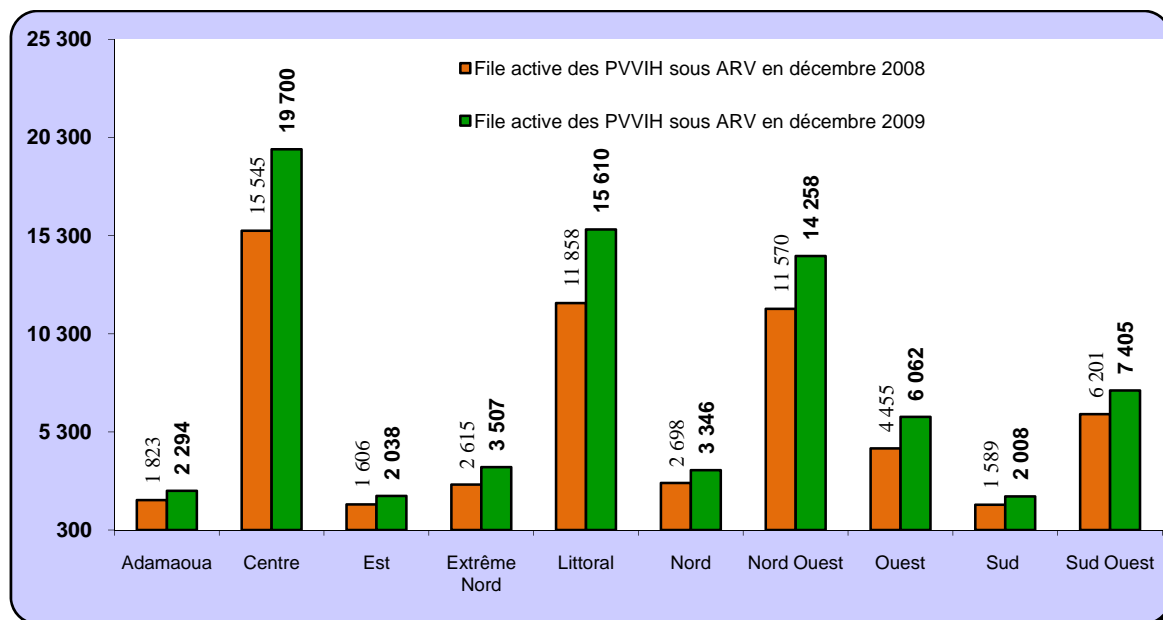
Les résultats régionaux montrent une dynamique de recrutement variable d'une région à l'autre. Dans les régions du Centre, Littoral, Nord et du Nord Ouest, au moins 50% des malades éligibles au traitement sont sous ARV. La région de l'Est enregistre un niveau de recrutement encore inférieur au seuil critique de 25%.

Tableau 9 : Dynamique de recrutement des malades sous ARV par région

Région	Total PVVIH Eligibles	PVVIH éligibles femmes	PVVIH éligibles hommes	Total PVVIH sous ARV en fin 2009	PVVIH femmes sous ARV en fin 2009	PVVIH hommes sous ARV en fin 2009	% PVVIH femmes éligibles sous ARV en fin 2009	% PVVIH hommes éligibles sous ARV en fin 2009	% PVVIH éligibles sous ARV en fin 2009
Adamaoua	8 630	5 767	2 863	2 114	1 374	920	23,8%	32,1%	27%
Centre	33 333	21 264	12 069	17 679	13 034	6 666	61,3%	55,2%	59%
Est	10 668	5 836	4 832	2 010	1 345	693	23,0%	14,3%	19%
Extrême Nord	10 179	5 048	5 131	3 057	2 018	1 489	40,0%	29,0%	34%
Littoral	27 077	15 860	11 217	13 410	10 816	4 794	68,2%	42,7%	58%
Nord	5 432	2 779	2 653	2 800	2 060	1 286	74,1%	48,5%	62%
Nord Ouest	28 682	19 086	9 596	13 245	9 846	4 412	51,6%	46,0%	50%
Ouest	17 395	7 273	10 122	5 799	4 183	1 879	57,5%	18,6%	35%
Sud	6 184	3 756	2 428	1 775	1 455	553	38,7%	22,8%	32%
Sud Ouest	16 490	10 569	5 921	6 804	4 901	2 504	46,4%	42,3%	45%
Total	164 070	97 238	66 832	68 693	51 032	25 196	52,5%	37,7%	46,5%

Même si les performances en matière de prise en charge dans certaines régions sont faibles, il faut noter que d'une année à l'autre, la dynamique en matière de prise en charge est croissante dans toutes les régions (voire figure ci-dessous).

Figure 13 : Performances régionales en matière de prise en charge des PVVIH entre 2008 et 2009



Protocoles de traitement ARV

En 2009, **97,3 %** des protocoles consommés sont ceux de première ligne et **2,7 %** ceux de deuxième ligne. Chez les adultes, 97,7 % des malades sont sous première ligne contre 2,3 % de première ligne (Voir annexe pour les détails).

Chez les enfants, **87,2 %** sont sous première ligne et **12,8 %** sous deuxième ligne.

Qu'il s'agisse des adultes ou des enfants, on constate que le poids des protocoles de deuxième ligne, même s'il reste faible (moins de 3 %) a évolué entre 2008 et 2009 ;

Tableau 10 : Evolution de la consommation des ARV par type de protocole : 2006- 2008

Année	Adultes		Enfants		Total	
	Poids des protocoles de première ligne	Poids des protocoles de deuxième ligne	Poids des protocoles de première ligne	Poids des protocoles de deuxième ligne	Poids des protocoles de première ligne	Poids des protocoles de deuxième ligne
2006	99,4%	0,6%	98,4%	1,6%	99,20%	0,80%
2007	99,1%	0,9%	96,3%	3,7%	98,41%	1,59%
2008	98,0%	2,0%	95,6%	4,4%	97,9%	2,1%
2009	97,7%	2,3%	87,2%	12,8%	97,3%	2,7%

Afin de ralentir l'émergence des résistances aux ARV pour les malades sous traitement de première intention, il importe de soutenir la politique de renforcement des capacités du personnel impliqué dans la prise en charge ainsi que l'éducation thérapeutique des malades.

II.1.3 Traitement des infections opportunistes (IO)

L'accessibilité aux traitements pour les infections est au cœur des activités de prise en charge. Les principaux traitements subventionnés par le GFTAM (prophylaxie au Cotrimoxazole, traitement pour la toxoplasmose et la cryptococcose cérébrale, traitement des cas de candidose oro-pharyngo-œsophagienne) sont mis à disposition dans les structures sanitaires afin de prendre en charge les malades présentant ces infections. En 2009, en moyenne 22 400 PVVIH ont reçu par mois une prophylaxie gratuite au cotrimoxazole. Respectivement, 766, 599 et 304 personnes ont reçu le traitement pour la cryptococcose cérébrale, toxoplasmose cérébrale et la candidose oro-pharyngo-œsophagienne.

Tableau 11 : Traitement des PVVIH pour les IO : 2006-2009

Année	Nombre moyen de PVVIH sous prophylaxie gratuite au Cotrimoxazole par mois	Nombre de cas de cryptococcose cérébrale chez les PVVIH traités gratuitement	Nombre de cas de toxoplasmose cérébrale chez PVVIH traités gratuitement	Nombre de cas de candidose oro-pharyngo-œsophagienne chez PVVIH traités gratuitement
2006	4 072	82	217	110
2007	10 461	415	784	2 077
2008	21 747	569	1 373	1 462
2009	22 400	766	599	304

II.2 Prise en charge communautaire des PVVIH

Avec l'appui de l'ONG Care Cameroun, un certain nombre d'activités visant à assurer la prise en charge communautaire ont été menées en 2009. Il s'agit de :

- la formation et le recyclage de 1 371 membres de 293 Associations et Organisations à Base Communautaire ou Confessionnelle (OBC) sur la prise en charge globale et le soutien des PVVIH ;
- la réactivation des activités de 331 Agents de Relais Communautaire (ARC) dans 60 UPEC et 21 CTA à travers des contrats de service avec 37 Associations et Organisations à Base Communautaire ou Confessionnelle (OBC) – en charge de la supervision des ARC, pour les mois de Septembre à Décembre 2009 ;
- la fourniture des paquets minimum de soutien (soutien psychosocial, fourniture de brochure d'information sur la vie positive avec le VIH et référence vers les unités de traitement) à 25.095 PVVIH à travers des visites à domicile de routine et des causeries éducatives dans les OBC et dans les Centres de traitement, réalisées par les Volontaires Communautaires et les Agents de Relais Communautaire ;
- la fourniture de 23 802 paquets de soutien spécifique aux PVVIH indigentes. Le paquet de soutien spécifique consistait en un paquet d'activités comprenant les visites à

Domicile pour la recherche des perdus de vue, les causeries éducatives pour l'observance, le conseil de suivi, le paiement de transport vers les CTA et UPEC aux PVVIH, l'appui financier aux PVVIH pour la réalisation de bilans Pré-thérapeutiques et de suivi, l'appui nutritionnel, les AGR et le Soutien Juridique.

AXE STRATEGIQUE III : PROTECTION ET SOUTIEN AUX ORPHELINS ET ENFANTS VULNERABLES (OEV)

Dans son Plan National Stratégique 2006-2010, le Cameroun s'est proposé d'apporter un soutien holistique au moins à 75% d'Orphelins et Enfants Vulnérables d'ici à 2010. Il s'agit plus spécifiquement d'accroître d'au moins 20% par an la proportion d'OEV dont les familles ont reçu un appui externe pour soutenir l'enfant, et de réduire à moins de 10% la proportion d'OEV dans les institutions spécialisées.

En 2009, pour atteindre cet objectif, le Comité National de Lutte contre le Sida, dans le cadre du Programme National de Soutien aux OEV (PNS-OEV) financé par le GFTAM (Round 4) et l'UNICEF mis en œuvre par Care Cameroun et le MINAS a permis de prendre en charge **48 797** OEV.

Dans le cadre du « projet bi-multi » et des « projets intégrés », 98 254 OEV ont été identifiés au Cameroun par les services déconcentrés du MINAS, parmi lesquels 19 593 ont fait l'objet d'une prise en charge.

Concernant le PNS OEV financé par le GFTAM round 4 à travers Care Cameroun, 29 204 OEV ont été soutenus par 51 ONG/associations :

- 2 260 enfants ont bénéficié d'un soutien de base (visite à domicile, déparasitage, moustiquaire, vérification de la situation scolaire et sanitaire), dont 627 soutiens matériels spécifiques (appui pour la santé générale, pour la nutrition et le bien être, pour l'éducation/formation professionnelle, aide juridique et familiale) ;
- 26 944 OEV ont reçu un soutien alimentaire (riz, huile, protéine) et un soutien scolaire (matériel scolaire, livres ou frais d'inscription).

AXE STRATEGIQUE IV : APPROPRIATION DE LA LUTTE PAR LES ACTEURS

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

Au Cameroun, les principaux acteurs sont les :

- PVVIH ;
- Communautés ;
- organisations religieuses ;
- leaders d'opinion ;
- Média ;
- organisations non gouvernementales et la société civile ;
- secteurs publics et privés ;
- organisations bi et multilatérales ;

Les partenaires bi et multilatéraux ont essentiellement un rôle technique et financier. Leurs contributions sont ici résumées.

IV.1 Contributions des Acteurs clés dans la lutte contre le VIH et Sida

Le Secteur public

1- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Dans ce Ministère, l'activité se résume en la tenue de cinq réunions de la commission centrale de coordination du programme sectoriel de lutte contre les IST/VIH/Sida et en l'organisation d'un atelier de formation de 35 pairs éducateurs.

2- MINISTERE DE LA PROMOTION DE LA FEMME ET DE LA FAMILLE

En 2009, les femmes, les familles, les communautés et les leaders d'opinions ont été sensibilisés sur la prévention du VIH/Sida et certains facteurs de risque tels que les mariages précoces, les mutilations génitales féminines et les autres formes de violences domestiques.

2 000 femmes victimes de violence ont été prises en charge à travers l'écoute, le conseil et l'orientation.

En matière d'autonomisation, les jeunes filles ont été formées dans 57 Centres de Promotion de la Femme et de la Famille et ont bénéficié de l'octroi des petits crédits pour réaliser des Activités Génératrices de Revenus (AGR). 2 488 projets ont été financés dans ce cadre.

En outre, on peut citer :

- la reconversion professionnelle des filles libres aux métiers valorisants par formation aux AGR ;
- l'organisation en collaboration avec les unités mobiles du CNLS de 12 campagnes de dépistage du VIH ayant permis à 2 462 hommes et femmes de connaître leur statut sérologique, lors de la Journée Internationale de la Femme, la Journée Internationale de la Famille, la Journée Mondiale de la Femme Rurale ;
- la distribution de 10 000 préservatifs féminins ;

- l'organisation des causeries éducatives sur la prévention du Sida et la démonstration de l'utilisation correcte du préservatif féminin dans les 10 régions du Cameroun ;
- la distribution de 1 750 tee-shirts et 1 000 casquettes aux femmes pendant la Journée Mondiale contre le Sida ;
- l'organisation d'une marche de solidarité de 1 000 femmes pendant la Journée Mondiale contre le Sida ;
- l'édition du Manuel de Formation des encadreurs des associations féminines en Genre, activités de Développement Communautaire et VIH/Sida.

Plusieurs autres ministères tels que les Enseignements Secondaires, l'Education de Base, l'Enseignement Supérieur, la Justice, les Finances, la Défense et autres effectuent de nombreuses activités dans la lutte contre le Sida, mais leur rapportage reste une préoccupation pour la coordination.

Le Secteur privé

La décision du Gouvernement de renforcer l'implication du secteur privé dans la réponse nationale a permis l'organisation en juin 2009 avec l'appui de l'OIT, de l'atelier de promotion du Partenariat Public Privé dont le résultat majeur est la confirmation de l'engagement du GICAM dans la lutte contre le VIH/Sida. En effet, le GICAM dans son rapport moral présenté à tous ses membres lors de son assemblée générale tenue à Douala en décembre 2009 s'est proposé de lancer bientôt une campagne nationale de collecte des fonds pour permettre au Gouvernement d'acquérir les stocks d'anti rétro viraux dont il a aujourd'hui impérieusement besoin.

Au niveau opérationnel, et grâce au programme SIDA/OIT-COOP, la lutte contre le Sida s'est étendue au secteur informel. 22 coopératives et Organisations du secteur informel (dont 02 faitières de dimension nationale Camccull1 et ANESCAM2) ont élaboré leurs politiques basées sur le Recueil des Directives pratiques du BIT, et leurs plans d'action de lutte contre le Sida. 92 Leaders des Coopératives, 48 Points Focaux et 231 Pairs-Educateurs-Conseillers ont été formés sur différents aspects prioritaires de lutte contre le VIH/Sida : planification, prévention, lutte contre stigmatisation-discrimination, soutien, soins et orientation. Les sessions de sensibilisation et de causerie éducatives organisées par les Comités de lutte contre le Sida au sein des coopératives et des organisations du secteur informel ont permis de toucher 16,000 travailleurs et leurs familles;

Le programme SIDA/OIT-COOP s'est employé à développer des synergies d'actions entre les Coopératives et d'autres institutions (Groupes Techniques Régionaux de lutte contre le VIH, Associations des Personnes Vivant avec le VIH/Sida, ACMS) de lutte contre le VIH/Sida, pour l'organisation de 25 campagnes de dépistage et le dépistage de 2,861 coopérateurs, travailleurs du secteur informel et leurs familles de connaître leurs statuts sérologique, et de référer 94 personnes positives vers les services de soins et de soutien.

Les capacités de 05 Coopératives ont été renforcées sur le développement de l'entrepreneuriat en faveur des femmes infectées/affectées par le VIH/Sida. 14 leaders de ces institutions ont été formés. En outre, les capacités de 230 femmes vivant avec le VIH été renforcées et 88 d'entre elles ont eu accès à des fonds de démarrage de leurs micro-projets.

¹ Cameroon Cooperative Credit Union League

² Association Nationale des Exploitants à la Sauvette

ONG/Associations

Plusieurs ONG/associations se sont mis en exergue en 2009 à travers la mise en oeuvre d'un certain nombre d'activités.

1 International Centre for Humanitarian Action, Networking and grassroots Empowerment (I-CHANGE)

L'année 2009 a été marquée par le renforcement des capacités des acteurs communautaires. Il s'est agi ici de l'appui :

- à l'association pour la réinsertion et l'implication des personnes infectées et affectées par le VIH ;
- au réseau Camerounais des associations des PVVIH (RéCAP+) ;
- à l'association SUNAIDS ;
- aux élèves, étudiants et chercheurs ;
- à la participation des groupes communautaires dans des activités de santé publique et de développement.

2 - RéCAP+

Les activités de cette association ont essentiellement consisté à :

- la prise en charge des PVVIH avec la promotion de la vente de «spiruline» et la participation à une émission radio sur la santé sexuelle et la reproduction des PVVIH;
- la lutte contre la stigmatisation et promotion des droits de l'homme;
- le renforcement des capacités des membres avec l'organisation de trois ateliers (d'imprégnation du conseil d'administration et du suivi-évaluation, de réflexion sur le plaidoyer pour l'accès aux traitements et formation des conseillers médiateurs).

3 - SunAids

Cette association s'active plus dans l'information, le soutien et la prise en charge psychosociale à travers la ligne verte « ALLO INFO SIDA ».

Des 2 080 appels reçus sur le dispositif du 30 mars au 31 décembre 2009, on en recense environ 233 appels provenant des personnes mentionnant leur statut de séropositif au VIH, soit environ 11,20% de la totalité des appelants.

La tranche d'âge des appelants majoritaire est celle de 20-24 ans représentant 37% , suivi des appelants de 15-19 ans qui représente 33,41%, pourcentage relativement en hausse par rapport à 2008. Les jeunes adultes de 15 à 24 ans représentent ainsi près de 71 % de l'ensemble des appelants.

Les appels reçus à travers le dispositif « Allo Info Sida » sont en majorité des appels d'ordre informationnel. Ce qui démontre que la ligne verte 88 21 50 50 reste un important outil de prévention en amont.

4 - AMICAALL

Les activités suivantes ont été réalisées en 2009 :

- Renforcement des capacités des maires de 10 Communes de la région de l'Extrême Nord et 10 Communes de la région de l'Ouest sur la gestion locale des programmes de la lutte contre le VIH/Sida ;
- Renforcement des capacités des Associations des PVVIH de la région de l'Extrême Nord et de l'Ouest sur la gestion efficace d'une Association, leur implication dans les activités de lutte contre le VIH/Sida, la création des AGR et le montage des microprojets en collaboration avec le Sous programme de réduction de la Pauvreté à la base (SPRPB);
- Mise en place d'une plateforme de concertation et de collaboration entre les maires et les Associations des PVVIH des régions de l'Extrême Nord et de l'Ouest pour plus de leadership et d'efficience dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- Mise en place et renforcement des capacités des Equipes Municipales de lutte contre le VIH/Sida (EMV) dans 10 Communes de la région de l'Extrême Nord et 10 Commune de la région de l'Ouest ;
- Remise des kits d'information et de sensibilisation sur le VIH/Sida et sur l'autonomisation financière de femmes aux Communes de Douala I, Nkongsamba I, II et III ;

Tableau 12 : Synthèse des interventions des ONG/Associations en 2009

Nom de l'ONG/Association/Programme	Axe stratégique d'intervention	Principales activités réalisées
ACMS	Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution de préservatifs et supports de communication - Organisation des campagnes de dépistage, causeries éducatives, formation des pairs éducateurs - Recherches comportementales chez les jeunes
CAMNAFAW	Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution de préservatifs et supports de communication - Appui au soutien des minorités sexuelles
CARE – Cameroun	Prévention, prise en charge des OEV	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien aux OEV - Production et distribution des outils de CCC/mass media - Formation des membres des ONG et OBC de la société civile sur le CDV et la PEC des PVVIH
Care and Health Program	Prévention, et prise en charge des IST	<ul style="list-style-type: none"> - Formation des prestataires de soins à la PEC syndromique des IST - Appui aux activités de dépistage du VIH et des IST - Prise en charge des cas dépistés
IRESCO	Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Production et distribution de supports de communication - Recherches comportementales chez les jeunes
SunAids	Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Défense des droits des personnes vivant avec le VIH/Sida incluant l'accès aux traitements antirétroviraux et le plaidoyer auprès des décideurs nationaux et des organismes internationaux pour un accès libre, universel et gratuit aux traitements, - Conseil Dépistage en milieu hospitalier et carcéral, - Ecoute inter-personnelle à la permanence, - Soins à domicile notamment palliatifs aux personnes grabataires, - Prévention des IST/VIH/Sida sur les axes routiers et en milieu jeune, - Education thérapeutique, financement des traitements des infections opportunistes, - Examens et bilans de suivi des indigents, et - Ligne nationale d'écoute téléphonique sur le VIH-Sida (prévention, orientation et soutien). -
AMICAALL	Dépistage OEV	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien aux OEV - Mobilisation pour le dépistage volontaire - Soutien psychosocial et matériel aux PVVIH - Soutien aux OEV

Coopération bilatérale

Les activités du **Programme Germano-Camerounais de Santé/Sida (PGCSS)** dans la lutte contre le VIH/Sida pour la période de Janvier à décembre 2009 ont tourné autour des principaux axes suivants :

- dépistage du VIH chez les détenus dans une dizaine de prisons, chez les patients TB et auprès des jeunes filles mères;
- prise en charge des PVVIH en milieu carcéral ;
- accompagnement à l'observance des traitements ARV (stat DED NW et OU + films x 4, émissions spécialisées + MAMS) ;
- vie positive et renforcement du leadership au niveau des associations (NW + OU) ;
- prise en charge des PVVIH par les Mutuelles de santé ;
- sensibilisation sur le VIH et la prévention des violences basées sur le genre et notamment du viol et de l'inceste.

AXE STRATEGIQUE V : SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET PROMOTION DE LA RECHERCHE

V-1 DOMAINE DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

Plusieurs activités ont été menées en 2009 dans ce cadre.

V.1.1 Surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes

L'une des importantes activités menées en matière de surveillance de l'infection est l'enquête sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes. Cette enquête s'est effectuée en 2009. Elle a été menée dans 59 sites urbains et ruraux dans les 10 Régions du Cameroun.

V.1.2 Surveillance de l'émergence des résistances aux ARV

En 2009, dans le cadre de l'extension de la surveillance des résistances débutées en 2008, les activités suivantes ont été réalisées avec l'appui de l'**OMS** :

- la diffusion d'un toolkit de documents normatifs et de directives sur la prévention et la surveillance des résistances du VIH aux ARV ;
- la formation des équipes de 20 CTA/UPEC sur l'utilisation des outils de gestion des données pour le suivi des patients VIH et la collecte des IAP ;
- la production des registres de prise en charge des PVVIH.

L'évaluation des indicateurs d'alerte précoce de la pharmaco résistance du VIH dans 20 sites de traitement ainsi que l'enquête de monitoring de la pharmaco résistance du VIH chez les patients sous traitement ARV à la CNPS permettront d'apporter plus de lisibilité sur les actions à mener dans le cadre de la lutte contre l'émergence des résistances chez les PVVIH sous ARV.

V-2 PROMOTION DE LA RECHERCHE

En 2009, de nombreuses recherches ont été initiées par divers acteurs : universitaires, société civile, partenaires au développement et par le GTC/CNLS.

Celles ayant obtenu une autorisation du Ministère de la Santé Publique sont les suivantes :

- Paediatric HIV-1 Infection in Cameroon: from early diagnosis to treatment;
- Weaning related challenges and caring strategies of breastfeeding and breastfeeding HIV positive mother;
- Etude immunologique pour le développement d'un vaccin pédiatrique pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Histoplasmosse chez les sujets séropositifs VIH consultant en milieu hospitalier dans les trois villes en Afrique Subsaharienne : Abidjan (COTE D'IVOIRE), Bangui (RCA), Yaoundé (CMR) ;
- Détermination de valeurs de référence des sous populations lymphocytaires chez les enfants sains et VIH relatif au Cameroun,
- Les impacts sur l'immunité fœtale des maladies infectieuses maternelles au Cameroun ;
- The client at the centre of care take-home HIV/AIDS monitoring tool study;
- Intégrer les liens entre le VIH/Sida et la réduction de la pauvreté en milieu rural aux programmes de développement en Afrique de l'Ouest et du Centre ;
- Evaluation des indicateurs d'alerte précoce de la pharmaco résistance du VIH aux traitements ARV chez les PVVIH dans la ville de Yaoundé au Cameroun ;
- Drug resources enhancement against AIDS and malnutrition (DREAM) program-community of Saint Egidio and Daughter of charity of Dschang;
- Evaluation de trois stratégies de traitement antirétroviral de deuxième ligne en Afrique (Dakar, Bobo Diou, Lamo, Yaoundé) ;
- Recherche Action pour la prévention du VIH-Sida à Madagascar, au Burkina Faso et au Cameroun : Etude de l'impact en population du programme MFPF (Réduction des Risques Sexuels en direction des femmes) basé sur la formation de formatrices, l'abord global de la sexualité de la santé communautaire » ;
- Améliorer la disponibilité des données fiables sur la situation des professionnels du sexe au Cameroun ;
- Evaluation de l'échec virologique et résistances aux antirétroviraux (ARV) chez des patients VIH positifs pris en charge dans les programme et structures nationaux au Burkina-Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Thaïlande, Togo et Vietnam-ANRS 2186

Les résultats de plusieurs de ces recherches sont disponibles et font chacun l'objet d'un rapport spécifique.

Les recherches suivantes ont été effectuées avec l'appui du Système des Nations Unies :

- enquête d'évaluation de la qualité de la prise en charge des IST selon l'approche syndromique au Cameroun ;
- étude d'impact du VIH/Sida dans les secteurs santé, éducation, agricole et Industrie & service. (Projet VIH/PRSP) Réalisation de la cartographie géographique et sociale de vulnérabilité au VIH/Sida (projet VIH/PRSP) ;
- enquête sur les indicateurs d'alerte précoce (IAP) ;
- enquête de surveillance sentinelle VIH 2009 ;
- analyse des flux financiers (NASA) dans la lutte contre le VIH/SIDA 2008/2009 ;
- étude d'analyse de situation sur le genre et le VIH/SIDA au Cameroun ;
- étude d'analyse de situation sur la coordination nationale des réponses au VIH/SIDA à travers la mise en oeuvre des « Three Ones » au Cameroun.

AXE STRATEGIQUE VI : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU PARTENARIAT ET DU SUIVI/EVALUATION

Le présent rapport met en relief le volume des activités dans cet axe. Ce chapitre relève uniquement les activités qui semblent pertinentes pour la compréhension du niveau d'exécution du plan stratégique et celles qui permettent d'améliorer l'opérationnalisation de ce plan en 2010.

VI.1 Coordination et Gestion administrative

1-1. Les missions d'audit

Au cours de 2009, deux missions d'audit externe ont été effectuées au GTC/CNLS : il s'agit de l'audit de gestion du programme par un cabinet indépendant et de la mission d'inspection du GFTAM.

1-2 Flux des dépenses en matière de lutte contre le Sida

Une enquête sur le flux des dépenses 2008 a été réalisée en 2009. Il ressort de celle-ci que les dépenses effectuées par les différents acteurs au Cameroun (Etat, société civile, secteur privé, partenaires bi et multi latéraux, etc.) en matière de lutte contre le VIH/Sida et les IST sont estimées à 1 128 FCFA par tête d'habitant.

La plus importante source de financement en 2008 est constituée par les fonds extérieurs avec une contribution de 73,4% du total des fonds. La contribution du Gouvernement représente 15,7% du montant global.

VI.2 Le suivi Evaluation

Le système de suivi et évaluation permet d'apprécier régulièrement les performances d'exécution du Plan National Stratégique et apporte les modifications nécessaires pour une utilisation efficiente et efficace des ressources. L'ensemble d'informations stratégiques obtenu grâce à un ce système favorise la prise de décision pour une meilleure orientation de la lutte.

Système de Suivi Evaluation actuel

La section planification, suivi évaluation du groupe technique central du Comité National de Lutte contre le Sida est l'unité qui assure la coordination du suivi de la riposte nationale. Elle est constituée de 05 cadres suivi évaluation au niveau central et d'un chef d'unité suivi évaluation au niveau de chacune des 10 régions.

Afin de renforcer le rôle et la place du Suivi Evaluation dans l'exécution des activités du PNLS, le Ministre de la Santé Publique a mis sur pied un Groupe Technique de Suivi Evaluation (GTSE) en 2008. Ce groupe, qui comprend les acteurs de Suivi Evaluation des Partenaires et ceux du MINSANTE est chargé d'assurer la coordination du Suivi du PNLS pour une réponse plus concrète et perceptible des actions de lutte contre le Sida.

Outre ce groupe, d'autres cadres de coordination du suivi de la mise en œuvre du PSN existent. On peut citer :

- Le Groupe de coordination des partenaires de la lutte contre le Sida (GCOP)
- Le Country Coordinating Mechanism (CCM)
- L'Equipe conjointe du système des Nations Unies sur le VIH/Sida.

L'unité suivi évaluation du GTC, avec l'appui des partenaires, a produit les outils et documents nécessaires à la gestion efficace des données ainsi qu'à la lisibilité des interventions.

Parmi ceux ci, on peut citer :

- La formation des acteurs de suivi évaluation au niveau régional sur le CRIS
- Le rapport sur le profil des estimations et projections en matière de VIH et Sida.
- Le rapport accès universel 2009;
- Les rapports sur les gaps programmatiques et financiers du PSN ;

Cependant, le système de suivi évaluation est confronté aux difficultés ci après :

- L'insuffisance de l'appropriation du Suivi-Evaluation par les acteurs des différents secteurs, d'où la difficulté de compilation de données et d'élaboration des rapports par l'organe de coordination nationale ;
- La faiblesse des systèmes d'information des secteurs liée à l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines ;
- L'insuffisance du financement du volet suivi évaluation, se traduisant par la non réalisation de nombreuses études programmées.

Défis pour la mise en place d'un système performant de S&E

Le système de suivi évaluation existant est peu performant et nécessite une évaluation afin de dégager ses forces et faiblesses. Très peu de financement a été accordé à ce volet au cours des dernières années. Les principaux défis consisteront à mobiliser plus de ressources en vue d'assurer le renforcement de capacités humaines et matérielles et de garantir le déploiement des activités de suivi et supervision à tous les niveaux.

CONTRAINTES ET DIFFICULTES

La gestion des activités au cours de l'année 2009 ne s'est pas déroulée sans entraves. Plusieurs écueils ont retardé voire empêcher l'exécution de certaines activités.

Axe 1 : Accès à la prévention, le principal obstacle est lié à l'insuffisance de financements pour la promotion des activités de prévention. Même si le résultat en termes de personnes dépistées est en nette progression de manière générale, il faut relever qu'au niveau des unités mobiles, il est en net recul par rapport aux années précédentes. L'insuffisance de moyens financiers n'a pas permis le déploiement normal des 12 unités mobiles.

Cette absence de financement touche également le volet de la transfusion sanguine ou la volonté de création d'un centre national de transfusion sanguine ne s'est pas encore matérialisée. Si des efforts certains sont mis en place pour promouvoir un sang transfusé de bonne qualité, l'offre de celle-ci reste encore minime par rapport à la demande.

Axe 3 : Les activités liées au volet sur la prise en charge des OEV ont connu un frein en 2009. Ceci est principalement imputable à l'absence de financement dans cette composante. Les OEV pris en charge dans le cadre du financement Fonds Mondial n'ont bénéficié que d'une prise en charge partielle.

Axe 4 : L'appropriation de la lutte par certains acteurs est certes perceptible, mais un certain nombre de problème se pose :

- Le suivi des réponses multisectorielles :
 - Qualité des acteurs et ou leur capacité à assurer l'interface GTC/Secteurs concernés ;
 - Déficit des informations sur les réalisations et les financements (Secteurs publics);
 - Faible documentation des réalisations ;
 - Remontée des informations dans la pyramide du système du Suivi – évaluation ;
 - Les faiblesses dans la coordination (irrégularité des réunions du CNLS).
- Ressources financières limitées qui limitent l'implication et l'action des acteurs (ONG, Société civile, secteur informel, etc).

Le Suivi Evaluation des activités de lutte contre le Sida reste encore à renforcer. L'absence de fonds pour le suivi à travers les réunions de coordination et de suivi à l'échelle nationale et régionale ne permet pas d'assurer une bonne cohérence dans la mise en œuvre du programme. L'insuffisance des missions de supervision à tous les niveaux n'a pas permis d'avoir une lecture exhaustive des problèmes à tous les niveaux dans tous les axes de la lutte.

CONCLUSION :

La riposte contre le VIH et le Sida au Cameroun a connu en 2009, des résultats importants dans chacun des axes stratégiques.

Les progrès les plus remarquables sont observés dans la prévention, particulièrement dans la PTME et dans les activités de coordination et de recherche. La décentralisation de la prise en charge a également progressé. Cette progression est traduite par un accroissement de la file active des PVVIH sous ARV.

Malgré les efforts effectués par l'ensemble des partenaires, et les progrès publiés dans différents rapports d'étape, les résultats obtenus sont encore assez loin des objectifs prescrits par le plan stratégique.

De nombreuses actions menées dans certains secteurs ne sont pas pris en compte dans les résultats généraux de la lutte. Des efforts sont indispensables dans la collecte de l'information et dans la coordination des activités. La baisse de la fonctionnalité des Unités Mobiles, s'est traduite par une baisse du nombre de tests effectués. L'efficacité de cette stratégie étant démontrée, des mesures devront être prises pour rendre les Unité Mobiles plus fonctionnelles.

La couverture en diagnostic précoce des formations sanitaires est encore très faible et exige des efforts en vue de couvrir le maximum de formations sanitaires et d'encourager un système de réseautage autour des centres disposant de plateau technique adéquat.

La sécurité transfusionnelle n'est pas encore acquise. Dans ce domaine, l'appui des partenaires reste indispensable.

Concernant les préservatifs, la distribution du préservatif féminin a connu un succès inédit, mais son amélioration est possible. En effet la distribution s'est essentiellement effectuée par un seul partenaire. Le réseau de distribution du préservatif dans le secteur pharmaceutique privé pourrait présenter une certaine efficacité.

Les progrès remarquables du recrutement des patients sous ARV traduisent l'efficacité du Programme, mais pourraient occulter les très nombreux patients qui, pour maintes raisons n'ont pas accès à la réponse offerte aujourd'hui gratuitement. Une révision des stratégies en

cours en vue de les réadapter sur la base des leçons tirées des quatre ans de mise en œuvre du PSN, pourrait permettre le recrutement et la prise en charge de ces derniers.

La non éligibilité de la requête du CNLS au 9ème round du financement du Fonds Mondial contre la Tuberculose, le Paludisme et le Sida, au cours de l'année 2009 pourrait avoir un impact important dans la finalisation de la mise en œuvre du PNS de lutte contre le Sida au cours de l'année 2010.