

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

**RAPPORT DE PROGRES SUR LA DECLARATION D'ENGAGEMENT
SUR LE VIH/SIDA UNGASS**

Janvier 2008 - Décembre 2009

Date de transmission : le 26/03/2010



**COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA
NATIONAL AIDS CONTROL COMMITTEE**



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PHUD
UNFPA
ONUDC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

TABLE DES MATIERES

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA	1
NATIONAL AIDS CONTROL COMMITTEE	1
LISTE DES ACRONYMES	3
AVANT PROPOS	4
RESUME D'ORIENTATION	5
II. APERÇU SUR L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA AU CAMEROUN	13
2.1. Aspects épidémiologiques.....	13
2.2 Aspects socio comportementaux.....	13
2.3 Impact de l'infection.....	14
III. LA REPONSE NATIONALE	14
3.1 Les changements dans les engagements nationaux	14
3.2 Les changements dans la mise en œuvre des programmes	15
3.3 Les réalisations dans les domaines prioritaires	15
3.3.1 Prévention	15
3.3.1.1. Le conseil et dépistage.....	15
3.3.1.2 La prévention et prise en charge des IST.....	16
3.3.1.3 Promotion du préservatif.....	16
3.3.1.4 Sécurité Sanguine.....	16
3.3.1.5 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).....	17
3.3.1.6 Renforcement de la Prévention chez les Jeunes.....	17
3.3.2 Traitement, Soins et Soutien	18
4.3.1.3 Surveillance de la co infection VIH/Tuberculose.....	24
4. 3.1.5 Orphelins et Enfants Vulnérables	25
V. QUELQUES MEILLEURES PRATIQUES	27
5.1 La Mise en place d'une coalition de la société civile.....	27
5.2 Passage à l'échelle de certains programmes : Approche District en PTME.....	27
VI. Défis majeurs et mesures correctrices	28
6.1 Les défis rapportés en 2007 et mesures correctrices apportées :	28
6.2 Les nouveaux défis de 2008 et 2009 :	29
VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	29
VIII. SUIVI ET EVALUATION	31
REFERENCES	37

LISTE DES ACRONYMES

ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
ARV	Antirétroviraux
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCM	Country Coordinating Mechanism
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
CIRCB	Centre International de Référence Chantal BIYA
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CRESAR	Centre de Recherche pour la Santé des Armées
CTA	Centre de Traitement Agréé
EDS	Enquête démographique et de santé
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
GCOP	Groupe de Coordination volet Opérationnel des Partenaires
GICAM	Groupement Inter Patronal du Cameroun
GTZ	Coopération Technique allemande
ICPN	Indicateur Composite de Politique Nationale
IDU	Injecting Drug Users
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
KFW	Kreditanstalt für Wiederaufbau (Banque allemande de développement)
LANACOME	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments Essentiels
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MIO	Médicaments pour les Infections Opportunistes
MSM	Men having Sex with Men
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
PPSAC	Programme de Prévention du VIH/Sida en Afrique Centrale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RECAP +	Réseau Camerounais des Associations de Personnes Vivant avec le VIH/Sida
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TB	Tuberculose
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNFPA	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

AVANT PROPOS

Face à la menace du VIH-SIDA, les chefs d'Etats et de gouvernements du monde réunis au siège de l'Organisation des Nations Unies dans le cadre d'une session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies, ont pris l'engagement solennel en 2001 à rechercher des solutions à cette crise.

En juin 2005, une évaluation des avancées liées à cet engagement a été effectuée et de nouvelles stratégies ont été mise en œuvre sur la base des éléments nouveaux présentés dans le Rapport mondial de situation. Le Cameroun, engagé dans cette dynamique mondiale a entrepris la production de ce quatrième rapport de progrès 2008-2009.

L'année 2008 se situe à mi parcours de la mise en œuvre du PSN 2006 - 2010. Elle a été principalement marquée par une diminution des financements en faveur de la lutte contre le Sida. Bien que cette baisse de ressources financières ait influencé la réalisation de certaines activités, elle n'a pas entamé l'élan communiqué par le Gouvernement camerounais dans la lutte contre le Sida.

La place de la riposte contre le SIDA est toujours au centre des priorités du gouvernement Camerounais. Le Plan Stratégique pour le Développement et l'Emploi et La stratégie sectorielle de la santé du Cameroun illustrent bien cet engagement du gouvernement camerounais.

Au-delà de toutes les actions fortes déjà concrétisées telles que la gratuité des ARV, la prise en charge des orphelins et enfants rendus vulnérables dans le contexte du VIH-Sida, l'inscription dans le budget de l'état du financement de la lutte, le Cameroun réitère son engagement à combattre avec tous ses partenaires et avec acharnement le VIH-Sida. Pour ce faire, un nouveau plan Stratégique 2011-2015 sera élaboré au cours de l'année 2010. Il tiendra compte de la physionomie actuelle de l'épidémie suite à l'évaluation du plan stratégique en cours, de la présence, de l'action énergique et de la concertation des partenaires ; en particulier les agences du système des Nations Unies, la société civile, les associations des personnes vivant avec le VIH, le secteur privé, les leaders religieux, les jeunes, et les femmes.

Enfin, le gouvernement camerounais exprime sa sincère gratitude aux auteurs du rapport et à tous ceux qui ont contribué directement ou par des études à l'élaboration de cet important document.

RESUME D'ORIENTATION

Les premiers cas d'infection à VIH ont été notifiés au Cameroun en 1986.

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS III) a établi la prévalence du VIH à 5,5 % en 2004 pour la tranche des 15 – 49 ans. Selon les estimations de l'ONUSIDA en 2009, cette prévalence est de 5,32 dans le même groupe d'âge. Le Cameroun reste donc un pays à épidémie généralisée. En effet, la séroprévalence chez les femmes tourne autour de 6,8 % contre 4,1 % chez les hommes. La tranche de 20 à 39 ans est la plus touchée avec des prévalences allant de 7,8 à 8,9 % en 2004.

La séroprévalence estimée à travers un système de surveillance sentinelle auprès des femmes en consultation prénatale est passée de 0,5% en 1987 à 10,8% en 2000 (Rapport sur la surveillance sentinelle VIH et syphilis, Ministère de la Santé Publique, 2001).

Chez les femmes enceintes, la prévalence médiane était de 7,3 % selon les résultats de l'enquête de surveillance sentinelle menée en 2002. La répartition par zone montre que le milieu urbain est plus touché que le milieu rural avec respectivement 6,7 % et 4,0 % (INS, Enquête démographique et de santé, 2004).

En 2005, l'étude de la séroprévalence et comportementale parmi les forces de l'ordre au Cameroun a révélé une prévalence de 11,2%. Ce taux était de : 10,6% pour la première région militaire (Centre, Sud et Est) ; 11,1% pour la deuxième (Littoral, Sud-Ouest, Ouest et, Nord-Ouest) et 12,7% pour la troisième (Adamaoua, Nord et Extrême-Nord)

En 2009 l'enquête de surveillance sentinelle menée dans 59 sites repartis dans les 10 régions a révélé une prévalence du VIH de 7,57%.

Le Cameroun fidèle à son engagement produit comme retenu dans le cadre du suivi de la déclaration d'engagement depuis 2003 des rapports de progrès à l'attention du Secrétaire Général des Nations Unies. Ce dernier est donc le quatrième du genre.

La rédaction du présent rapport a été inclusive et a enregistré la participation de l'ensemble des partenaires impliqués dans la lutte, soit de façon directe dans la rédaction soit à travers des réunions et ateliers de validation des données qui s'y trouvent consignées. En effet, le travail a été supervisé par un groupe restreint présidé par le Groupe Technique Central /CNLS et constitué par les représentants du gouvernement à travers le GTC/CNLS, la Direction de la lutte contre la Maladie/ Ministère de la Santé Publique, du réseau des personnes vivant avec le VIH, de la Société Civile qui a assuré la collecte des données des ICPN, de l'UNFPA, du PNUD, de l'UNICEF, de l'OMS et de l'ONUSIDA qui assurait le secrétariat technique du processus.

Le groupe restreint ainsi mis en place tenait régulièrement des réunions hebdomadaires de suivi. Deux réunions de validation ont permis d'aboutir à un consensus technique sur les données rapportées et une réunion avec les services centraux a permis une adoption du rapport (le narratif de UNGASS et celui sur les ICPN).

Le rapport a été élaboré grâce à un travail d'exploitation documentaire incluant aussi bien des documents de base tels que l'EDS III, l'enquête MICS 2006 et d'autres rapport d'enquêtes et d'analyse de situation (voir liste en annexe) mais aussi des données des programmes en cours d'exécution par le gouvernement et ses partenaires, complétées par une collecte d'informations auprès des informateurs clés identifiés suivant les thématiques spécifiques liées au VIH et analyse des réponses.

La période couverte par le présent rapport de progrès se situe dans la seconde phase de la mise en œuvre du PSN 2006 - 2010. Elle a été principalement marquée par une diminution des financements en faveur de la lutte contre le Sida. Bien que cette baisse de ressources financières ait influencé la réalisation de certaines activités, elle n'a pas entamé l'élan communiqué par le Gouvernement Camerounais dans la lutte contre le Sida. La bonne gouvernance et la gestion axée sur les résultats constituent le socle de la mise en œuvre des activités.

Depuis le lancement du Plan Stratégique National 2006-2010, un certain nombre d'activités concourant à la réduction de la propagation de l'infection et de l'impact du VIH dans la population générale sont réalisées.

Suite à la gratuité des ARV, les examens de suivi biologique, d'orientation et bilan pré thérapeutique ont été subventionnés.

Les faits ayant marqué la période de rapportage sont la poursuite de la décentralisation des activités de prise en charge des patients, l'extension de la couverture territoriale en offre de service PTME et l'augmentation du nombre d'Orphelins et Enfants Vulnérables soutenus.

Ainsi, les principaux résultats de la mise en œuvre des activités inventoriées en fin décembre 2009 sont les suivants :

- 450 012 personnes, ont été testées au VIH, 11,83% étaient séropositifs ;
- 228 812 femmes enceintes ont été testées dans le cadre de la PTME et 6,9% étaient déclarées séropositives ;
- Parmi les femmes enceintes séropositives, 9092 ont bénéficié de la prophylaxie ARV et 7290 enfants exposés ont été mis sous prophylaxie ARV ;
- 8 940 enfants nés de mères séropositives parmi lesquels 9,7 % testés à la PCR (à 06 semaines) étaient positifs ;
- La file active des patients sous ARV est de 76 228 en fin décembre 2009 soit 46,5% des patients éligibles;
- 25 038 351 préservatifs distribués dont 382 276 féminins ;
- 48 797 OEV ont été soutenus

Le Suivi- Evaluation, suite à l'adoption et à la dissémination du guide national et les formations des chargés de suivi et évaluation dans le domaine ont permis d'améliorer le système de collecte et de remontée des données.

Sur les 25 indicateurs UNGASS, 04 ne sont pas renseignés au Cameroun. Les données de comportement datent de 2004, année de la dernière EDS. Concernant les indicateurs 3, 19 et 23, le rapport fera état d'actions pilotes et parcellaires.

Le présent rapport comporte les articulations suivantes :

- L'aperçu sur l'épidémie
- Les niveaux des indicateurs UNGASS durant la période de rapportage
- La réponse nationale face à l'épidémie,
- Quelques meilleures pratiques
- Les défis majeurs et les mesures correctives utilisées
- Les supports des partenaires,
- Le suivi et évaluation

TABLEAU DES LES INDICATEURS UNGASS

Indicateurs	2008	2009	Sources de données	Observations
Indicateur 1 : Dépenses intérieures pour la lutte contre le SIDA (en \$US)	42 619 952	NA	Rapport NASA 2008.	L'enquête NASA 2009 est en cours d'élaboration.
Dépenses internationales pour la lutte contre le SIDA (en \$US)	31 312 879	NA		
Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le SIDA (en \$US)	11 307 073	NA		
Indicateur 3 : Pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité	100%		Rapport annuel CNLS 2008	Les données parcellaires de 2009 montrent que 81 692 poches de sang ont été collectées et testées au VIH selon l'algorithme national.
Indicateur 4 : Pourcentage d'adultes et d'enfants dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent des antirétroviraux	39%	46,46%	Rapport annuel CNLS 2008-2009. Les données sur les patients éligibles sont issues du rapport sur le profil des estimations et projections en matière de VIH pour les périodes 1970-2012 et 2009 – 2015.	Les données sont collectées dans 136 structures de prise en charge en 2008 et 140 en 2009.
Hommes	30,4%	37,5%		
Femmes	45,5%	52,5%		
<15 ans	29,8%	18%		
15 et +	39,7%	49,8%		
Indicateur 5 : Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	18,4%	57,7%	Année 2008 : Numérateur : Rapport de progrès PTME N° 2- 2008, GTC-CNLS, 2008, rapport annuel 2008 et plan opérationnel 2009 des activités du Programme National de Lutte contre le Sida (2009) et du rapport « Profil des estimations et projections en matière de VIH et Sida au Cameroun, 1970- 2012 » GTC-CNLS, 2008. Année 2009 Numérateur : Rapport de progrès PTME N° 3 juin - 2009, GTC-CNLS, 2008, rapport annuel 2009 et plan opérationnel 2010 des activités du Programme National de Lutte contre le Sida (2010) et du rapport « Profil des estimations et projections en matière de VIH et Sida au Cameroun, 2009- 2015 » GTC-CNLS, 2009	Le protocole prophylactique au Cameroun prévoit la bithérapie En 2008 Schémas prophylactiques associant 2 ARV:10315 En 2009; Schémas prophylactiques associant 2 ARV: 9 092.
Indicateur 6 : Pourcentage de cas de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un	3,5%		Rapport annuel PNL/TB 2008	Tous les cas TB/VIH+ sont référés dans les CTA/UPEC et ce pourcentage représente les

Indicateurs	2008	2009	Sources de données	Observations
traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH				cas pour lesquels la contre référence a été faite.
Indicateur 7 : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	11%	11%	Données EDS III 2004	L'enquête EDS IV est en cours
Hommes	13,9%	13,9%		
Femmes	9,7%	9,7%		
Indicateur 8 : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat				
<i>Professionnelles du sexe</i>	32,4%	32,4%	Enquête séro-épidémiologique et comportementale dans les groupes spécifiques réalisée en 2004	Les données pour les professionnels de sexe et les militaires datent de 2004.
<i>Militaires</i>	63 %	63 %	Enquête séro-épidémiologique et comportementale dans les Forces de Défense réalisée en 2005	
20 - 24 ans	72,1%	72,1%		
25 - 49 ans	62,1%	62,1%		
Indicateur 9 : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre			Enquête séro-épidémiologique et comportementale dans les groupes spécifiques réalisée en 2004	
<i>Professionnelles du sexe</i>	78,0%		Enquête séro-épidémiologique et comportementale dans les groupes spécifiques réalisée en 2004	
<i>Militaires</i>	59,3 %		Enquête de séro prévalence du VIH et de l'étude comportementale dans les Forces de Défense, Cameroun, 2005	
Indicateur 10 : Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	20,2 %	15,59%	Données de programme. Rapport annuel CNLS 2008-2009.	Dans le contexte du Cameroun, on ne différencie pas les OEV dû au VIH et les autres OEV ; tous les OEV bénéficient du soutien du programme ; les deux sexes sont inclus.

Indicateurs	2008	2009	Sources de données	Observations
Indicateur 11 : Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	3%	6,23%	Données de programme obtenues des Ministères de l'Education de base et secondaire/UNESCO 2007.	Les 6,23 % des écoles représentent 760 (360 en 2007 et 400 en 2009) sur 12201
Indicateur 12 : Orphelins et autres enfants de 10 à 14 ans fréquentant actuellement l'école	78,5% ; G : 98,7% , F : 67,20%		Base de données MICS 2006	le rapport de l'enquête MICS III ne présente pas de données désagrégées ; celles-ci ont été extraites de la base de données de cette enquête disponible à l'Institut National des Statistiques (INS)
Indicateur 13 : Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	G : 34,5% F : 27,4%	G : 34,5% F : 27,4%	EDS III 2004	L'enquête MICS menée en 2006 chez les femmes nous donne pour ce indicateur 32,0% chez les femmes.
Indicateur 14 Pourcentage de <i>professionnelles</i> du sexe possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	81,0%		Enquête séro-épidémiologique et comportementale dans les groupes spécifiques, 2004.	
Indicateur 15 : Pourcentage de jeunes femmes et d'hommes de 15 à 24 ans ayant eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans	G : 23% F : 34,5%		EDS III 2004	Pour les mêmes tranches d'âge en 2006, on a chez les jeunes filles, 14,2% chez les 15-24 ans, 13,4% chez les 15-19 ans et 15,1% chez les 20-24 ans (Rapport MICS).
15 – 19 ans	G : 23,1% F : 31,9%			
20 – 24 ans	G : 22,9% F : 37,7%			
Indicateur 16 : Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au	17,85%		EDS III 2004	L'EDS IV est en cours. Elle permettra d'actualiser cette donnée.

Indicateurs	2008	2009	Sources de données	Observations
cours des 12 derniers mois				
Indicateur 17 : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des derniers 12 mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	47,4%		EDS III 2004	L'EDS IV est en cours. Elle permettra d'actualiser cette donnée.
Indicateur 18 : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client		72,7 %	Enquête séro-épidémiologique et comportementale sur le VIH Sida et la syphilis chez les travailleurs de sexe. Mars 2010.	Le rapport est en cours de validation. L'étude a été réalisée au niveau national sur un échantillon de 1000 individus dont 04 hommes et 996 femmes.
Indicateur 19 : Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin		43,7 %	Mémoire Université H.P de Nancy I: Identité, pratiques sexuelles à risque en matière de VIH/sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans la ville de Douala	L'étude a été réalisée à Douala sur un échantillon de 174 individus.
Indicateur 20 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leur dernier rapport sexuel	NA			Cet indicateur n'est pas renseigné par le Comité National de lutte contre la drogue. Les données disponibles portent sur le trafic de ces stupéfiants au niveau des aéroports et frontières du pays.
Indicateur 21 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	NA			
Indicateur 22 : Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans infectés par le VIH	3,2 %		EDS III 2004 et Enquête de surveillance sentinelle du VIH et de la Syphilis chez les femmes enceintes en 2009.	Les données de 2008 sont de l'EDS III de 2004 ; celles de 2009 sont issues de l'enquête de surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes
Hommes	1,4%			
Femmes	4,8%	6,62%		
15 - 19 ans	1,4%	5,06%		
20 - 24 ans	5,5%	7,8%		

Indicateurs	2008	2009	Sources de données	Observations	
Indicateur 23 : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes infectées par le VIH		35,5%	Enquête séro-épidémiologique et comportementale sur le VIH Sida et la syphilis chez les travailleurs de sexe. Mars 2010	Le rapport est en cours de validation. L'étude a été réalisée au niveau national sur un échantillon de 1000 individus dont 04 hommes et 996 femmes.	
<i>Professionnelles du sexe</i>					
<i>Militaires</i>					
Hommes	11,2%		Enquête de séro prévalence du VIH et de l'étude comportementale dans les Forces de Défense, Cameroun 2005		
Femmes	11,5%				
< 25 ans	3,6%				
> 25 ans	3,6%				
et +	11,2%				
Indicateur 24 : Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	89,89%		Rapport annuel CNLS 2008	Les données de cet indicateur pour 2008 sont surestimées. Les registres de suivi des patients sous ARV ont été révisés pour faciliter le suivi des cohortes permettant de renseigner cet indicateur à partir de 2010.	
Hommes	92,90%				
Femmes	97,0%				
<15 ans	91,7%				
15 et +	89,89%				
Indicateur 25 : Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	21,9%	27,4%	Rapports annuels CNLS 2008 et 2009	Cette forte séropositivité pourrait être expliquée par le fait que tous les enfants testés à 15 mois n'ont pas bénéficié de la PTME. D'autant plus que la majorité vient souvent consulter dès l'apparition de signes cliniques de l'infection à VIH autour de 15 mois. Le test à 06 semaines (PCR) indique une prévalence de 9,7%.	

II. APERÇU SUR L'ÉPIDÉMIE DE VIH/SIDA AU CAMEROUN

Les dernières données d'envergure nationale sur l'épidémie de VIH et Sida au Cameroun datent de 2004. Il s'agit des résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSIII) qui a alors classé le Cameroun comme un pays en contexte d'épidémie généralisée. Les jeunes, les femmes et certains groupes spécifiques tels que les hommes en tenue, les travailleurs du sexe et leurs clients ayant des comportements à haut risque sont considérés comme les groupes vulnérables.

2.1. Aspects épidémiologiques

☞ Séroprévalence dans la population générale

La séroprévalence, estimée à travers un système de surveillance sentinelle auprès des femmes en consultation prénatale est passée de 7,3% en 2002 à 7,57% en 2009 (Rapport sur la surveillance sentinelle VIH et syphilis, Ministère de la Santé Publique, 2009).

Les estimations sur l'impact de l'infection à partir des logiciels Estimation Projection Package (EPP) et Spectrum révèlent que la prévalence dans la population des 15– 49 ans se situe autour de 5,32 % en 2009 avec près de 602 520 personnes infectées.

☞ Prévalence dans les groupes spécifiques les plus à risque

En 2009, une étude comportementale et de séroprévalence a été menée chez les travailleurs de sexe (Rapport enquête comportementale et de séroprévalence du VIH et de la Syphilis chez les TS au Cameroun, 2009). Les résultats montrent une évolution de la prévalence qui est passée dans ce groupe de 26,4 % en 2004, à 36,7 % en 2009.

2.2 Aspects socio comportementaux

Selon les résultats de l'étude sur les travailleurs du sexe réalisée en fin 2009 (sur un échantillon de 1000 personnes dont 96 femmes et 4 hommes), 60% des personnes interrogées déclare utiliser régulièrement le condom et 72,7% déclare l'avoir utilisé lors du dernier rapport sexuel. Ces chiffres montrent une différence par rapport à l'étude de 2005.

Selon les résultats de l'étude « Identité, pratiques sexuelles à risque en matière de VIH/sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans la ville de Douala » en 2008-2009, le phénomène d'homosexualité existe au Cameroun et est pratiqué dans la majorité des cas par des jeunes avec un âge médian des personnes interrogées se situant à 25 ans. L'utilisation du condom n'est pas systématique lors des rapports (utilisation par 43,7% des 168 personnes enquêtées).

2.3 Impact de l'infection

L'impact humain et social de cette pandémie est important. Partant des estimations de l'ONUSIDA/OMS, le nombre d'adultes infectés au VIH s'établirait à environ 602 000 en 2009 pour près de 52 000 enfants infectés. De même, en 2009, on estime à environ 72 000 femmes enceintes séropositives attendues pour près de 10 700 naissances séropositives. Le nombre de décès annuel liés au VIH estimé en 2009 s'élève à 50 000. Au plan social, on assiste à un accroissement important du nombre d'orphelins liés au Sida. Estimé entre 2004 et 2006 à 240 000 (ONUSIDA et OMS 2006), ce nombre se situerait à près de 327 600 en 2009, représentant près de 26 % du total des orphelins.

Outre les groupes à risque où elle se fait le plus ressentir, l'épidémie du VIH tend aussi à toucher la population active essentiellement constituée de jeunes. En 2009, les moins de 40 ans représentent 79 % du total des personnes infectées (Rapport EPP-Spectrum).

III. LA REPONSE NATIONALE

3.1 Les changements dans les engagements nationaux

L'engagement de la plus haute autorité a été renouvelé lors de plusieurs discours politiques, notamment lors de son adresse à la jeunesse le 10/02/2010. Cet engagement est annuellement renouvelé lors des grandes campagnes telles que vacances sans sida en juillet 2009 mettant l'accent sur la vulnérabilité particulière des jeunes notamment face au VIH et sida.

L'engagement du gouvernement se concrétise par :

- la création de lignes budgétaires pour la prévention, le soutien aux orphelins et la prise en charge des cas au sein des secteurs tels que la défense, l'éducation, le travail, le tourisme...
- l'augmentation des contributions financières de l'Etat et l'affectation d'une partie des ressources PPTTE à la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH.
- La création et l'équipement chaque année de nouvelles unités de prise en charge des patients.

Les engagements nationaux en termes d'objectifs chiffrés pour l'accès universel à la prévention au soutien et traitement sont toujours exprimés et progressent positivement en terme de couverture des cibles par les différentes interventions.

La volonté politique du Gouvernement Camerounais de promouvoir l'égalité de sexes se lit aussi à travers la ratification de plusieurs instruments juridiques internationaux notamment :

- La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ;
- La Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples ;
- La Convention sur les Droits Politiques de la Femme ;
- Le Pacte International relatif aux Droits Economiques, sociaux et Culturels ;

- La convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes (CDF) ;

Il faut aussi relever l'implication de la 1^{ère} Dame du Cameroun dont l'engagement s'exprime à travers les nombreuses actions de plaidoyer, sensibilisation, prévention à l'endroit des femmes et des jeunes, à la prise en charge des cas et au développement de la recherche sur le VIH et Sida.

3.2 Les changements dans la mise en œuvre des programmes

Dans le cadre de l'Accès Universel aux traitements et soins, jusqu'en fin 2009, ce sont 5 899 personnels de santé qui ont été formés. Ce renforcement de capacités dans les différents domaines a permis de mettre à la disposition des structures sanitaires le personnel qualifié apte à assurer des services de qualité dans leur domaine de compétence.

L'insuffisance de financement dû à l'arrivée à terme de plusieurs projets (Round 3, Round 4, Projet Bi-Multi de l'UNICEF, MAP I), a eu un impact sur la mise en œuvre du PSN 2006-2010, notamment dans les domaines de la prévention, des soins à domicile, de prise en charge des OEV et l'implication de la société civile.

3.3 Les réalisations dans les domaines prioritaires

3.3.1 Prévention

Dans ce domaine, il s'est agit de réduire la morbidité et la mortalité liée au VIH à travers la prévention des nouvelles infections par le Conseil et Dépistage, la prise en charge des IST, la promotion du préservatif, la sécurité sanguine, la réduction de nouvelles infections chez les jeunes et les femmes et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

3.3.1.1. Le conseil et dépistage

Les plans opérationnels 2008 et 2009 envisageaient de faire connaître chaque année à 1 500 000 personnes leur statut sérologique à travers le dépistage. Le conseil et dépistage a été réalisé en stratégie fixe dans les formations sanitaires et en stratégie mobile à travers les unités mobiles de dépistage.

Le nombre de personnes testées en 2008 se chiffrait à 597 352 et à 450 022 en 2009 toutes stratégies confondues y compris en PTME. Parmi les personnes testées, 41 931 étaient séropositives en 2008 contre 53 238 en 2009. La diminution du nombre de personnes testées entre 2008 et 2009 s'explique par le ralentissement des activités des équipes mobiles de dépistage pour des raisons multiples, entre autres d'ordre financiers et de maintenance de la logistique.

3.3.1.2 La prévention et prise en charge des IST

Plusieurs activités ont été menées en 2008 et 2009 dans ce cadre. Il s'agit notamment :

- du renforcement des capacités du personnel en conseil et dépistage où 78 conseillers ont été formés ;
- 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.
- l'offre de counseling et dépistage du VIH chez les patients souffrant d'IST.

Environ **63 881** cas d'IST traités ont été notifiés en 2008 et **51 745** en 2009.

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.

3.3.1.3 Promotion du préservatif

La distribution des préservatifs féminins et masculins connaît une évolution. Spécifiquement le préservatif féminin est passé de 143 593 en 2008 à 382 276 en 2009. La consommation annuelle de préservatifs masculins en 2009 a été de 24 656 075 avec une amélioration de la couverture en zone rurale (environ 40% du total des ventes) contre 33 485 765 en 2008. On estime donc à 2,61 en moyenne, le nombre de préservatifs par personne de 15-49 ans.

La communication interpersonnelle a été renforcée afin que le plus grand nombre de consommateurs améliorent leur perception personnelle du risque par rapport au VIH. A cet effet, un total de 726 pairs éducateurs et relais communautaires ont été formés sur la prévention du VIH et la connaissance de l'utilisation correcte des préservatifs féminins et masculins. Toutefois des efforts restent encore à faire en termes de couverture des zones rurales, et de disponibilité des préservatifs auprès des populations les plus à risques (Professionnelles de sexe, camionneurs, populations migrantes, pêcheurs, MSM). Le gap entre les besoins à couvrir et les besoins couverts restent encore très importants, car à ces jours seulement 31% des besoins en préservatifs masculins sont couverts.

3.3.1.4 Sécurité Sanguine

En 2008, 63 258 poches de sang ont été collectées et testées dans 67 hôpitaux dont 16 régionaux, centraux et généraux et 51 hôpitaux de districts. En 2009, les données parcellaires recueillies indiquent qu'au moins 81 692 poches de sang ont été collectées et testées au VIH. Toutes les poches de sang ont été testées en utilisant l'algorithme de dépistage développé tel que formulé dans les recommandations en matière de dépistage dans le domaine de la transfusion sanguine. 6 398 poches étaient positifs, soit 7,8%.

3.3.1.5 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)

La stratégie de décentralisation progressive de cette activité a permis d'enrôler 2 025 formations sanitaires dans le processus. Ce chiffre est en pleine évolution en effet, en 2007 on enregistrait 1 817 formations sanitaires offrant le paquet minimum de la PTME.

La disponibilité des ARV à titre prophylactique dans les dites structures a remarquablement amélioré les performances en matière de réduction de la TME.

En 2008 et 2009, respectivement 283 204 et 228 812 femmes ont bénéficié d'un conseil et dépistage volontaire. La séropositivité des femmes aussi bien en consultation prénatale qu'en salle d'accouchement tourne autour de 6,9%. Cette valeur est confortée par les résultats de l'enquête de surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes qui établit à 7,6%, la prévalence du VIH en 2009.

En 2008 et 2009, respectivement 10 114 et 9 092 femmes enceintes séropositives ont reçu la prophylaxie ARV pour réduire la TME contre 6 213 en 2007. Ce sont au total 57,7 % des 15 765 femmes enceintes testées séropositives qui ont bénéficié d'une prophylaxie ARV (ces chiffres sont légèrement différents de ceux en page 7). Ce nombre même s'il montre que des efforts certains sont réalisés dans ce domaine, établit néanmoins qu'un défi important reste à relever, celui de la mise sous prophylaxie ARV de toutes les femmes enceintes séropositives.

Les directives en matière de PTME recommandent l'administration des ARV à l'enfant né de mère séropositive immédiatement après la naissance. La mise en place de cette politique a contribué à freiner considérablement les nouvelles infections chez les nourrissons. En 2008, 8 158 enfants nés de mères séropositives vus dans les formations sanitaires ont bénéficié d'une prophylaxie aux ARV, contre 7 092 en 2009.

3.3.1.6 Renforcement de la Prévention chez les Jeunes

Les activités de dépistage à travers les unités mobiles ont permis de tester 60 050 jeunes (Rapport annuel 2009). Les acteurs du secteur public, les ONG et les Organisations internationales ont participé aux activités de sensibilisation qui touchent les jeunes aussi bien en milieu scolaire et non scolaire. Il s'agit de Vacances sans Sida, Fête de la jeunesse, Semaine camerounaise, etc ...

En marge de ces activités, la distribution du matériel de sensibilisation a également été une activité importante dans la sensibilisation des jeunes en 2008. Ce matériel a été distribué grâce à l'appui des partenaires.

Au niveau du secteur public, les actions tendant à renforcer l'enseignement de L'EVF/EMP/VIH et Sida dans le curriculum officiel camerounais ont été entreprises. L'objectif visé est de voir toute la communauté éducative Camerounaise abandonner les comportements à risque et adopter des comportements protecteurs par l'appropriation des compétences de vie courantes essentielles.

3.3.2 Traitement, Soins et Soutien

Il s'est agi d'assurer la prise en charge médicale, nutritionnelle et psychosociale des personnes infectées (par la prévention des I.O, le traitement des patients au stade sida, etc.).

Plusieurs événements ont déterminé l'accélération de la prise en charge des patients. Parmi ceux-ci, on note:

- Le recrutement du personnel paramédical
- La formation du personnel médical et paramédical
- L'approvisionnement des structures de prise en charge en équipements biomédicaux
- L'approche tutorat
- La subvention du traitement et des examens de suivi

Dans le domaine de l'Accès aux traitements, 508 (400 en 2006 et 108 en 2007) agents de relais communautaires ont été recrutés dans les UPEC/CTA afin d'appuyer le personnel médical dans les activités de soutien psychosocial des patients. Ces 508 ARC ont été répartis dans tous les centres de traitement et de par leur activité d'aide à l'observance, ont significativement contribué à booster la file active des patients suivis ainsi que leur adhérence au traitement.

En matière d'Accès Universel, depuis 2007, 5 899 personnels de santé ont été formés dont 2 117 en 2009 grâce au financement du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, du Paludisme et de la Tuberculose¹. Ce renforcement de capacités dans les différents domaines a permis de mettre à la disposition des structures sanitaires en personnel qualifié apte à assurer des services de qualité dans leur domaine.

Des équipements médicaux ont été mis à la disposition des centres de traitements. Dans le cadre de la réalisation des examens de suivi, les financements des partenaires ont largement contribué à la dotation en matériel des UPEC/CTA au cours des dernières années. En fin 2009, 67 structures de prise en charge sur les 140 ont été dotées en équipements médicaux (spectrophotomètres, centrifugeuses, automates d'hématologie et de biochimie, etc.).

3.3.2.4 Approche tutorat

Cette approche a permis de doter chaque nouvelle unité démarrant les activités de prise en charge d'un « Tuteur » qui devrait l'accompagner dans la mise en place progressive du dispositif de prise en charge. La participation de médecins prescripteurs de ces nouvelles UPEC dans les réunions du comité thérapeutique des « Tuteurs » a considérablement renforcé les capacités de ces derniers, tout en les rendant aptes à assurer un suivi de qualité de leurs patients.

¹ Rapport de progrès N 11 du Fonds Mondial Round 5.

3.3.2.5 Subvention du traitement et des examens de suivi des patients sous ARV

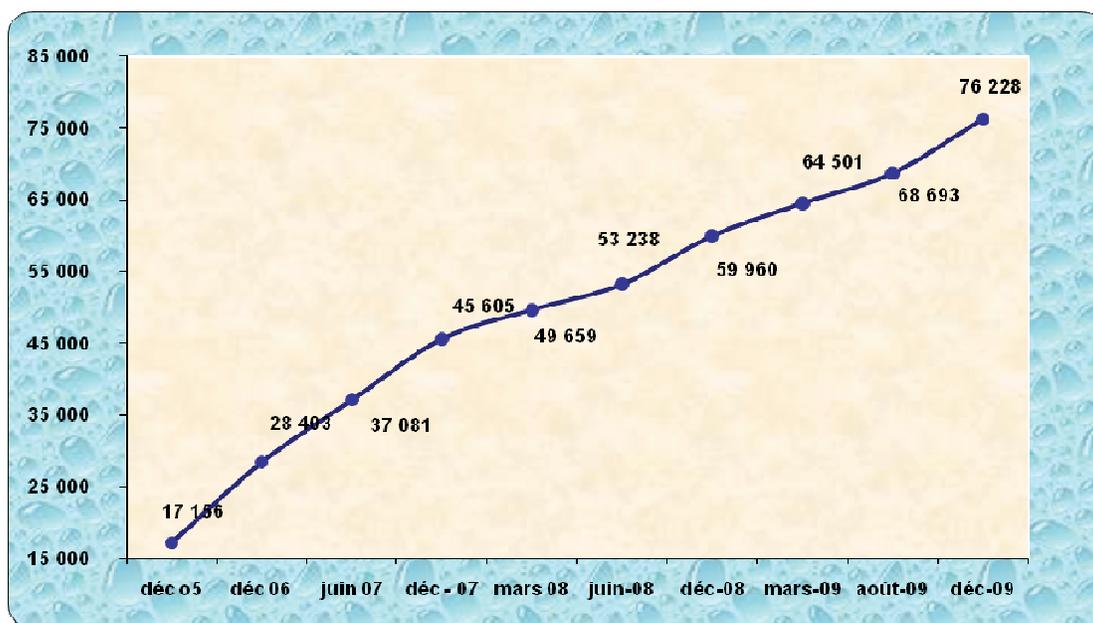
Depuis 2004 et ce grâce à la contribution financière des partenaires on a assisté à une diminution progressive du coût du traitement et des examens de suivi pour les patients éligibles au traitement ARV.

A partir de 2008, les examens de suivi biologique, d'orientation et bilan pré thérapeutique coûtent respectivement 3 000, 2500 et 500 FCFA. Ceci a considérablement amélioré le suivi des patients sous ARV. C'est ainsi qu'en 2008, et 2009, respectivement 77 739 et 82 264 bilans ont été réalisés, contre 56 433 en 2007.

La file active des patients sous ARV a constamment évolué d'années en années comme le montre la figure ci-dessous.

En fin décembre 2009, ce sont 76 228 patients qui étaient sous traitement ARV. Ceci représente près de 46,46 % des patients éligibles. L'on est passé de 59 960 patients sous ARV en fin 2008 à 76 228 en fin 2009 soit 16 268 nouveaux patients recrutés. Le pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux est de 46,5 % en fin 2009.

Figure 1 : Evolution de la file active des patients sous ARV : 2005 – décembre 2009



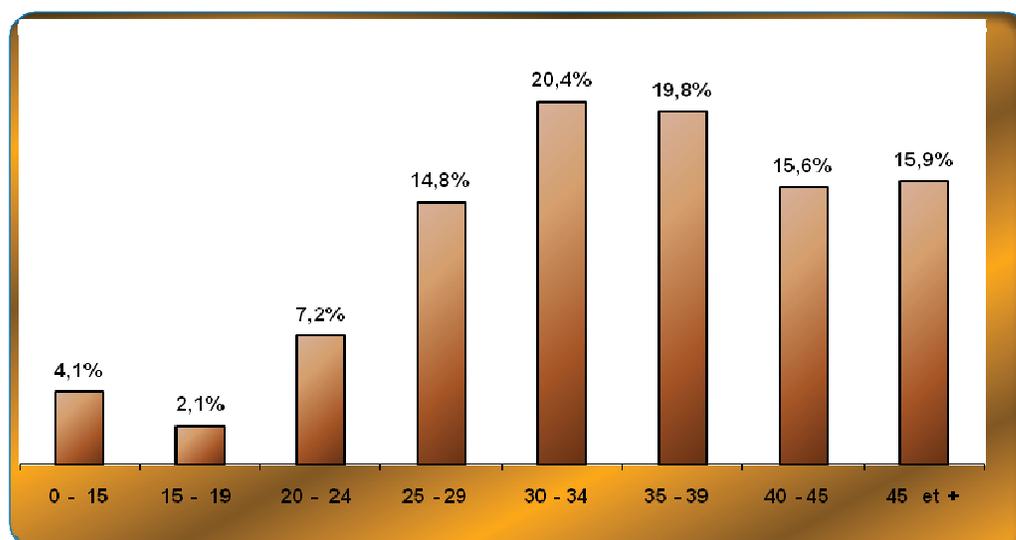
Source: Rapport annuel 2009 GTC/CNLS

Le profil par sexe et par âge des Patients 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 patients sous ARV sont des femmes, soit 51 032 contre 33 % d'hommes (25 196).

Les jeunes de 15 à 39 ans représentent 64,3% des patients sous ARV contre 31,5% pour les adultes de 40 ans et plus. Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas épargnés, ils représentent 4,1 % de l'ensemble des Patients sous ARV en fin 2009. Ceci implique la nécessité d'intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en direction des jeunes et des enfants qui constituent les populations les plus vulnérables (Rapport annuel 2009 GTC/CNLS).

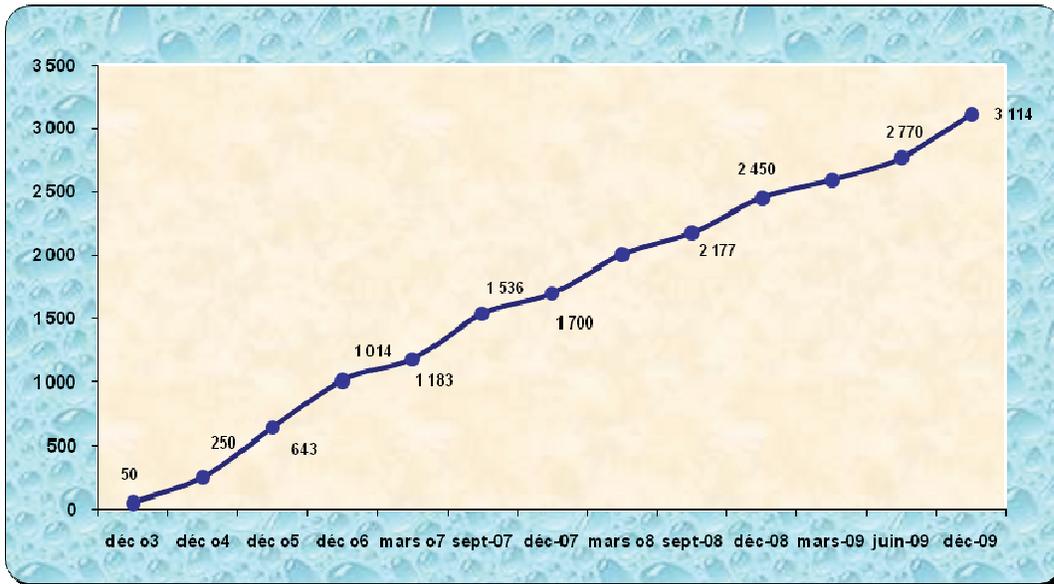
Figure 2 : Répartition des patients sous ARV par tranche d'âge en fin 2009



Source: Rapport annuel 2009 GTC/CNLS

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 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 % de couverture des besoins en thérapie. En fin 2009, seulement 18% des 17 337 enfants éligibles recevaient un traitement gratuit.

Figure 3 : File active des enfants sous ARV : 2003 – 2009



Source: Rapport annuel 2009 GTC/CNLS

En vue d'améliorer l'accessibilité et la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida par les antirétroviraux au Cameroun, le Gouvernement a décidé de nouvelles mesures prescrivant la standardisation de la thérapie antirétrovirale sur l'ensemble du territoire national.

Plusieurs types de protocoles de première et deuxième ligne ont été recommandés suivant l'état clinique du malade.

En 2009, **97,7 %** des protocoles consommés sont ceux de première ligne et **2,3 %** ceux de deuxième ligne chez les adultes.

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

Qu'il s'agisse des adultes ou des enfants, plusieurs constats peuvent être faits au regard de l'évolution du poids de chaque type de protocole entre 2008 et 2009 :

- Le poids des protocoles de deuxième ligne, même s'il reste faible (moins de 3 %) a évolué entre 2008 et 2009 ;
- Le poids des protocoles de deuxième ligne reste encore faible (moins de 3 %) par rapport aux normes internationales pour les patients sous ARV depuis plus de deux ans même si chez les enfants, ce poids a tendance à augmenter.

Tableau 1 : Evolution de la consommation des ARV par type de protocole : 2006- 2009

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%

Source : Rapport annuel 2009 GTC/CNLS

Afin de ralentir la résurgence des résistances aux traitements pour les patients sous traitement de première intention, il importe de soutenir la politique de renforcement des capacités du personnel impliqué dans la prise en charge et la sensibilisation des patients à une meilleure observance du traitement.

- **Accessibilité au 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 les partenaires au développement (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 patients qui présentent ces infections. En 2009, ce sont en moyenne 22 400 patients qui ont reçu par mois une prophylaxie gratuite au cotrimoxazole. Respectivement, 766, 599 et 304 personnes ont reçu le traitement pour la cryptococcose cérébrale, la toxoplasmose cérébrale et la candidose oro-pharyngo-œsophagienne.

Tableau 2 : Traitement des patients pour les IO : 2006-2009

	Nombre moyen de patients sous prophylaxie gratuite au Cotrimoxazole par mois	Nombre de cas de cryptococcose cérébrale chez les patients traités gratuitement	Nombre de cas de toxoplasmose cérébrale chez patients traités gratuitement	Nombre de cas de candidose oro-pharyngo-œsophagienne chez patients 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

Source : Rapport annuel 2010 GTC/CNLS

- **Prise en charge communautaire des patients**

Avec l'appui de la société civile, un certain nombre d'activités visant à assurer la prise en charge communautaire ont été menées en 2008 et 2009.

Les principales sont les suivantes:

- La formation et recyclage de 1 371 membres de 293 Organisations Non-Gouvernementales (ONG) et Organisations à Base Communautaire ou Confessionnelle (OBCC) de la société civile sur la prise en charge globale et le soutien des patients
- 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 Organisations Non-Gouvernementales (ONG) et Organisations à Base Communautaire ou Confessionnelle (OBCC) – en charge de leur supervision, 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 avec le VIH et référence vers les unités de traitement) à 25.095 patients à travers des visites à domicile de routine et des causeries éducatives dans les OBCC 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 patients indigents. Le paquet de soutien spécifique consiste 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 patients, l'appui financier aux patients pour la réalisation de bilans Pré-thérapeutiques et de suivi, l'appui nutritionnel, les AGR et le Soutien Juridique.
- la continuité de soins des patients (appui psychosociale) grâce au un pont établi entre les services de soins et la communauté par l'intermédiaire des plates formes associatives soutenues. Le véhicule de cette intervention reste la prise en charge globale du VIH et des infections opportunistes et associées.
- soutien de 43 sites de Prise en charge des patients au Cameroun sur les 138 qui fonctionnent soit donc une couverture des sites de 31%
- soutien au traitement de 40 000 patients à travers ces 43 sites, soit une contribution de couverture de 53% de patients traités au Cameroun (Estimée à 75000 sur les 138 sites fonctionnels en 2009)

- soutien des laboratoires pour le bilan et le suivi biologique des patients (Hématologie, biochimie, comptage des CD4, et charge virale), le bilan de fonctionnalité des machines sur site est en cours.

4.3.1.3 Surveillance de la co infection VIH/Tuberculose

Le VIH étant un facteur de survenue de la Tuberculose, un accent particulier doit être mis dans la surveillance de la co infection.

Afin de permettre ce suivi de la co infection, le gouvernement camerounais a opté pour l'extension des activités de dépistage du VIH dans tous les Centres de dépistage de la tuberculose (CDT) fonctionnels depuis 2006. Avec l'appui des partenaires au développement, le traitement de la tuberculose est gratuit et de plus, le dépistage du VIH chez ces patients tuberculeux est gratuit. Les stratégies de mise à disposition des intrants pour le dépistage et la fonctionnalité de plus en plus croissante des CDT ont permis de voir de plus en plus de patients tuberculeux dépistés au VIH.

En 2008, 217 CDT fonctionnels ont permis de dépister 16 144 patients tuberculeux soit 46,1 % des 35 000 patients tuberculeux estimés. Parmi ceux-ci, 6 515 ont été dépistés positifs au VIH Ceci correspond à une prévalence de VIH de 40,4 % chez les tuberculeux. Cependant, il faut noter que le dispositif de référence et contre référence pose encore des problèmes dans le suivi des patients coinfectés. Le fait que la plupart des centres de traitement de la Tuberculose ne soit pas encore érigée en UPEC/CTA augmente le nombre de perdus de vue chez les patients TB/VIH+ référés. Le pourcentage de patients coinfectés qui sont effectivement pris en charge par les ARV et la TB se situe autour de 3.5 %.

Il s'agit de renforcer le dépistage du VIH dans ce groupe de la population quand on sait qu'en moyenne sur 10 patients tuberculeux, 4 sont infectés au VIH. La détection plus rapide du patient co-infecté permettra une prise en charge plus rapide et plus efficiente.

L'autre stratégie vise à renforcer l'extension des CDT sur toute l'étendue du territoire national. Jusqu'à lors, 217 CDT sont fonctionnels dans 142 districts de santé.

4.3.1.4 Education

L'introduction de l'enseignement de L'EVF/EMP/VIH et Sida dans les établissements scolaires a sans doute été un tournant décisif dans la prévention du VIH en milieu scolaire. Sa mise en place à partir de 2007 a considérablement favorisé, à travers les différents modules d'enseignement, la sensibilisation des élèves à l'adoption des comportements à moindre risque et protecteurs par l'appropriation des compétences de vie courantes essentielles.

En 2009, avec l'appui de l'UNICEF, 1440 nouveaux enseignants issus de 360 établissements scolaires publics ont été formés à la maîtrise des contenus des curricula et à l'utilisation des guides pédagogiques. Ce chiffre ajouté au 1900 enseignants formés en 2007 issus de 400 établissements scolaires avec l'appui de l'UNESCO donne un total de 760 établissements scolaires ayant introduit l'enseignement relatif au VIH et Sida sur les 12 201 établissements que compte le pays.

La faible couverture des structures scolaires et l'insuffisance du personnel enseignants formé à l'introduction des modules d'éducation au VIH et SIDA doivent constituer un défi pour les autorités afin d'étendre ladite action aux établissements encore dépourvus de ce programme. C'est ainsi que l'approche de l'enseignement à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication pour assurer la formation des enseignants des niveaux primaire, secondaire et normal est en cours d'expérimentation, approche qui offrirait une plateforme propice pour réaliser dans un délai relativement court et à des coûts raisonnables, les objectifs de formation des enseignants sur le VIH et Sida.

En milieu non scolaire, les actions sont centrées sur la sensibilisation massive des populations. Les activités à grande mobilisation sociale (Fête de la jeunesse, Vacances sans Sida, Journée mondiale de lutte contre le Sida, etc), les causeries éducatives orientées vers ces groupes et les dépistages du VIH sont autant d'activités via lesquelles ces populations sont touchées. Entre 2008 et 2009, plus de 2 000 000 de jeunes ont été touchés par ses campagnes de sensibilisation.

4. 3.1.5 Orphelins et Enfants Vulnérables

En 2009, le Cameroun enregistrait près de 1 234 000 orphelins dont près de 26% (327 600) sont orphelins du VIH (Rapport EPP – Spectrum 2010-2015). Cette ampleur de l'épidémie dans ce groupe vulnérable a amené le gouvernement depuis 2006 à définir des actions claires dans le sens de la réduction de l'impact de l'épidémie dans ce groupe. A cet effet, le programme national de soutien aux OEV (PNS – OEV) avec l'appui des partenaires au développement, a pris en charge ces orphelins respectivement en 2008 et 2009, 61 670 et 48 797 OEV sur le plan sanitaire, nutritionnel et éducationnel soit 20,22% et 15,59%.

S'agissant de l'appui éducationnel, les efforts du gouvernement, même s'ils tendent à devenir de plus en plus visibles dans ce groupe, reste encore insuffisant. La promotion de l'éducation pour tous et mieux, l'éducation pour les OEV doit être poursuivie. Selon les données de l'enquête MICS III en 2006, le taux actuel de scolarisation des orphelins de 10 à 14 ans se situe à 77,8 %, valeur encore faible par rapport aux standards internationaux.

4.3.1.6 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 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

La lutte contre le VIH/Sida dans le secteur privé a par ailleurs connu une avancée notable avec la signature en 2008 de la déclaration tripartite de lutte contre le Sida, intégrant les principes fondamentaux de lutte contre le VIH/Sida en milieu de travail. Sous l'égide du Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale et avec l'appui du programme US-DOL/OIT, cette déclaration a été signée par les Représentants du Groupement Inter-patronal du Cameroun, et les Organisations Syndicales des Travailleurs.

Au niveau opérationnel, les activités de lutte contre le VIH/Sida déjà réalisées dans les grandes entreprises (SOCUCAM, ALUCAM, Entreprises filières Bois, PHP,...) avec l'appui du Programme US-DOLse sont étendues au secteur informel. Le projet «Mobilisation des Coopératives et des Organisations du secteur informel pour la lutte contre le VIH/Sida au Cameroun (SIDA/OIT-COOP) » mis en œuvre dans cinq des dix régions que compte le pays à savoir les régions du Centre, Sud, Ouest, Nord-Ouest et Sud-Ouest a accru l'accès aux travailleurs du secteur informel et leurs familles aux offres de service de prévention et de mitigation de l'impact du VIH/Sida. Ce projet a en effet permis de :

- Appuyer 22 Coopératives et Organisations du secteur informel (dont 02 faitières de dimension nationale Camccull2 et ANESCAM3) à l'élaboration des politiques l'intégration de la lutte contre le VIH/Sida dans leur Business Plan ;
- Former 92 Leaders et 48 Points Focaux VIH/Sida de même que 231 Pairs Educateurs - Conseillers VIH/Sida. Réaliser en partenariat avec les Unités Mobiles, les Associations des personnes vivant avec le VIH plus 25 campagnes de dépistage pour 2861 travailleurs et leurs familles dépistées. D'organiser des sessions de causerie éducatives et de sensibilisation de masse en faveur de 16000 travailleurs et leurs familles ;
- Renforcer les capacités de 05 Coopératives de micro- finance sur le développement de l'entrepreneuriat en faveur des femmes infectées/affectées par le VIH/Sida en vue de mitiger l'impact et de réduire la vulnérabilité ;
- Former 14 leaders et 7 Conseillères Economiques- Psychosociales sur l'accompagnement des femmes infectées/affectées dans la mise en œuvre de leurs microprojets ;
- Former 241 femmes infectées/affectées sur le développement de l'entrepreneuriat ;
- D'octroyer des fonds de démarrage de leurs micro- entreprises à 88 bénéficiaires.

² Cameroon Cooperative Credit Union League Ltd

³ Association Nationale des Exploitants à la Sauvette du Cameroun

V. QUELQUES MEILLEURES PRATIQUES

Dans la mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida, un certain nombre de bonnes pratiques ont été notées entre 2008 et 2009. Les principales sont les suivantes :

5.1 La Mise en place d'une coalition de la société civile

La société civile est un acteur essentiel du dispositif multisectoriel de lutte contre le Sida au Cameroun. Elle est le principal acteur de la mise en œuvre des actions de prévention primaire et secondaire, de prise en charge communautaire des personnes infectées et affectées et du plaidoyer. Cependant, cette société civile était entre autres caractérisée par : (i) la faible documentation des actions menées ; (ii) le manque de visibilité de certaines actions ; (iii) l'absence de spécialisation des organisations (iv) sa faible capacité organisationnelle et (v) sa faible capacité de proposition.

Face à cette situation, avec l'appui de ONUSIDA et du PNUD, les organisations de la société civile ont déclenché un processus de structuration afin de mettre en place une plate-forme les regroupant. Ainsi, un groupe de travail des organisations est à pied d'œuvre pour préparer la mise en place effective de ladite plate-forme en termes de : (i) identification du potentiel ; (ii) organisation de la structure et (iii) définition des missions et leurs contenus.

5.2 Passage à l'échelle de certains programmes : Approche District en PTME

L'extension progressive des activités de lutte contre le Sida sur toute l'étendue du territoire est sans contexte le défi que s'est fixé le gouvernement et visiblement qu'il tend à relever. Un certain nombre d'actions le prouvent d'ailleurs. On peut citer :

- L'adoption des services de PTME comme services de base disponible dans toutes les formations sanitaires ;
- L'extension des activités PTME dans tous les districts de santé du pays. Ainsi, on est passé de 1817 formations sanitaires disposant du paquet minimum de services en PTME en 2007 à 2025 formations sanitaires qui mettent en œuvre les activités de PTME dans 177 des 178 districts de santé du pays.
- Le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants connaît une extension géographique marquée au Cameroun. La couverture des régions de l'Ouest, Sud-ouest, Nord-Ouest et Littoral est assurée par CDC tant dis que celle des autres régions est assurée par le Centre International de Recherche Chantal Biya (CIRCB).

À l'état actuel, 92 des 2 025 formations sanitaires offrant la PTME sont impliquées dans le diagnostic précoce avec prélèvement au DBS comparativement à 47 en décembre 2008, soit un niveau de progression de 48% en un an. Ce niveau d'enrôlement est certes faible, mais reste appréciable, car il s'agit d'une nouvelle activité qui est progressivement mise en place.

En 2009, 8 940 enfants exposés au VIH nés de mères séropositives ont bénéficié d'un dépistage précoce par PCR-DNA. Le taux de positivité est de 9,7% soit 865 enfants infectés.

Le point positif au niveau de cette approche est qu'elle permet de prendre plus rapidement en charge l'enfant né séropositif et de l'autre côté d'assurer le suivi requis à ceux qui ne sont pas non infecté afin d'éviter qu'ils ne s'infectent notamment du fait de pratique d'alimentation inadéquate.

- La prise en charge des patients entre 2008 et 2009 a connu une amélioration des plus appréciable, tant pour ce qui est de la qualité des services que du recrutement des patients. En 2007, 45 605 patients recevaient un traitement gratuit par les ARV. En fin 2009, 76 228 patients étaient sous traitement antirétroviral dans les 140 structures de prise en charge.

VI. Défis majeurs et mesures correctrices

6.1 Les défis rapportés en 2007 et mesures correctrices apportées :

En 2007, le troisième rapport UNGASS a fait mention d'un certain nombre de contraintes à la mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH et le Sida. Il s'agissait principalement :

✓ Du problème des ressources humaines

Le nombre actuel de personnels médicaux à date ne permettait pas de couvrir les besoins en termes de mise en œuvre des activités à la fois de prévention et de prise en charge des patients.

Le recrutement du personnel médical et paramédical s'est poursuivi. En 2009, environ 4 421 personnels de santé toutes catégories confondues ont été mis à la disposition des structures de santé afin de participer à l'offre de service de santé et de ceux liés au VIH⁴.

✓ De l'approvisionnement en médicaments

Dans le contexte de l'accès universel, le traitement ARV est devenu gratuit pour tous ceux qui en ont besoin en mai 2007. Cette décision, certes louable, a eu des conséquences sur l'approvisionnement et la distribution régulière des médicaments. Des problèmes de ruptures de stock ont été identifiés et ont d'ailleurs eu un impact sur le suivi des patients et le taux d'observance en certains endroits.

Face à cette faiblesse, en 2008, un cadre de concertation regroupant tous les acteurs impliqués dans l'approvisionnement en médicaments ARV, IO et autres (CENAME, CNLS, DLM, CARP et les partenaires techniques et financiers) a été mis en place. Ce cadre de concertation définit les orientations en matière de suivi des médicaments, met en place les outils de suivi et de traçabilité des intrants et à partir de l'évolution de la consommation, élabore une planification des besoins.

La mise en œuvre des stratégies arrêtées a permis d'améliorer la disponibilité des ARV, réduisant significativement des ruptures de stock.

⁴ Profil pays des ressources humaines pour la santé au Cameroun, DRH, MINSANTE, décembre 2009

6.2 Les nouveaux défis de 2008 et 2009 :

Beaucoup reste à faire pour concrétiser les engagements politiques en actions concrètes susceptibles d'infléchir le cours de l'épidémie. Les données sur les groupes les plus à risque sont encore parcellaires. La connaissance des droits de l'homme liés au VIH reste faible et la stigmatisation et les discriminations liées au genre persistent. En effet l'enquête d'opinion effectuée en novembre 2009 auprès des intervenants dans le concept du Genre au Cameroun relève que, pour près de quatre intervenants sur cinq (78,9%), il existe une éducation sexuelle différenciée entre filles et garçons. 80% des organisations interrogées relèvent que cette différenciation se passe en famille. D'après 63,2% d'acteurs, il y a une différence dans l'accès à la prévention et au traitement pour différents groupes et cette différence est majoritairement (83,33%) en défaveur des femmes, surtout en ce qui concerne le coût d'accès aux services de prévention, soins et traitement.

Parmi les nouveaux défis, il y a :

- l'évaluation de l'ampleur de l'épidémie au sein des groupes marginalisés et des populations les plus à risque et la mise en œuvre des interventions spécifiques en direction de ces groupes ;
- les interventions à l'endroit des OEV en termes de scolarisation, de PEC effective de leurs besoins particuliers ;
- la prise en compte du genre et des besoins spécifiques aux femmes et aux enfants qui connaissent des taux de morbidité et de mortalité en hausse.
- La mise en place d'un système performant de suivi et évaluation doté en moyens humain, matériel et logistique.

Le Cameroun a entrepris le processus d'évaluation de son PSN de façon participative et inclusive afin de tirer les leçons apprises de la mise en œuvre du PSN 2006-2010. L'approche « connaître son épidémie connaître sa réponse » sera mise en avant pour adresser l'épidémie de VIH/Sida et capitaliser les acquis des dernières années. Ceci permettra dans le cadre de l'élaboration du nouveau PSN 2011- 2015 la prise en compte effective des MARP et de leurs besoins spécifiques afin de réduire le nombre des nouvelles infections, le passage à l'échelle avec les programmes en cours, le renforcement des capacités des acteurs et le renforcement de la participation communautaire pour l'extension de la couverture des interventions et l'amélioration de la qualité des services.

VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

La mise en œuvre des engagements internationaux dans le cadre de la lutte contre le VIH et Sida a bénéficié d'un soutien important de partenaires à la fois bi et multilatéraux. En effet, **15 650 933 489 francs CFA** ont au total été dépensés dans ce cadre en 2008.

Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose intervient pour l'accès universel à la prévention aux traitements et soins ;

Les agences du système des Nations Unies, ONUSIDA et co sponsors apportent appuis techniques et financiers à la réponse globale à l'épidémie et dans le cadre de leur mandat respectifs aux plans sectoriels contribuant ainsi à l'amélioration de la coordination des

interventions, à l'efficacité des programmes en cours de mise en œuvre et à la promotion de la culture de rendre compte.

Les aides des agences de la coopération bi et multilatérale (USAID, GTZ, ESTHER, KFW, ACDI...) contribuent entre autres dans la recherche, la prévention, les actions en direction des minorités sexuelles, l'amélioration de la qualité des services offerts.

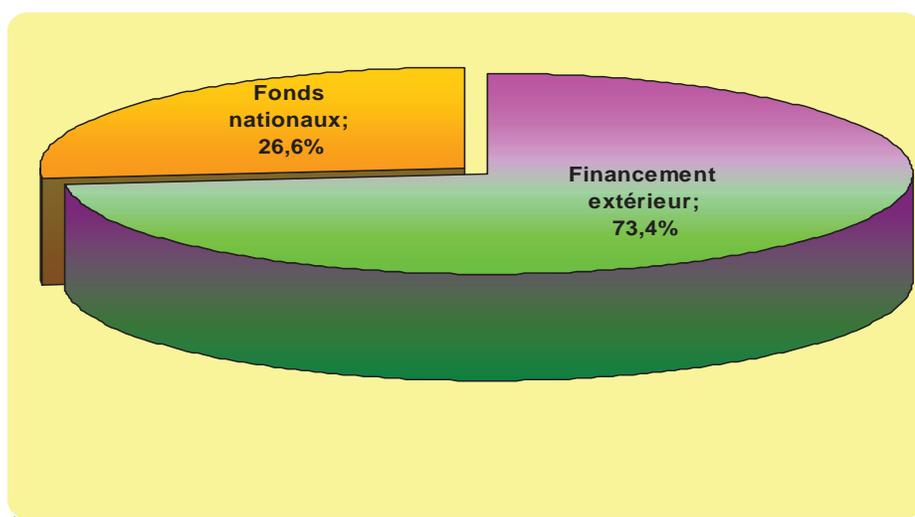
Les ONG internationales telles Clinton Foundation, Care Cameroun, ANRS et de nombreuses ONG Nationales telles ACMS, CAMNAFAW CIRCB, IRESCO, CHP interviennent dans la prévention, la recherche, la prise en charge pédiatrique et l'extension de la couverture des services surtout au niveau communautaire.

Ces actions contribuent à :

- ☞ Une plus grande concertation entre partenaires. Elle permettra d'assurer une cohérence dans les interventions pour une réponse plus efficace. Cette cohérence évitera une duplication des activités et un gaspillage des ressources.
- ☞ Une planification conjointe des activités qui permettra à chaque intervenant de s'approprier de ses interventions.
- ☞ Un renforcement de la communication entre partenaires : ce dernier élément est primordial car il permettra d'assurer une analyse critique des résultats des interventions.

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

Figure 4 : Répartition en pourcentage des sources de financement de la lutte contre le Sida en 2008 au Cameroun



L'analyse des sources de financement révèle que près des trois quart des ressources proviennent de l'extérieur. Le plus gros partenaire financier étant le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, dont la part en pourcentage se situe à 42,5 % de tous les financements. Ces dépenses sont diversifiées et réparties suivant les différents axes stratégiques du PSN 2006-2010.

Cependant, il est à noter que depuis le round 5, le Cameroun n'a plus été réélu pour un financement du Fonds Mondial aux différents appels à soumissions, le financement du round 3 axé sur l'accès au traitement est arrivé à son terme en fin décembre 2009.

Le soutien des partenaires est plus que jamais nécessaire pour maintenir et renforcer les avancées si difficilement acquises. Ils doivent s'impliquer d'avantage sur les plans techniques et financiers pour la revue externe du PSN 2006-2010 et l'élaboration du nouveau cadre stratégique mettant un accent particulier sur le volet suivi et évaluation et l'appui au financement de sa mise en œuvre.

VIII. SUIVI ET EVALUATION

Le système de suivi et évaluation permet d'apprécier régulièrement les performances d'exécution du Plan National Stratégique et apporter 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 Evaluation 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 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 services techniques concernés et ceux des Partenaires est chargé d'assurer la coordination du Suivi du PSN pour une réponse plus efficace.

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 :

- Le guide de suivi évaluation du PSN 2006-2010 ;
- Le module de formation sur le guide de suivi/évaluation ;
- Le plan d'action 2008-2010 de suivi et évaluation du PSN ;
- Les rapports annuels 2008 et 2009
- Le rapport annuel 2008 des surveillances de la pharmaco résistance du VIH
- Le rapport accès universel bilan secteur santé 2008 ;
- Les rapports de progrès du programme PTME
- Les rapports sur les gaps programmatiques et financiers du PSN 2006-2010

La Section Planification, Suivi et Evaluation du GTC a également réalisé des activités durant les deux dernières parmi lesquelles retenons :

- La formation des acteurs de suivi évaluation au niveau régional sur le guide de suivi et évaluation et sur la dernière version de CRIS (formation de 90 acteurs de suivi Evaluation de 04 des 10 régions et de 50 agents de remplissage des registres issues des 10 régions du pays sur la collecte des données de prise en charge des patients sous ARV et le calcul des indicateurs d'alerte précoce) ;
- Le recyclage du groupe d'experts NASA sur l'outil adapté ;
- La création d'une base de données CRIS au niveau national ;
- La réalisation du profil des estimations et projections en matière de VIH et Sida pour 2010-2015.
- L'Analyse du flux des ressources et dépenses en matière de lutte contre le Sida (REDES) pour 2007 et 2008 ;

En matière d'études et de recherches réalisées, l'unité a appuyé la réalisation de nombreuses études parmi lesquelles :

- L'Etude d'évaluation de la mise en œuvre des trois principes (Three Ones) au Cameroun ;
- L'enquête de surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes;
- L'enquête séro épidémiologique et comportementale sur le VIH/sida et la syphilis chez les travailleurs du sexe ;
- La réalisation de l'étude sur le genre et VIH au Cameroun : analyse de situation
- L'étude sur la surveillance de la pharmaco résistance du VIH ;
- L'élaboration du protocole « Rapid assessment of perceptions, attitudes and practices relative to HIV/AIDS among MSM in Cameroon ».

Par ailleurs, la Section Planification, Suivi et Evaluation avec l'appui de ONUSIDA a développé une base de données CRIS au niveau central depuis juillet 2009.

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

- L'insuffisance de l'appropriation du Suivi-Evaluation par les différents acteurs ;
- La faiblesse des systèmes d'information des autres secteurs et l'insuffisance dans le domaine de renforcement de capacité des ressources humaines des dits secteurs ;
- L'insuffisance du financement du volet suivi évaluation, se traduisant par la non réalisation de nombreuses études programmées, la diffusion/restitution des résultats des études réalisées et la non réalisation de missions d'appui ou de supervision en direction des régions.

Des efforts appréciables sont effectués au niveau de la réalisation des activités et de l'organisation technique du suivi-évaluation. La collecte et l'utilisation des données programmatiques ont été faites malgré les insuffisances notoires en des ressources humaines et financières. Mais des défis importants sont encore à relever.

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

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.

De même, le redéploiement des outils de suivi évaluation au niveau des régions, le renforcement du système de collecte, de transmission des données ainsi que de diffusion des résultats sont des impératifs pour une meilleure lisibilité des interventions et aussi éclairer les prises de décision.

Le développement et fonctionnement du système de suivi et évaluation dans les autres secteurs et leur participation dans le fonctionnement du système d'informations sur le VIH et le sida est un impératif pour la perception de l'épidémie à tous les niveaux pour une prise en compte de la dimension multisectorielle de la réponse.

Les mesures prises pour surmonter les défis du système de S&E :

L'évaluation du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et Sida 2006-2010 est cette année une des grandes activités du programme national de lutte contre le Sida du Cameroun. La prise en compte du volet suivi et évaluation comme domaine prioritaire dans l'élaboration du nouveau cadre stratégique PSN 2011 – 2015 permettra la correction des faiblesses du système actuel, le renforcement des acquis si fragiles, l'amélioration de la gestion des données.

Grille nationale de financement – 2010

Interventions	Fonds publics		Total Fonds publics	Fonds privés			Total Fonds Privés	Fonds internationaux			Total Fonds internationaux	Total général
	Total Fonds des gouvernements territoriaux	Total Fonds de la sécurité sociale du secteur public		Total Institutions à but non lucratif (autres que l'assurance sociale)	Total Fonds des ménages	Total Institutions à but non lucratif		Total Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées	Total Contributions bilatérales directes	Total Organisations et fondations internationales à but non lucratif		
Communication pour le changement social et comportemental								150 000 000	920 366 555	28 544 370	1 098 910 925	1 098 910 925
Mobilisation communautaire									272 087 792	29 000 000	301 087 792	301 087 792
Conseil et test volontaires (CTV)	192 355 500		192 355 500	100 000 000			100 000 000		520 000 655	29 000 000	549 000 655	841 356 155
Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles												
Prévention – jeunes gens scolarisés	15 800 000		15 800 000		136 249 050		136 249 050	60 000 000	171 969 288		231 969 288	384 018 338
Prévention – jeunes gens non scolarisés					120 000 000		120 000 000		111 061 588		111 061 588	231 061 588
Prévention de la transmission du VIH parmi les personnes vivant avec le VIH (PW)						600 000	600 000			30 377 177	30 377 177	30 977 177
Programmes de prévention sur le lieu de travail	262 300 000		262 300 000	262 246 000			262 246 000	1 000 000	80 000 000	11 000 000	92 000 000	616 546 000
Marketing social du préservatif						226 144 917	226 144 917	444 461 847			444 461 847	670 606 764
Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial					500 128 301		500 128 301	825 429 144			825 429 144	1 325 557 445
Mise à disposition de préservatifs féminins dans les secteurs public et commercial					14 359 300		14 359 300	50 471 578			50 471 578	64 830 878
Prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)	205 113 000		205 113 000									205 113 000
Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)				7 966 940			7 966 940		268 231 663		268 231 663	276 198 603

REFERENCES

1. Assistance d'appui au renforcement du Réseau des Associations de PVVIH au Cameroun, Rapport général de consultation. CARE/ONUSIDA. 2009.
2. Enquête Démographique et de Santé 2004, Cameroun, 2005.
3. Etude sur le genre et VIH/Sida au Cameroun, analyse de la situation. Cabinet Afrique en Marche/CNLS/UNIFEM/PNUD/ONUSIDA. 2009.
4. Mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida, Rapport de progrès N° 3, UNGASS 2007. CNLS/ONUSIDA. 2008.
5. Mise en place des conditions d'une modernisation du système de sécurité sociale au Cameroun (L'état, les entreprises et le VIH/Sida : esquisse de bilan). GICAM, 2009.
6. Multiple Indicators clusters Survey III, 2006.
7. Plan Stratégique National de lutte contre le Sida 2006 – 2010 au Cameroun. 2006
8. Profil des estimations et projections en matière de VIH et Sida au Cameroun, 2009-2015. CNLS/OMS/ONUSIDA. 2009.
9. Rapport de progrès sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida, UNGASS 2005 et 2007. CNLS/ONUSIDA. 2006 et 2008.
10. Rapport de l'évaluation des flux de ressources et des dépenses nationales contre le Sida (EF-REDS) au Cameroun en 2007 et 2008. ONUSIDA.
11. Rapport annuel 2008 et plan d'action 2009 des activités du programme national de lutte contre le Sida. CNLS/ONUSIDA.
12. Rapport de progrès PTME N 1-3 du CNLS, 2008 et 2009.
13. Rapport de l'Enquête séro-épidémiologique et comportementale dans les Forces de Défense réalisée en 2005.
14. Rapport de l'Enquête séro-épidémiologique et comportementale dans les groupes spécifiques réalisée en 2004.
15. Rapport de l'Enquête séro-épidémiologique et comportementale sur le VIH Sida et la syphilis chez les travailleurs de sexe. Mars 2010.
16. Rapport sur l'Identité, pratiques sexuelles à risque en matière de VIH/sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans la ville de Douala
17. Stop Sida, paroles de leaders du Cameroun. ONUSIDA. 2007.
18. Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida. Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base, ONUSIDA. 2010.
19. Vers l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien pour la lutte contre le Sida, Cameroun 2005-2007. IRESCO/CNLS/ONUSIDA. 2008.

Liste des personnes ayant participé à l'élaboration du Rapport UNGASS 2010

NOM et PRENOM	STRUCTURE
Dr ELAT NFETAM Jean Bosco	GTC/CNLS
Dr IBILE ABESSOUGUIE	GTC/CNLS
Dr BILLONG Serge	GTC/CNLS
Mr NOUKOUNI Marcellin	GTC/CNLS
Mr Peter TENDOH TEBON	GTC/CNLS
Mr BELA Marcel	GTC/CNLS
Mr MBOUI BILONG Etienne	GTC/CNLS
Dr SY-KAGNASSY Dado	ONUSIDA
Dr SAKHO MAMADOU .L	ONUSIDA
Mme BEYENE Monique	DLM/MINSANTE
Mme NGONO Marie Louise	DLM/MINSANTE
Mr IROGO Michel	RECAP +
Mr CHIMI Narcisse	AMICALL
Mr SAKOR Djelassem	Consultant/ASSOVIE
Dr Pascal MILENGE	OMS
Mr KEMBOU Etienne	OMS
Mr SEUKAP Roger	UNFPA
Dr Valentin NOBA Akouethale	UNICEF
Dr Magdalene Keja Mange MAYER	PNUD
Mme Mathilde SANZONE	PNUD