

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

Comité National de Lutte contre le SIDA

Groupe Technique Central



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

National AIDS Control Committee

Central Technical Group



RAPPORT NATIONAL DE SUIVI DE LA DECLARATION POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA CAMEROUN

30 MARS 2012

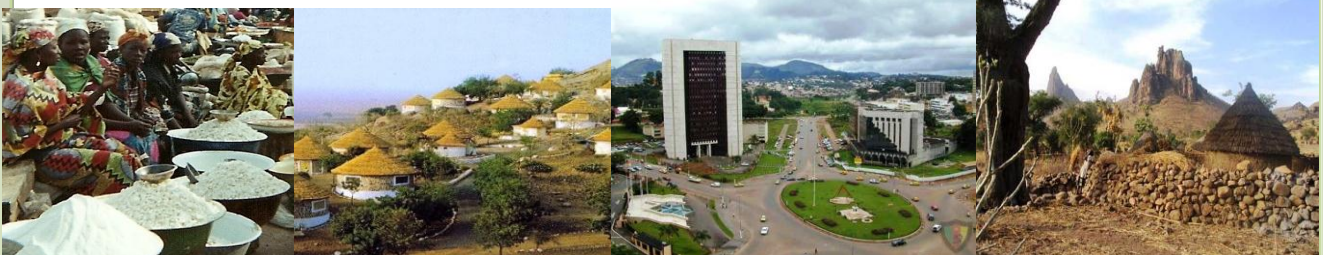


TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	2
LISTE DES TABLEAUX.....	4
LISTE DES FIGURES	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	5
1. APERÇU DE LA SITUATION	7
1.1. Profil géographique et administratif	7
1.2. Profil démographique	7
1.3. Profil socio-économique	8
1.4. Caractéristiques du secteur de la santé	9
1.5. Situation épidémiologique du VIH/SIDA	10
1.5.1. Etat de l'épidémie.....	10
1.5.2. Degré de participation des parties prenantes	10
1.5.3. Riposte au plan politique et programmatique.....	11
1.5.4. Récapitulatif des indicateurs.....	12
2. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA.....	15
2.1. Aspects épidémiologiques et socio-comportementaux	15
2.1.1. Au sein de la population générale	15
2.1.2. Au niveau des femmes enceintes.....	16
2.1.3. Au sein des groupes à haut risque	17
2.2. Les changements dans les engagements nationaux.....	18
2.3. Financement de la lutte.....	19
2.4. Situation de la mise en œuvre des interventions	20
2.4.1. Prévention.....	20
2.4.2. Soins et traitement	36
2.4.3. Atténuation d'impact.....	39
2.4.4. Implication de la société civile et du secteur privé	39
2.4.5. Implication des autres secteurs	40
2.4.6. Droits de la personne	40
3. MEILLEURES PRATIQUES	42
3.1. Sensibilisation des jeunes sur la prévention du VIH/SIDA par le traitement précoce des IST, le dépistage volontaire du VIH et la distribution du matériel éducatif»	42
3.2. Autoformation des enseignants et des pairs éducateurs à l'EVF/EMP/VIH&sida.....	43

3.3.	«Sensibilisation des jeunes femmes des saarés sur la réalité et l'évolution du SIDA, la promotion du dialogue sur l'éducation sexuelle des enfants en famille dans la région de l'Adamaoua»	45
3.4.	«Mobilisation des jeunes et adolescents pour la prévention primaire du VIH et le conseil dépistage volontaire dans la ville de Dschang»	47
3.5.	"Girls in movement, stop aids".....	50
4.	SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT	52
4.1.	Appui financier	52
4.2.	Appui technique	52
5.	SUIVI ET ÉVALUATION	53
5.1.	Système actuel de suivi et évaluation (S&E)	53
5.2.	Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système de S&E complet.....	54
5.3.	Mesures correctives prévues	55
6.	PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES	56
6.1.	Insuffisance d'études pour le suivi de l'épidémie dans certains groupes spécifiques (HSH, CDI et leurs partenaires)	56
6.2.	Faible appropriation des comités sectoriels de lutte contre le Sida.....	56
	EQUIPE DE REDACTION DU RAPPORT	57

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution de la population de 1976-2010	8
Tableau 2 : Récapitulatif des indicateurs à l'intention de « GARP ».....	12
Tableau 3 : Répartition du financement par source	19
Tableau 4 : Répartition du financement par catégorie de dépenses	19
Tableau 4 : Dépistage du VIH en CPN1 en 2011.....	24
Tableau 5 : Couverture de l'offre du bilan d'orientation CD4 aux femmes enceintes VIH+	25
Tableau 6 : Couverture en régimes ARV pour la TME chez les femmes enceintes VIH+.....	28
Tableau 7 : Couverture en ARV prophylactique et en cotrimoxazole chez les enfants nés de mères VIH+	30
Tableau 8 : Taux de séropositivité chez les partenaires des femmes enceintes	33
Tableau 9 : Couverture régionale en formation sanitaire et district de santé offrant les service de PEC des PVVIH en 2010.....	36

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Pyramide sanitaire.....	9
Figure 2 : Distribution des préservatifs.....	21
Figure 3 : Evolution du taux de fréquentation de la CPN1 2006-2011.....	23
Figure 4 : Disparités régionales des services de CD4 au Cameroun	26
Figure 5 : Couverture des cibles annuelles vers l'e-TME	27
Figure 6 : Aperçu des efforts dans la couverture des cibles annuelles vers l'élimination de la TME	29
Figure 7 : Evolution du Nombre de FS collectant les DBS au Cameroun.....	30
Figure 8 : Evolution de l'enrôlement des enfants sous trithérapie entre 2003 et 2010.....	32
Figure 9 : Aperçu des efforts dans la couverture des cibles annuelles vers l'élimination de la TME	32
Figure 10 : Zones prioritaires d'intervention de la PTME	34
Figure 11: Evolution du nombre de personnes dépistées au VIH : 2006-2011.....	35
Figure 12 : Evolution du nombre de structures sanitaires et des districts dans la prise en charge des PVVIH.....	36
Figure 13 : Evolution de la file active des malades sous ARV : 2005 – décembre 2011	37
Figure 15 : Répartition des dépenses des PTF en 2010	52
Figure 16 : Circuit de l'information	54

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

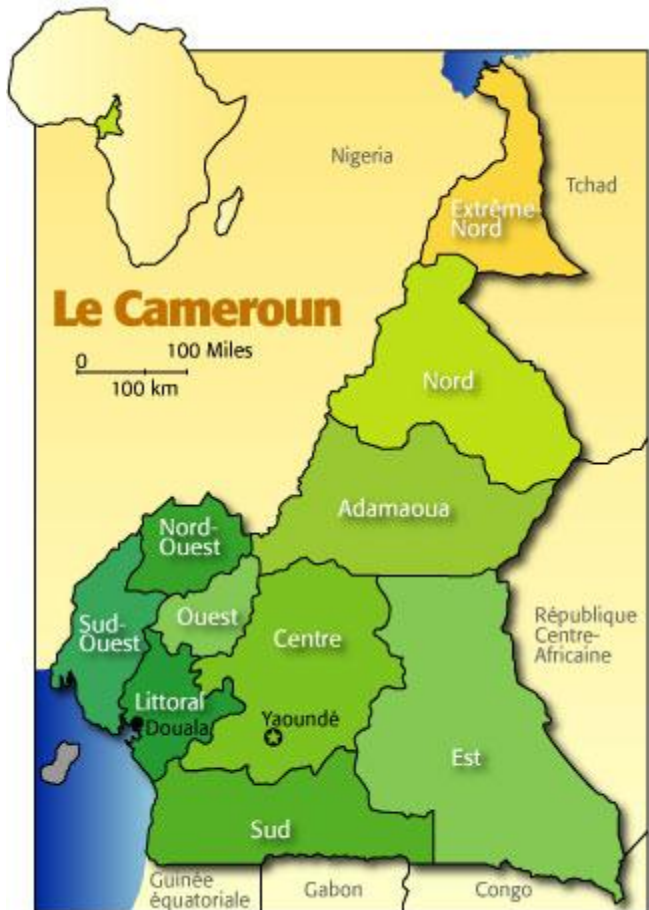
Sigle	Définition
ACDI	Agence Canadienne pour le Développement International
ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
AGR	Activités génératrices de revenus
ARV	Antirétroviraux
BIT	Bureau International du Travail
BUCREP	Bureau Central du Recensement et des Etudes de la Population
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CDV	Centre de dépistage volontaire
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CPN	Consultation Prénatale
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le SIDA
CSLS	Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA
CTA	Centre de Traitement Agréé
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
ECAM III	Troisième Enquête Camerounaise auprès des Ménages
EDS III	Troisième Enquête Démographique et de Santé
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
FASR	Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée
GFTAM	Fonds Global de Lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose
GICAM	Groupement Inter patronal du Cameroun
GTC	Groupe Technique Central
GTR	Groupe Technique Régional
GTZ	Coopération Technique allemande
IDA	International Development Agency
INS	Institut National de la Statistique
IO	Infections opportunistes
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
KFW	Kreditanstalt für Wiederaufbau (Banque allemande de développement)
LCIS	Lutte Contre les IST et le SIDA
M & E	Monitoring and Evaluation
MAP	Programme Multisectoriel de lutte contre le SIDA
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MINEDUB	Ministère de l'Education de Base
MINEFI	Ministère de l'Economie et des Finances

MINESEC	Ministère des Enseignements Secondaires
MINFOF	Ministère des Forêts et de la Faune
MINJEUN	Ministère de la Jeunesse
MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MINTOUR	Ministère du Tourisme
MSF	Médecins sans Frontières
NASA	National AIDS Spending Assessment
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
PEC	Prise en charge
PSN	Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/ SIDA
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
REDES	Ressources et Dépenses en matière de SIDA
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNU	Système des Nations Unies
UM	Unité Mobile
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and cultural Organization
UNFPA	United Nations Population Fund
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPEC	Unité de Prise en charge
USAID	United States Agency for International Development

1. APERÇU DE LA SITUATION

1.1. PROFIL GÉOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIF

Le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée, entre les 2^e et 13^e degrés de latitude nord et les 9^e et 16^e degrés de longitude est. Le pays s'étend sur une superficie de 475650 kilomètres carrés. Il présente une forme triangulaire qui s'étire du sud jusqu'au lac Tchad sur près de 1 200 km tandis que la base s'étale d'ouest en est sur 800 km. Il possède au sud-ouest une frontière maritime de 420 km le long de l'océan Atlantique. Il est limité à l'ouest par le Nigéria, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'est par la République Centrafricaine, et au nord-est par le Tchad. Enfin, au sommet du triangle, au nord, il est coiffé par le Lac Tchad.



1.2. PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

L'effectif de la population du Cameroun au 1^{er} janvier 2010 s'élève à 19 406 100 habitants. Ce chiffre s'appuie sur l'analyse des tendances démographiques observées à partir des recensements de 1976, 1987 et 2005. En 1976, le Cameroun comptait 7 663 246 habitants ; en 1987, la population était de 10 493 655 habitants. En 2005, les résultats définitifs du 3^{ème} RGPH indiquaient 17 463 836 habitants. Cette évolution démographique confirme le maintien d'un fort potentiel humain dans le pays, avec un taux annuel moyen de croissance démographique évalué à 2,8% au cours de la période 1987-2005 et à 2,6% entre 2005-2010.

Tableau 1 : Evolution de la population de 1976-2010

Evolution de la population de 1976 -2010					
Année	Sexe		Total	Rapport de masculinité(%)	Accroissement annuel moyenne(%)
	Masculin	Féminine			
1976	3,754,991	3,908,255	7,663,246	96.1	
1987	5,173,372	5,320,283	10,493,655	97.2	2.9
2005	8,632,036	8,831,800	17,463,836	97.7	2.8
2010	9,599,224	9,806,876	19,406,100	97.9	2.6

Source : BUCREP 2010, La population du Cameroun en 2010

1.3. PROFIL SOCIO-ÉCONOMIQUE

Le Cameroun, richement doté en ressources naturelles, est la première économie de la zone CEMAC et la deuxième de l'espace CEEAC. En outre, le pays a le potentiel pour jouer le rôle de locomotive au niveau sous-régional. Cependant, les récentes performances économiques du Cameroun ont été mitigées. La croissance économique s'est établie à 2,1% et 2,4% respectivement en 2009 et 2010, contre 3,7% en 2008. Les estimations pour 2011 donnent 4,0% tandis que les prévisions pour 2012 tablent sur 5,9%.

Ce ralentissement des années 2009 et 2010 s'explique par la détérioration de la balance commerciale, la morosité de l'environnement économique international et l'aggravation des difficultés budgétaires du pays découlant des effets combinés de la crise économique et financière mondiale, de la crise alimentaire et du déficit énergétique. La reprise au niveau mondial ainsi que la poussée de l'investissement public, privé et de la consommation finale expliquent le redressement économique enregistré en 2010.

La reprise de l'activité économique a bénéficié principalement au secteur primaire, grâce à la forte demande de l'agriculture vivrière et de la filière bois. Les nombreux programmes de relance de la production agricole et la forte demande extérieure expliquent cette évolution positive du secteur primaire. Même si le secteur secondaire a enregistré une légère reprise, il est marqué par une importante baisse de la production pétrolière dont la croissance a été de 20,6%, en raison du tarissement des principaux puits en exploitation. Quant au secteur des services, il a progressé de 4% en 2010 contre 3,5% en 2009.

En termes d'Indice de développement Humain (IDH), le Cameroun se classe 150ème sur 187 pays, avec un indice qui est passé de 0.370 en 1980 à 0.482 en 2010. La dernière Enquête Camerounaise auprès des ménages (ECAM 3) réalisée en 2007 indique que l'incidence de la pauvreté nationale a stagné, s'établissant à 39,9%, contre 40,2% en 2001. La pauvreté continue d'être essentiellement un phénomène rural, avec 87% des pauvres vivants dans les zones rurales, et trois régions parmi les dix régions du Cameroun (Extrême-Nord, Nord & Adamaoua) qui deviennent les plus pauvres (ECAM 3 2007). La proportion des travailleurs pauvres (nombre d'actifs occupés résidant dans un ménage pauvre/nombre d'actifs occupés) s'est située à 38,3% en 2007

1.4. CARACTÉRISTIQUES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Le Système de Santé au Cameroun repose sur une organisation pyramidale à 3 niveaux (central, intermédiaire et périphérique). Chaque niveau dispose de structures administratives, de structures sanitaires et des structures de dialogue y afférentes, avec des fonctions spécifiques (**Figure 1**).

Le secteur santé comprend 3 sous-secteurs :

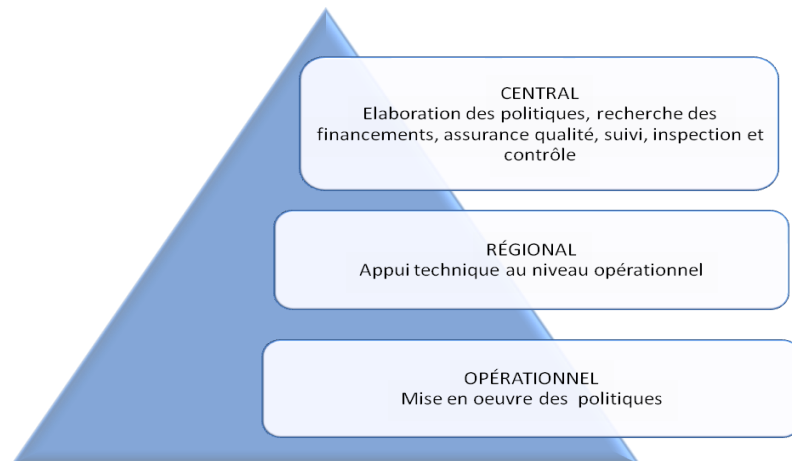


Figure 1 : Pyramide sanitaire

- Un sous-secteur public englobant les structures sanitaires sous tutelle du Ministère de la Santé Publique, ainsi que celles relevant d'autres départements ministériels;
- Un sous-secteur privé regroupant les structures sanitaires privées à but non lucratif (confessionnelles et communautaires) et celles à but lucratif;
- Un sous-secteur de la médecine traditionnelle pour lequel d'importants efforts sont faits pour l'intégration dans le Système de Santé.

On remarque une répartition inégale des services médicaux dans le pays, et ce sont les zones enclavées du Grand Nord et de l'Est du pays qui en pâtissent le plus.

Cependant, de nombreux efforts ont été fournis depuis plusieurs années pour diminuer la pauvreté et garantir un accès équitable aux soins médicaux.

1.5. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH/SIDA

1.5.1. Etat de l'épidémie

Le Cameroun fait face à une épidémie généralisée avec une prévalence de VIH de 4,3% dans la population générale en 2011. On estime à environ 524 989 le nombre de PVVIH en 2011 dont 304 601 58% de femmes et 87 302 16,6% de jeunes de 15 à 24 ans.

Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-MICS 2011) la prévalence du VIH chez les 15 – 49 ans est établie à 4,3 %. La séroprévalence chez les femmes tourne autour de 5,6 % contre 2,9 % chez les hommes. La tranche de 35 à 39 ans est la plus touchée avec des prévalences allant de 8,1% en 2011.

Dans les groupes les plus exposés et les plus vulnérables les prévalences sont plus élevées :

- 28, 5 à 48 % chez les travailleuses de sexe (TS)
- 37,2% chez les hommes ayant des rapports avec les hommes
- 16,2% chez les camionneurs
- L'enquête de séro - surveillance du VIH chez les femmes enceintes à montré en 2010 une prévalence de 7,6% ce qui laisse présager un nombre élevé de nouvelles infections chez les enfants.

1.5.2. Degré de participation des parties prenantes

Le Cameroun fidèle à son engagement dans le cadre du suivi de la déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/sida, produit depuis 2003 des rapports de progrès sur la réponse nationale face à l'épidémie. Ce dernier est donc le cinquième du genre.

Le processus d'élaboration du présent rapport a été inclusif et a connu la participation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte. Ceci s'est fait à travers des réunions de concertations, des ateliers de rédaction et de validation aussi bien des données que des rapports. Ce 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, et des représentants du Réseau des personnes vivant avec le VIH, de la Société Civile, du secteur privé et des partenaires bilatéraux et du Système des Nations Unies à travers l'Equipe Conjointe ONUSIDA qui assurait le secrétariat technique du processus avec le GTC/CNLS.

Le groupe restreint ainsi mis en place tenait régulièrement des réunions hebdomadaires de suivi. Quatre réunions de validation ont permis d'aboutir à un consensus sur les données rapportées et un atelier national a permis la validation et l'adoption du rapport (le narratif et les indicateurs du GARP y compris ceux de l'Accès Universel et la section sur les ICPN).

1.5.3. Riposte au plan politique et programmatique

En réponse à la situation préoccupante de l'épidémie du VIH, le Gouvernement du Cameroun a fait de la lutte contre ce fléau une des priorités en matière de développement. Cet engagement est matérialisé dans les documents nationaux notamment la Vision 2035, le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida et les IST 2011-2015, les stratégies sectorielles (Santé 2001-2015 ; Education ; etc.), l'UNDAF 2010-2012.

Le bienium 2010 2011 marque la fin de la mise en œuvre du deuxième plan stratégique et le début de la mise en œuvre du plan de troisième génération. Cette période a été marquée par la poursuite des efforts de décentralisation et de passage à l'échelle des interventions de prévention, de traitement et soins du VIH/sida y compris la réduction de la stigmatisation et de la discrimination. Ainsi :

- le renforcement de la communication pour un changement de comportement dans la population générale en particulier chez les jeunes de 15 à 24 ans ;
- la poursuite de la politique de la gratuité des ARV, de subvention des examens de suivi biologique, d'orientation et bilan pré-thérapeutique a été poursuivie ;
- le passage à l'échelle de l'enseignement sur la SR/VIH/IST dans les établissements scolaires publics et privés (confessionnels, laïcs, et professionnels) ;
- le renforcement des capacités des acteurs communautaires ;
- la promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins ;
- le renforcement de la prévention des groupes les plus exposés (TS et leurs clients, la population carcérale, les HSH, CDI et autres.)

Ainsi, les principaux résultats de la mise en œuvre des interventions en fin décembre 2011 indiquent que :

- 60 000 jeunes, 1111 HSH, 5338 TS et 2600 clients des TS ont été touchés par les séances de CCC en 2011
- 10 146 enseignants dispensent les enseignements sur la SR/VIH et IST dans divers établissements scolaires
- 63,23% des besoins annuels en préservatifs ont été couverts (21,4 millions de préservatifs masculins et 642 mille préservatifs féminins distribués par ACMS)
- 753 632 personnes, ont été conseillées et testées pour le VIH entre 2010 et 2011.
- 262 924 femmes enceintes ont été testées dans le cadre de la PTME et 8,4% étaient déclarées séropositives ;
- parmi les femmes enceintes séropositives, 14 584 ont bénéficié de la prophylaxie ARV
- la couverture en ARV prophylactique chez les enfants est passée de 7% en 2010 à 9,2% en 2011
- la file active des patients sous ARV est de 105 653 en fin décembre 2011 soit 49,6% des patients éligibles dont 4 440 enfants.

1.5.4. Récapitulatif des indicateurs

Tableau 2 : Récapitulatif des indicateurs à l'intention de « GARP »

N°	INDICATEURS UNGASS Nom de l'indicateur	VALEUR		
		Hommes	Femmes	Ensemble
1	Pourcentage (%) Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a " Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?"	81.4	77.3	79.22
2	Pourcentage (%) Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a "Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?"	75.1	67.7	71.4
8	Pourcentage (%) Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	29.2	6	12.88
9	Pourcentage (%) Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	69.6	37.3	41.11
11	Pourcentage (%) Pourcentage de jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH			6.62
12	Pourcentage (%) Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant répondu « oui » a "Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?"			67.6
14	Pourcentage (%) Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client			72.7
15	Pourcentage (%) Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat			64.1
16	Pourcentage (%) Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH			36
17	HSH	TOUS	MOINS DE 25 ANS	PLUS DE 25 ANS
18	Pourcentage de HSH ayant répondu "oui" aux deux questions	58.7	58.4	59.1
19	Pourcentage de HSH ayant répondu "oui" à la question "savez vous où aller pour se faire dépister PROXI " avez-vous déjà fait votre test du dépistage du VIH"	81.6	76.2	88.2
21	Pourcentage (%) Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	56.6	57.3	55.7

N°	Nom de l'indicateur	Hommes	Femmes	Ensemble
	Pourcentage (%) Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	56.4	53.7	59.6
	Pourcentage de HSH vivant avec le VIH	28.8	47.8	37.2
22	Pourcentage (%) établissements de santé qui fournissent le dépistage du VIH et services de conseil			65.41
23	nombre de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont bénéficié du CDV dans les 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat			403 977
24	nombre de femmes enceintes âgées de 15 ans et plus qui ont bénéficié du CDV dans les 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat			269053
26	Pourcentage (%) Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals et qui sont séropositives pour la syphilis			0.56
29	Pourcentage (%) de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant			67.1
30	Pourcentage (%) de nourrissons ayant subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie			55.5
32	Pourcentage de femmes enceintes qui ont été testés pour le VIH et ont reçu leurs résultats - pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement, et pendant la période post-partum (\leq 72 heures), y compris ceux dont le statut VIH précédemment connu			81.1
33	Pourcentage (%) Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évaluée selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4)			68%
34	3.7 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) UA			24.9%
35	3.8 nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) pendant allaitement au sein.			18%
36	Pourcentage de nourrisson nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole dans les deux mois suivant la naissance			12.1%

N°	Nom de l'indicateur	Hommes	Femmes	Ensemble
37	Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période UA			363,673
38	3.12 nombre d'établissements de santé offrant	CPN		2102
39		ARV PEDIATRIC		149
40		PCR		167
41	Pourcentage (%) d'adultes et d'enfants éligibles, qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral	37.6	58.16	49.60%
42	Pourcentage (%) d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celle-ci. Si les données sur la rétention de 12 mois ne sont pas disponibles pour les patients qui ont initié un traitement antirétroviral en 2010 précisément, mais disponible pour les patients qui ont initié un traitement antirétroviral au cours d'une période de temps plus tôt (par exemple 2009 ou 2008), s'il vous plaît préciser la période dans le champ de commentaire ci-dessus: commencé un traitement antirétroviral entre [mois] / [année] et [mois] / [année]			61.50%
43	Pourcentage d'adultes et d'enfants avec le VIH toujours en vie et connu pour être sur le traitement 60 mois après l'initiation du traitement antirétroviral (parmi ceux qui ont initié un traitement antirétroviral en 2006). Si les données sur la rétention de 60 mois ne sont pas disponibles pour patients qui a initié un traitement antirétroviral en 2006 précisément, mais disponible pour les patients qui a initié un traitement antirétroviral pendant une période de temps plus tôt (par exemple 2005 ou 2004), s'il vous plaît préciser la période dans le champ de commentaire ci-dessus: en route un traitement antirétroviral entre [mois] / [année] et [mois] / [année]			25.60%
44	Nombre de Formations sanitaires offrant le traitement antiretroviral (ARV) (c-à-d prescription et/ou suivi clinique)	Total		149
		private		103
		private		41
		non spécifié		5
45	Percentage of health facilities dispensing antiretrovirals (ARVs) for antiretroviral therapy that have experienced a stock-out of at least one required ARV in the last 12 months			42.50%
47	Pourcentage (%) Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH			51%
48	Nombre d'établissements offrant des services ART pour les personnes vivant avec le VIH ayant des pratiques démontrables de contrôle des infections qui comprennent le contrôle de la tuberculose			141
49	Percentage of adults and children newly enrolled in HIV care starting isoniazid preventive therapy (IPT			7.1

2. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

A l'instar des autres pays en développement, l'infection par le VIH est un sujet de grande préoccupation. Elle oblige les autorités du pays à l'ériger en programme prioritaire au niveau du Document de Stratégie de Croissance et de l'Emploi (DSCE).

2.1. ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIO-COMPORTEMENTAUX

2.1.1. Au sein de la population générale

Les résultats de l'EDS-MICS 2011 révèlent que la séroprévalence dans la population générale est de 4,3%. Elle varie de 1,2% dans la région de l'Extrême –Nord à 7,2% dans la région du Sud

La prévalence chez les femmes est de 5,6% contre 2,9% chez les hommes. Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans elle est de 1,7% (1,2% de 15 à 19 ans et 2,2 % de 20 à 24 ans).

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 4,47 % en 2011 avec près de 524 989 personnes infectées dont 59 026 enfants (moins de 15 ans) infectés. De même, en 2011, on estime à environ 33 759 femmes enceintes séropositives attendues. Le nombre de décès annuel liés au VIH estimé est passé de 30 676 en 2010 à 30 453 en 2011. Au plan social, le nombre d'orphelins du sida reste élevé et se situe à près de 344 088 en fin 2011, représentant près de 28 % du total des orphelins toutes causes confondues.

Pour ce qui est de la co-infection TB/VIH sur 20115 cas de tuberculose testés pour le VIH en 2011, 7672 (soit 38%) ont été VIH positifs.

Connaissance du VIH/sida

La quasi-totalité des femmes et des hommes (respectivement 96 % et 98 %) ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida et, quelle que soit la caractéristique sociodémographique, cette proportion est très élevée. Ce niveau de connaissance est légèrement plus faible en milieu rural (92 % des femmes et 97 % des hommes) et parmi les personnes sans instruction (86 % des femmes et 94 % des hommes).

La majorité des femmes et des hommes ont déclaré qu'il était possible de faire quelque chose pour éviter de contracter le VIH (tableau 16) : dans environ deux tiers des cas, les femmes savent, à la fois, que l'utilisation d'un condom à chaque rapport sexuel et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté permet d'éviter de contracter le virus (60 %) ; chez les hommes, cette proportion est plus élevée (68 %).

Du point de vue régional, c'est dans le Nord que les femmes semblent le moins bien informées (29 % seulement connaissent les deux moyens de prévention).

Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom

Respectivement 6 % des femmes et 29 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Ce comportement est aussi plus courant en milieu urbain qu'en milieu rural et il est d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction augmente (passant de 2 % chez les femmes sans instruction à 14 % chez celles de niveau d'études supérieur).

Parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, 37 % (contre 43% chez les hommes) ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de leurs derniers rapports sexuels.

2.1.2. Au niveau des femmes enceintes

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 données de routine du dépistage en consultation prénatale indiquent un taux de séropositivité de 8,4% en 2011.

En outre, le diagnostic précoce (par PCR-DNA) chez les enfants nés de mères séropositives montre un taux de positivité de 7,1% en 2011 contre 8,9% en 2010.

Le dépistage du VIH se fait essentiellement pendant les Consultations Pré –Natales (CPN) et en salle de travail lorsque le statut sérologique n'est pas connu.

Au cours de la période 2004 à 2011, on a noté une augmentation de la fréquentation de la CPN qui est passée de 5,1% à 36,5% (363 673/995 533) du total des femmes enceintes attendues. Cependant selon l'EDS-MICS 2011, 85 % de femmes ont déclaré avoir consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente et cette proportion a peu changé depuis 2004 (83 %). Cependant, on observe un écart important entre les milieux de résidence (96 % en milieu urbain contre 76% en milieu rural. Le recours aux consultations prénatales varie peu en fonction de l'âge de la femme.

Parmi les femmes enceintes reçues en CPN en 2011, 80,1 % ont accepté de faire le test de dépistage du VIH et 92,4% de ces dernières ont retiré leurs résultats.

2.1.3. Au sein des groupes à haut risque

Chez les travailleurs du sexe, les données récentes remontent à 2009 et indiquent que la séroprévalence au VIH est passée de 26,4 % en 2004, à 36,7 % en 2009.

En 2011, une étude intégrée de surveillance comportementale et biologique chez les HSH réalisée dans les deux grandes métropoles que sont Yaoundé et Douala révèle que la prévalence du VIH est de 37,2% au sein de ce groupe. Cette prévalence est de 28,8% chez les HSH de moins de 25 ans et de 47,8% chez les plus de 25 ans. Elle est de 44% à Yaoundé et de 24% à Douala. A Yaoundé 68% des HSH séropositifs ont le VIH1 et 32% ont le VIH 1+2 tandis qu'à Douala 59% des HSH ont le VIH 1 et 42% ont le VIH 1+2.

La prévalence de la syphilis reste très faible dans cette population (0,3% à Yaoundé et 1,4% à Douala).

La majorité des HSH a un âge compris entre 18 et 24 ans (57% à Yaoundé et 67% à Douala). Les HSH âgés de 30 ans ou plus sont environ 10% dans chacune des deux villes, au moins 80% des HSH sont des célibataires. Au moins 70% ont le niveau secondaire et 20% ont le niveau universitaire. 33,4% des HSH à Yaoundé sont des étudiants/élèves tandis qu'à Douala ce pourcentage est de 45%.

L'âge médian au premier rapport sexuel avec un homme est de 19 ans dans chacune des deux villes. Respectivement 10% et 16% des HSH à Yaoundé et Douala ont eu des rapports sexuels à l'âge de 15 ans. Et à leur 18ème anniversaire, ce pourcentage passe à plus de 40% dans chacune des deux villes. Par ailleurs, beaucoup de HSH ont affirmé avoir au moins une fois pris l'alcool avant d'avoir des rapports sexuels. Ils sont 74% à Yaoundé et 55% à Douala à l'avoir affirmé. Par contre, seulement 10% et 5% ont déclaré avoir au moins une fois consommé la drogue avant les rapports intimes respectivement à Yaoundé et à Douala.

A Yaoundé et Douala, respectivement 81% et 73% des HSH ont eu au moins 2 partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois et au moins 50% ont eu des rapports sexuels avec des femmes au cours de la même période.

L'utilisation du préservatif n'est pas très courante au sein de la communauté HSH. Par rapport à la dernière relation sexuelle au cours des 12 derniers mois de l'étude avec un homme par exemple, environ 1 HSH sur 3 a recouru au préservatif à Yaoundé et à peu près la moitié à Douala. Les proportions sont encore plus faibles pour l'utilisation systématique sur la même période de référence. Elle est de 19% à Yaoundé et de 32% à Douala.

En outre, l'analyse des résultats montre qu'au moins un peu plus de 7 HSH sur 10 ont déclaré avoir déjà fait leur test de dépistage. Ces proportions sont de 80% pour Yaoundé et 73% pour Douala.

RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA

2.2. LES CHANGEMENTS DANS LES ENGAGEMENTS NATIONAUX

L'engagement de la plus haute autorité de l'Etat a été renouvelé lors de plusieurs discours politiques en 2010 et 2011 notamment lors de son adresse à la jeunesse en février 2010 et au cours de la campagne électorale en octobre 2011.

Signalons aussi l'implication active de la 1ère Dame du Cameroun à travers les nombreuses actions de plaidoyer, de sensibilisation et de 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.

L'engagement du gouvernement se concrétise par :

- la poursuite de la politique de gratuité et/ou de subvention des services de prise en charge afin d'accroître l'accès à un plus grand nombre de personnes ;
- l'allocation de lignes budgétaires pour le renforcement de 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'accroissement du financement de l'Etat et l'affectation d'une partie des ressources issues de la réduction de la dette extérieure à la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH.
- la création et l'équipement de nouvelles unités de prise en charge des patients.
- les grandes campagnes telles que la CARMMA, Caravane mobile de dépistage du VIH, Vacances sans sida etc.. en 2010 et 2011 mettant l'accent sur la vulnérabilité particulière des femmes et des jeunes face au VIH et sida.

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 (CEDEF) ;

2.3. FINANCEMENT DE LA LUTTE

Tableau 3 : Répartition du financement par source

Sources	Montant	%
Fonds publics	6,837,745,597	22.4%
Fonds privés	4,215,189,546	13.8%
Fonds internationaux	19,435,236,055	63.7%
Total Général	30,488,171,198	100.0%

Tableau 4 : Répartition du financement par catégorie de dépenses

Catégorie de dépenses par source de financement	Montant (en F CFA)	% par rapport au fonds total de la lutte
Total Prévention	7269873052	23.84%
Total Soins et traitement	16812470713	55.14%
Total Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	650676094	2.13%
Total Gestion et administration de programmes	2487140654	8.16%
Total Ressources humaines	1934037749	6.34%
Total Protection sociale et services sociaux	99912595	0.33%
Total Environnement favorable	184046422	0.60%
Total Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle)	1050013919	3.44%
Total general	30 488 171 198	100.00%

2.4. SITUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS

2.4.1. Prévention

- **Communication pour le Changement de Comportement (ccc)**

Les interventions en matière de communication et éducation pour le changement de comportement se sont focalisées sur le renforcement de la sensibilisation et de l'information dans la population générale, le passage à l'échelle de l'enseignement sur la SR/VIH et les IST dans les établissements scolaires publics et privés (confessionnels, laïcs, professionnels) et le renforcement des capacités des acteurs communautaires.

Les connaissances des populations sur les risques d'infection, les méthodes de prévention du VIH, les avantages liés à la connaissance de son statut sérologique et à la prise en charge précoce de l'infection ont été améliorées entre 2010 et 2011. Ceci a été rendu possible entre autres par :

- la diffusion de 4420 spots radio et télévisés portant sur la sensibilisation en direction des femmes et des jeunes, sur la promotion de la prise des ARV par des PVVIH ; la promotion du dispositif d'écoute Allo Info Sida ;
- le fonctionnement de la « ligne verte » d'information sur le VIH/sida et IST ;
- la pose de 50 grandes affiches sur les lieux de grande affluence et la distribution d'importants lots de matériels éducatifs ;
- la production et la diffusion de 240 000 exemplaires du magazine Entre Nous Jeunes (ENJ) et de 394 827 exemplaires du magazine 100%Jeune, la production et la diffusion de 249 émissions radio 100%Jeune, les mises à jour mensuelles du site web 100%Jeune (1 298 768 visiteurs en 2011), les activités de communication interpersonnelles en direction de 30 clubs Réglo 100%Jeune en milieu scolaire et extrascolaire ont permis la sensibilisation des jeunes à l'adoption de comportements sains.

Au moins 60 000 personnes ont été sensibilisées sur les différents aspects de la lutte contre le VIH/sida lors de certains événements de la vie nationale tels que le comice agro-pastoral d'Ebolowa 2011, les jeux universitaires de Yaoundé et de Dschang en 2010 et 2011, le Carrefour des Métiers et de la Bourse de l'Emploi organisé par le Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, le Forum national des Jeunes organisé par le Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique.

Au cours du biénium 2010 -2011, plus de deux millions de personnes ont été touchées par des actions communautaires de proximité à travers les causeries éducatives, les sensibilisations de masse, les visites à domiciles, les conférences et les entretiens individuels dont l'un des objectifs était le changement de comportement.

Les enseignements sur la SR/VIH et les IST dans les établissements scolaires publics et privés (confessionnels, laïcs et professionnels) ont été renforcés. 6008 nouveaux enseignants ont été formés à l'enseignement sur la SSR/VIH et les IST et l'enseignent aux élèves dans divers établissements. Par ailleurs, 344 autorités administratives et pédagogiques ont été formés au suivi de proximité de l'introduction des modules d'EVF/EMP/VIH&sida dans les curricula.

Marketing Social et Promotion de l'utilisation des préservatifs

Les activités de promotion de l'utilisation correcte des préservatifs féminins et masculins se sont poursuivies avec une implication particulière des organisations telles que : ACMS, CHP et IRESCO. Le projet UAFC (Universal Access for Female Condom) a permis d'intensifier les activités de promotion du préservatif féminin. 756 points de vente de préservatifs féminins ont été nouvellement créés et 2 340 autres ont été dynamisés. A ce jour 168 salons de coiffure sont impliqués dans la distribution du préservatif féminin. La campagne « Prudence plus » et le projet Universal Access for Female Condom ont permis de renforcer la promotion de l'utilisation correcte du préservatif à travers la diffusion des spots dans plusieurs chaînes de télévision et radio.

Le graphique ci-dessous montre une évolution irrégulière de la distribution des préservatifs au Cameroun entre 2006 et 2011.

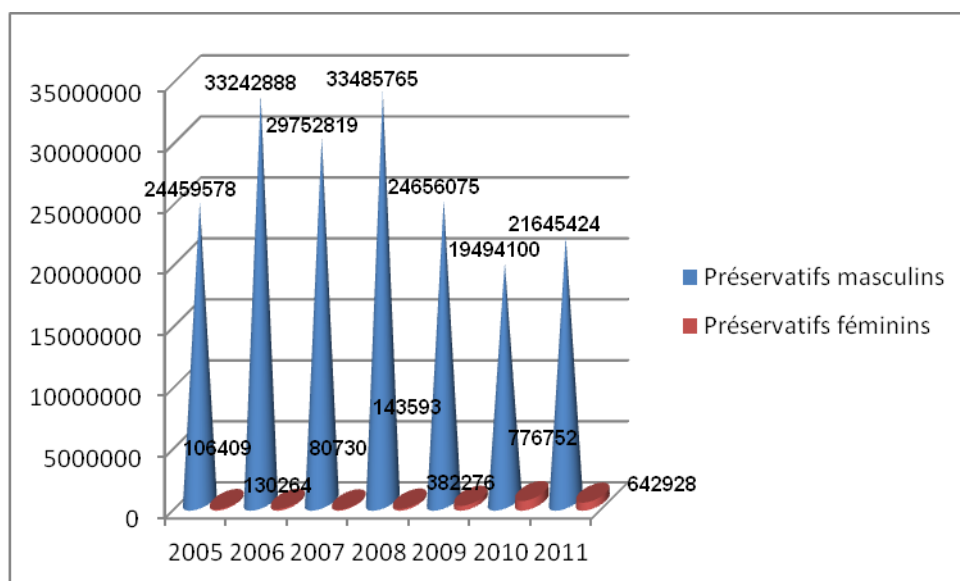


Figure 2 : Distribution des préservatifs

Comme le montre le graphique ci-dessus, la distribution des préservatifs a connu une baisse sensible, particulièrement observée entre 2008 et 2011 liée aux ruptures de stocks de préservatifs *Prudence Plus* enregistrées par l'ACMS, principal distributeur.

En 2011, un dispositif de suivi de la distribution du préservatif a été mis en place au GTC/CNLS.

- **Prévention de la transmission du VIH par voie sanguine**

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

Respectivement 24 824 et 151 300 poches de sang ont été collectées et testées pour le VIH dans les dix régions du Cameroun en 2010 et 2011. En 2010, ce chiffre ne représente que les données de 3 régions. En 2011 ces chiffres ont été obtenus grâce à l'appui du projet PEPFAR.

A la fin de l'année 2011, un état des lieux a été effectué dans 15 banques de sang dans les 10 Régions du Cameroun pour identifier les besoins et utiliser ces données comme outil de plaidoyer pour l'amélioration de la pratique transfusionnelle dans le pays. Des comités hospitaliers de transfusion sanguine ont été créés dans 10 hôpitaux du pays. Le document de Politique Nationale de Transfusion Sanguine a été révisé. Les campagnes de collecte mobiles de sang se sont intensifiées, et une fédération des associations de donateurs bénévoles de sang a été mise en place.

- **Prise en charge des IST**

L'objectif dans ce domaine était d'assurer le diagnostic et la prise en charge correcte des IST chez 167 370 patients au sein des groupes vulnérables (camionneurs, populations riveraines des grands axes routiers, population carcérale, hommes en tenue etc..)

Les activités réalisées avec l'appui des partenaires dont Care and Health programme, C

Care – Cameroun, ont permis de prendre en charge au moins 80 924 cas d'IST entre 2010 et 2011. Outre la distribution du matériel éducatif et de mobilisation en faveur de la prise en charge des IST. Tous ces patients ont été conseillés et 33 000 personnes ont été référées pour le dépistage du VIH.

La faible complétude et promptitude des données issues des formations sanitaires sous estime considérablement les performances réalisées dans ce domaine. Le suivi et la capture de l'information sur l'activité de prise en charge des IST dans les structures de santé doit faire partie des priorités les prochaines années.

- **Prévention de la Transmission Mère- Enfant du VIH**

Mobilisation communautaire en faveur de la PTME

On note une augmentation de la fréquentation de la CPN qui est passée de 12,5% en 2006 à 36,5% en 2011. Cependant, on a observé au cours des dernières années une stagnation du taux de fréquentation de la CPN1 de 2008 à 2011 respectivement de 37,2%, 34,9%, 38,2% et 36,5% (voir tableau ci-après). La stagnation de ce taux peut être dû entre autres à la faiblesse dans l'utilisation du dispositif communautaire existant pour une meilleure mobilisation communautaire en faveur de la PTME. Il s'agit notamment de 18 921 Associations féminines, 72 centres de promotion de la femme et de la famille, 60 associations de PVVIH et au moins 18 groupes de soutien.

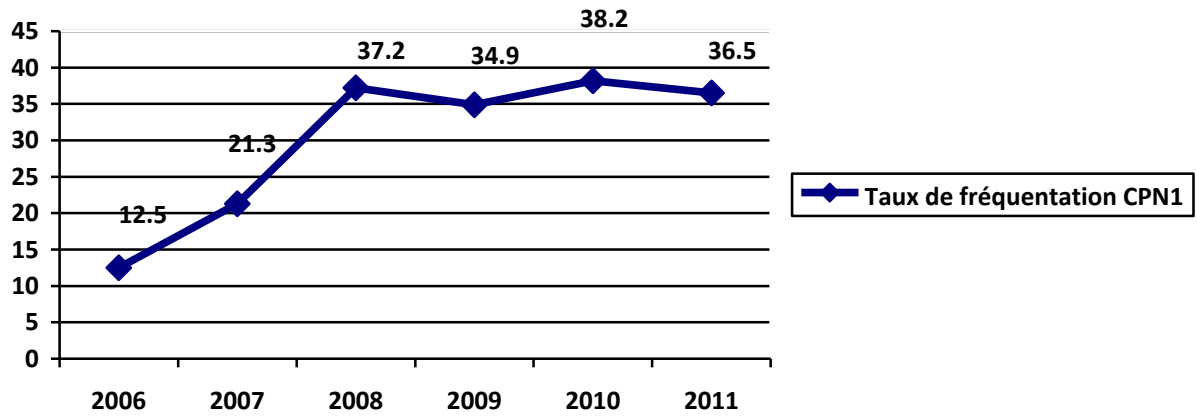


Figure 3 : Evolution du taux de fréquentation de la CPN1 2006-2011

L'amélioration de l'utilisation des services de PTME passe par le renforcement des ressources (humaines, matérielles, logistiques...), l'implication des communautés dans tout le processus de promotion et l'utilisation des services de santé auquel il faut adjoindre le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale en faveur des services de santé de la reproduction.

Ce potentiel communautaire doit être mis à profit pour booster l'utilisation des services de PTME et le suivi communautaire du couple mère-enfant sous la coordination des correspondant communaux de lutte contre le VIH en tenant compte des spécificités régionales.

Dépistage en consultation prénatale

S'agissant du dépistage chez les femmes enceintes on constate des disparités interrégionale comme le montre le tableau ci-après.

Tableau 4 : Dépistage du VIH en CPN1 en 2011

Régions	Nbre de femmes enceintes attendues en CPN	Nbre de femmes enceintes vues en CPN	Taux de fréquentation de la CPN (%)	Nbre de femmes enceintes testées au VIH	Nbre de femmes enceintes séropositives	Taux de séropositivité des femmes enceintes (%)
Adamamoua	52101	30244	58,0	20269	1218	6,0
Centre	180867	65219	36,1	57154	4810	8,4
Est	41141	11402	27,7	9790	947	9,7
Extrême-Nord	178545	52005	29,1	34742	1327	3,8
Littoral	147015	61158	41,6	50494	7786	15,4
Nord	105177	26232	24,9	9286	328	3,5
Nord-ouest	92581	34251	37,0	32832	2060	6,3
Ouest	91585	42547	46,5	39580	1771	4,5
Sud	35507	12724	35,8	11086	1058	9,5
Sud-Ouest	71014	27891	39,3	26093	1642	6,3
TOTAL	995533	363673	36,5	291326	22947	7,9

Source : CNLS, 2011

Malgré ces performances, le taux de fréquentation de la CPN 1 stagne depuis 4 ans à une moyenne de 35%.

L'analyse de la fréquentation de la 1^{ère} CPN présente des disparités Régionales. Les Régions de l'Est, de l'Extrême-nord et du Sud qui présentaient en 2010 des taux de couverture 1^{ère} CPN de moins de 20%, font observer des progrès significatifs en 2011 avec des taux respectifs de 27,7%, 29,1% et 35,8%.

Implication des partenaires des femmes enceintes dans la PTME

En 2011, 26,1% des partenaires des femmes enceintes vues en CPN1 ont été touchés soit une progression significative si l'on compare au 2% des partenaires touchés par le programme en 2010. La stratégie mise en oeuvre pour enrôler plus de partenaires de femmes enceintes est le contact tracking de la femme enceinte testées VIH+. C'est ainsi que 47,3% des partenaires des femmes enceintes VIH+ ont été testés au VIH avec un taux de séropositivité de 9,6% (1048/10875).

Les efforts en matière de PTME doivent être accentués en vue du renforcement de l'implication des partenaires des femmes enceintes pour assurer un meilleur suivi de la femme et de l'enfant.

Offre du bilan d'orientation (CD4) des femmes enceintes VIH+

Tableau 5 : Couverture de l'offre du bilan d'orientation CD4 aux femmes enceintes VIH+

Régions	Nbre femmes enceintes VIH + attendues	Nbre de femmes enceintes séropositives vues	Nbre de femmes enceintes séropositives ayant fait des CD4	% de couverture programmatique en CD4	% de couverture populationnelle	Nbre de femmes enceintes séropositives ayant fait des CD4 éligibles à la TARV
Adamamoua	3960	1218	127	10,4	3,2	126
Centre	3127	4810	1475	30,7	47,2	943
Est	13746	947	142	15,0	1,0	74
Extrême-Nord	13569	1327	424	32,0	3,1	91
Littoral	11173	7786	1164	14,9	10,4	818
Nord	7993	328	39	11,9	0,5	39
Nord-ouest	7036	2060	779	37,8	11,1	510
Ouest	6960	1771	417	23,5	6,0	216
Sud	2699	1058	225	21,3	8,3	21
Sud-Ouest	5397	1642	460	28,0	8,5	295
TOTAL	75660	22947	5252	22,9	6,9	3133

Source : CNLS 2011

Le taux de couverture en CD4 chez les femmes enceintes VIH+ est de 6,9% en 2011 soit une légère augmentation par rapport à 5,8% enregistré en 2010. Des 5252 femmes enceintes séropositives ayant fait des CD4, 59,3% étaient biologiquement éligibles au traitement ARV (TAR) pour leur propre santé.

L'offre du bilan d'orientation (CD4) chez les femmes enceintes VIH+ présente des disparités régionales comme le montre la figure 3 ci-dessous.

On observe que certaines Régions ont fait en 2011, des efforts considérables dans l'offre de ce service. Il s'agit de l'Extrême Nord (de 4,5% à 32%), le Centre (de 17,1% à 30,7%) et l'Ouest (de 6% à 23,5%). Par ailleurs d'autres Régions font observer des régressions. C'est le cas du Littoral (de 27,4% à 14,9%) et le Sud de 31,8% à 21,3%) comme le montre la figure 4 ci-dessous.

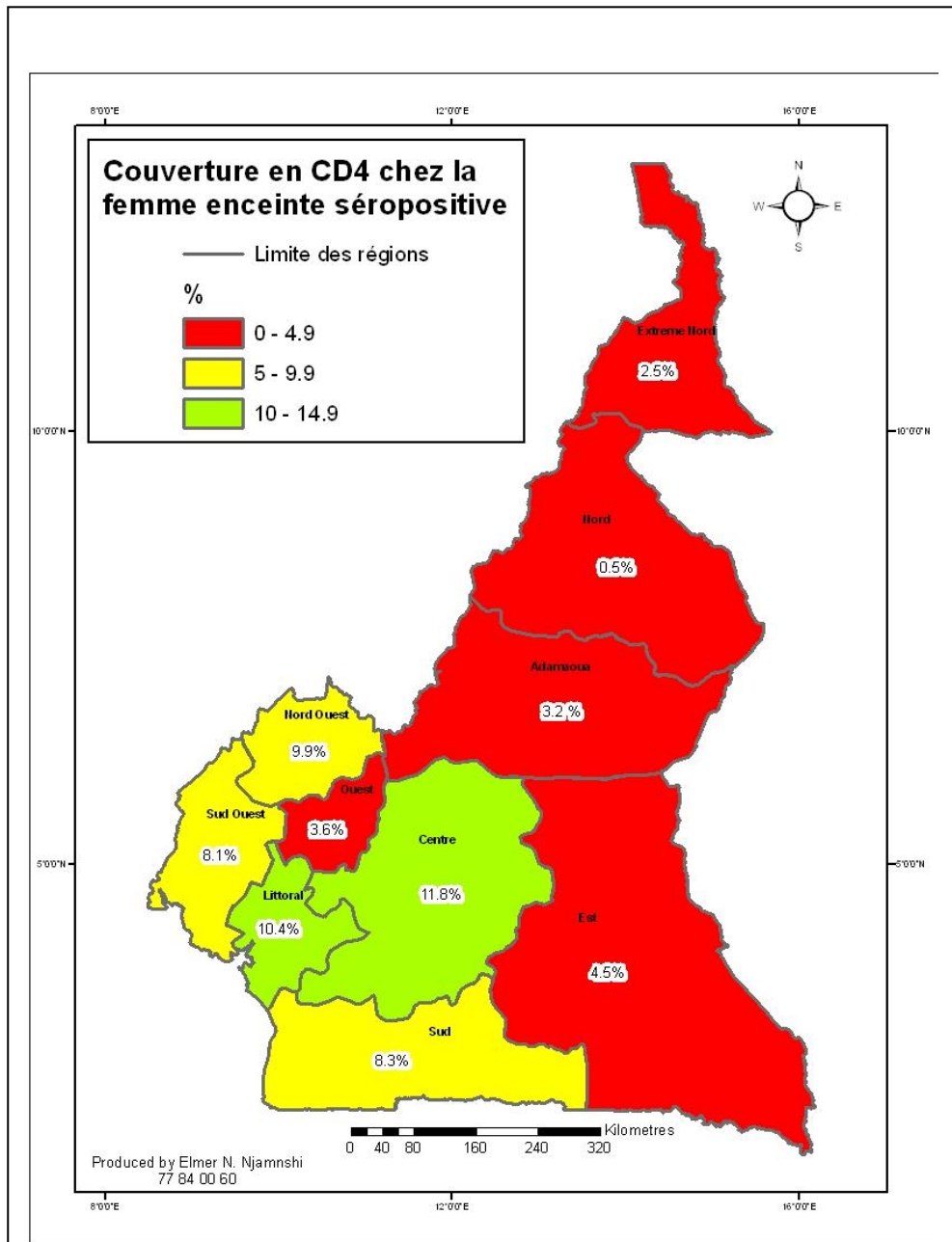
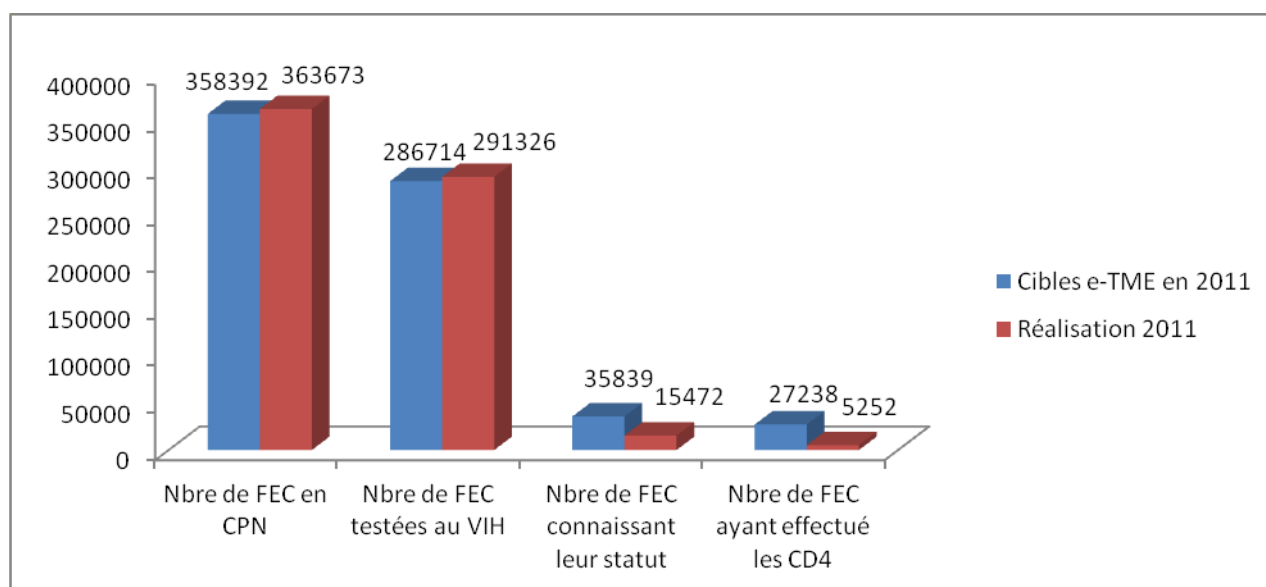


Figure 4 : Disparités régionales des services de CD4 au Cameroun
Source : CNLS 2011

Aperçu de la couverture des cibles vers l'élimination de la TME

En 2011, les cibles de couverture de la CPN et du dépistage ont été atteintes. Par contre celles relatives à la connaissance du statut sérologique et de l'offre du bilan de CD4 n'ont été couvertes soit respectivement 43.17% et 19.24% comme le montre la figure 5 ci-après.

Figure 5 : Couverture des cibles annuelles vers l'e-TME



Source : CNLS 2011

Couverture en ARV chez la femme enceinte VIH+

Au cours de l'année 2011, 15 379 femmes enceintes testées VIH+ ont reçu un régime ARV (5685 pour la TARV, et 9 694 pour la prophylaxie) sur les 22 947 femmes enceintes séropositives identifiées, soit 20,3% des 75 660 femmes enceintes VIH+ attendues en 2011.

Malgré les efforts fournis pour éviter la monothérapie à la névirapine en PTME, cette pratique reste d'actualité dans 13,4% (2065/15379) des cas.

Tableau 6 : Couverture en régimes ARV pour la TME chez les femmes enceintes VIH+

Régions	Nbre de FEC VIH+ estimées en 2011	Poids de la population de FEC VIH+ par zone (%)	Nbre de FEC VIH+ mis sous régime ARV	Taux de couverture (%)	Nbre de femmes mis sous TARV	Nbre de femmes mis sous prophylaxie	Nbre de femmes mis sous monothérapie NVP	Taux d'utilisation de la NVP en PTME (%)
Adamaoua	3960	5,2	1047	26,4	285	762	155	14,8
Centre	13746	18,2	3049	22,2	1445	1604	337	11,1
Est	3127	4,1	587	18,8	158	429	55	9,4
Extrême-Nord	13569	17,9	763	5,6	72	691	358	46,9
Littoral	11173	14,8	3320	29,7	1353	1967	369	11,1
Nord	7993	10,6	234	2,9	105	129	47	20,1
Nord-ouest	7036	9,3	2702	38,4	1042	1660	302	11,2
Ouest	6960	9,2	1012	14,5	290	722	233	23,0
Sud	2699	3,6	678	25,1	105	573	0	0,0
Sud-Ouest	5397	7,1	1987	36,8	830	1157	209	10,5
TOTAL	75660	100,0	15379	20,3	5685	9694	2065	13,4

Source : CNLS 2011

Au cours de la période 2010-2011, les directives nationales de PTME, alimentation du Jeune enfant en contexte VIH ont été révisées et 500 personnels médicaux et paramédicaux ont été formés à leur mise en œuvre afin d'assurer le passage à échelle des interventions.

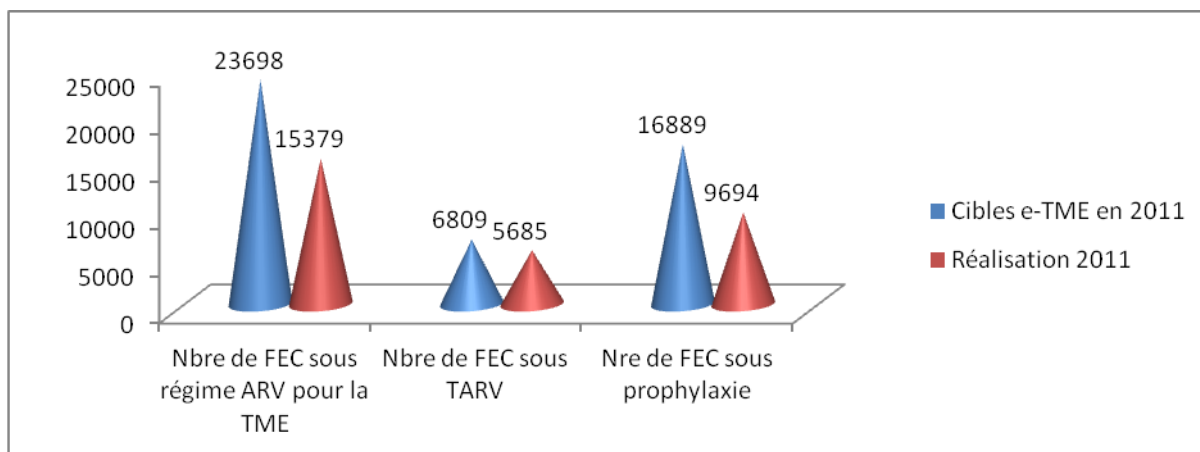
Couverture en Cotrimoxazole chez les femmes enceintes VIH+

La couverture nationale de cet indicateur est faible car ce service n'est pas offert de manière systématique à toutes les femmes enceintes VIH+ identifiées par le système. En effet, 48,5% des femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'une couverture en ARV pour la PTME n'ont pas reçu une prophylaxie au cotrimoxazole représentant une opportunité manquée.

Aperçu de l'utilisation des services ciblée vers l'élimination de la TME

En 2011, la couverture de la cible en régime ARV pour la TME a été réalisée à 64,89%. Ceci se décline à 83,49% de réalisation pour la cible TARV et 57,39% de réalisation pour la cible prophylactique comme le montre la figure 6 ci-après

Figure 6 : Aperçu des efforts dans la couverture des cibles annuelles vers l'élimination de la TME



Source : CNLS 2011

SUIVI DE L'ENFANT NE DE MERE VIH+

Suivi post natal des enfants nés de mères séropositives

La couverture en ARV prophylactique et en cotrimoxazole chez les enfants nés de mères séropositives en 2011 reste faible (respectivement 9,2% et 5,4%) soit une régression de plus de 7% et 10% par rapport à 2010. Ces faibles performances sont liées au mauvais suivi du couple mère-enfant. En effet en 2011, seul 65% des enfants nés de mères séropositives attendus lors de la visite de la 6ème semaine de vie ont été reçus. Cette situation reste très préoccupante pour le programme. L'ensemble du dispositif communautaire pourrait servir de base pour adresser cette problématique qui présente quelques disparités Régionales comme en témoigne le tableau ci-après.

Tableau 7 : Couverture en ARV prophylactique et en cotrimoxazole chez les enfants nés de mères VIH+

Régions	Nbre de FEC VIH+ estimées en 2011	Poids de la population de FEC VIH+ par zone (%)	Nbre de FEC séropositives identifiées	Nbre d'enfant nés de mères VIH+ sous prophylaxie ARV à la naissance	Nbre d'enfant nés de mères VIH+ vue à la 6ème semaine de vie	Nbre d'enfant nés de mères VIH+ sous prophylaxie au CTX	Taux de perdu de vue à la 6ème semaine suivant la naissance (%)	Taux de couverture au CTX(%)
Adamaoua	3960	5,2	1218	329	191	123	41,9	3,1
Centre	13746	18,2	4810	1613	1338	749	17,0	5,4
Est	3127	4,1	947	239	209	203	12,6	6,5
Extrême-Nord	13569	17,9	1327	581	504	242	13,3	1,8
Littoral	11173	14,8	7786	1451	427	362	70,6	3,2
Nord	7993	10,6	328	96	87	50	9,4	0,6
Nord-ouest	7036	9,3	2060	1586	1162	1169	26,7	16,6
Ouest	6960	9,2	1771	706	371	225	47,5	3,2
Sud	2699	3,6	1058	244	146	131	40,2	4,9
Sud-Ouest	5397	7,1	1642	1081	712	829	34,1	15,4
TOTAL	75660	100,0	22947	7926	5147	4083	35,1	5,4

Sources: CNLS, 2011

Suivi nutritionnel des enfants nés de mères VIH+

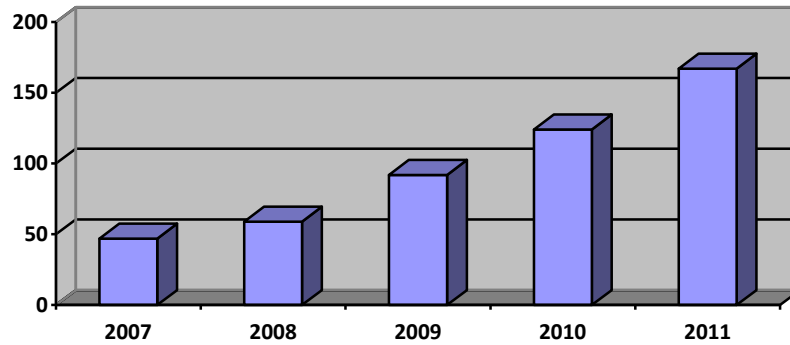
En 2011, 4966 enfants nés de mères VIH+ et vus à six semaines de vie étaient sous allaitement maternel exclusif. Cependant, il reste difficile d'apprécier le suivi nutritionnel des enfants nés de mères VIH+ car 35% de ces enfants sont perdus de vue dès la 6ème semaine de vie. La pratique de l'allaitement maternel exclusif reste majoritairement appliquée parmi les enfants exposés vus au cours de ces 3 dernières années.

Les directives nationales en matière d'alimentation de l'enfant né de mère VIH+ recommandent l'allaitement maternel exclusif protégé jusqu'à 6 mois avec sevrage étalé sur une période maximale de 2 à 4 semaines.

Diagnostic pédiatrique de l'infection à VIH

Depuis 2007, le diagnostic précoce est en pleine expansion dans le pays comme l'indique la figure ci-après. Mais seulement **7,9%**, soit 167 des 2102 des formations sanitaires offrant les services de PTME pratiquent le diagnostic précoce par PCR. Bien que faible, la progression de 2% dans la couverture de ce service a permis l'offre de diagnostic précoce à 8099 enfants en 2011 comparé aux 6376 enfants ayant bénéficié de ce service en 2010.

Figure 7 : Evolution du Nombre de FS collectant les DBS au Cameroun



Source : CNLS, 2011

Parmi les 8099 enfants nés de mères VIH+ ayant bénéficié du dépistage précoce par PCR-DNA en 2011 on a noté un taux de positivité de 7,1% soit 574 enfants infectés. Le taux enregistré en 2011 est inférieur à celui de 2010 (8,9% soit 567 enfants).

Dépistage rapide 12 mois après la naissance

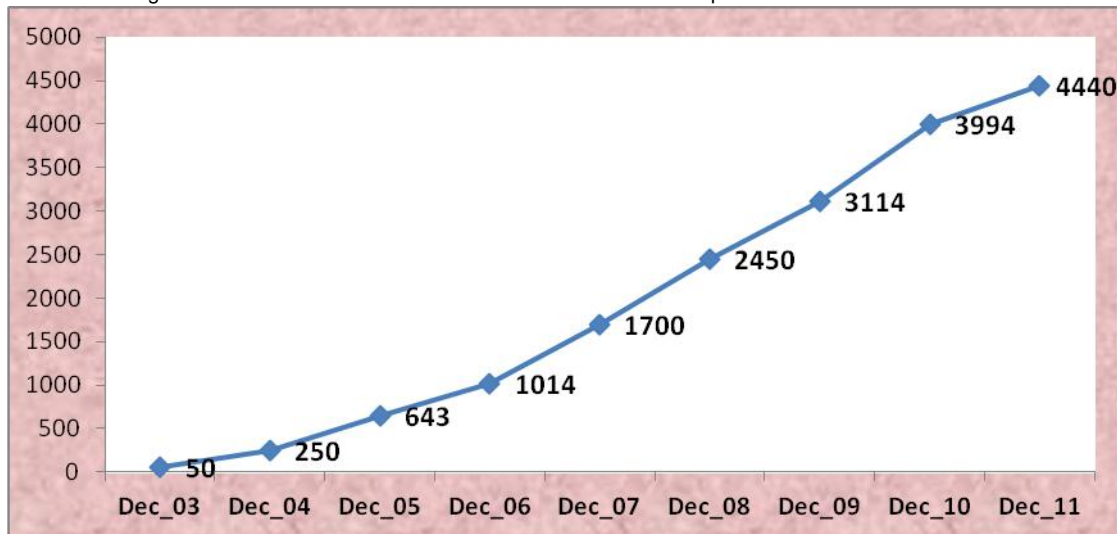
Avec le passage à l'échelle de la PTME et l'approvisionnement continu en intrants, le nombre d'enfants dépistés après 12 mois a évolué depuis 2006. En 2010, des **1484** enfants testés à 12 mois de vie, **368** étaient positifs. Les enfants qui n'ont pas pu être testés par PCR à partir de 6 semaines devraient bénéficier d'un test rapide à 12 mois, cependant moins de 34% d'entre eux sont vus à 12 mois de vie pour le diagnostic sérologique. Ce résultat traduit la nécessité de renforcer le suivi post natal des enfants nés de mères VIH+.

Des études portant sur les cohortes des enfants ayant bénéficié de la PTME devraient être réalisées afin de mieux apprécier le taux de séropositivité chez les enfants nés de mères VIH+ et l'impact des interventions de la PTME au Cameroun.

Prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH

L'extension de la mise en œuvre des activités de la PTME a permis l'enrôlement d'un nombre croissant d'enfants infectés sous trithérapie ARV (figure 6).

Figure 8 : Evolution de l'enrôlement des enfants sous trithérapie entre 2003 et 2010



Source : CNLS, 2009

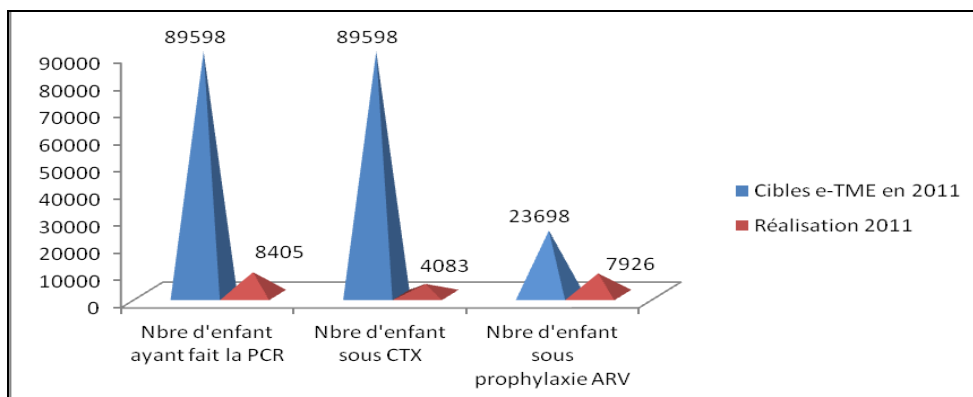
Bien qu'on ait observé au cours de ces dernières années une progression du nombre d'enfants sous TARV, cette augmentation ne doit pas occulter le nombre important d'enfants non couverts dû entre autres au taux élevé de perdus de vue après le diagnostic précoce (37,4%) et le faible niveau de rendu des résultats de PCR1 aux bénéficiaires (45 jours en moyenne).

Aperçu de la qualité de services en direction des enfants exposés pour l'élimination de la TME

En 2011, la couverture des enfants exposés en ARV prophylactique a été de 33,44% (7926/23698). Par ailleurs, l'offre de diagnostic précoce et de cotrimoxazole aux enfants nés de mères séropositives ont été respectivement de 9,38% (8405/89598) et 4,55% (4083/89598) comme le montre la figure ci-après

Il s'agit donc d'un maillon faible qui témoigne de la mauvaise qualité du continuum de soin du couple mère enfant et pour lequel des actions urgentes et spécifiques doivent être entreprises pour améliorer la protection des enfants exposés. Cela contribuera à l'élimination de la TME et l'amélioration de la survie des enfants infectés au VIH nés de mères séropositives

Figure 9 : Aperçu des efforts dans la couverture des cibles annuelles vers l'élimination de la TME



Source : CNLS 2011

Implication des partenaires des femmes enceintes dans la PTME

Les efforts en matière de PTME doivent être accentués en vue du renforcement de l'implication des partenaires des femmes enceintes pour assurer un meilleur suivi de la femme et de l'enfant.

En 2011, 26,1% des partenaires des femmes enceintes vues en CPN1 ont été touchés soit une progression significative si l'on compare au 2% des partenaires touchés par le programme en 2010. La stratégie mise en œuvre pour enrôler plus de partenaires de femmes enceintes est le contact tracking de la femme enceinte testée VIH+. C'est ainsi que 47,3% des partenaires des femmes enceintes VIH+ ont été testés au VIH avec un taux de séropositivité de 9,6% (1048/10875) comme le montre le tableau 8.

Tableau 8 : Taux de séropositivité chez les partenaires des femmes enceintes

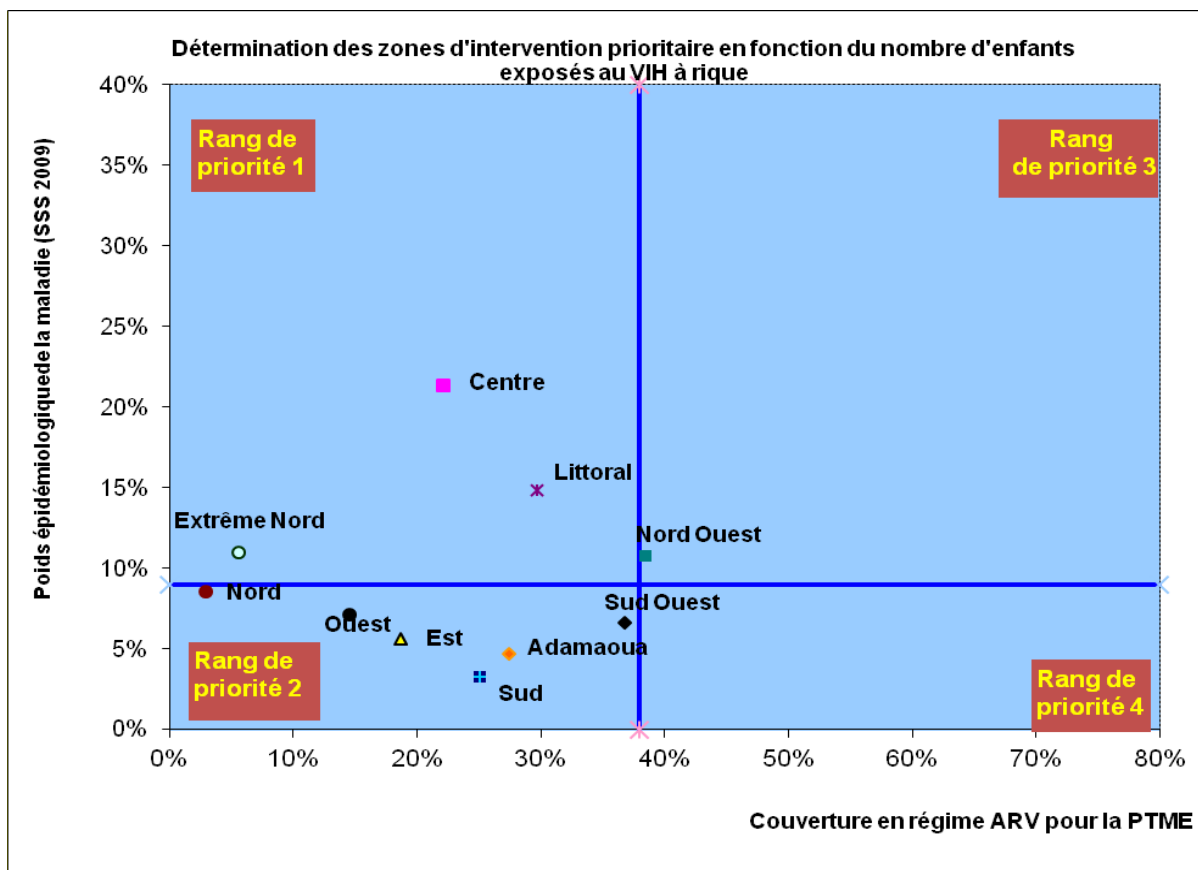
Régions	Nbre de FEC VIH+ estimées en 2011	Poids de la population de FEC VIH+ par zone (%)	Nbre de FEC séropositives identifiées	Nbre de partenaires des FEC testés	Nbre de partenaires des FEC testés VIH+	Taux de positivité au VIH (%)
Adamaoua	3960	5,2	1218	59	26	44,1
Centre	13746	18,2	4810	315	150	47,6
Est	3127	4,1	947	196	34	17,3
Extrême-Nord	13569	17,9	1327	4867	162	3,3
Littoral	11173	14,8	7786	2369	256	10,8
Nord	7993	10,6	328	190	22	11,6
Nord-ouest	7036	9,3	2060	601	117	19,5
Ouest	6960	9,2	1771	1167	122	10,5
Sud	2699	3,6	1058	699	69	9,9
Sud-Ouest	5397	7,1	1642	412	90	21,8
TOTAL	75660	100,0	22947	10875	1048	9,6

Performances régionales en PTME/PECP et choix des zones d'interventions prioritaires.

La mise en œuvre de différentes interventions relatives à la PTME doit se faire de façon progressive à travers le pays au regard des performances de chaque Région. Les critères d'évaluation des performances retenus sont : (i) le poids de la maladie estimée par la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes en CPN (cf. surveillance sentinelle VIH syphilis 2009) ; (ii) le taux de fréquentation des services de CPN ; (iii) la couverture en ARV prophylactiques chez les femmes enceintes VIH+. Les Régions sont classées en zone d'intervention prioritaire comme l'indique la figure ci-dessous :

- Zone de priorité I : Centre, Littoral, Extrême Nord
- Zone de priorité II : Sud, Est, Adamaoua, Nord, Sud-Ouest, Ouest
- Zone de priorité III : Nord-Ouest
- Zone de priorité IV : référence pour l'élimination de la TME

Figure 10 : Zones prioritaires d'intervention de la PTME



Sources : CNLS 2011

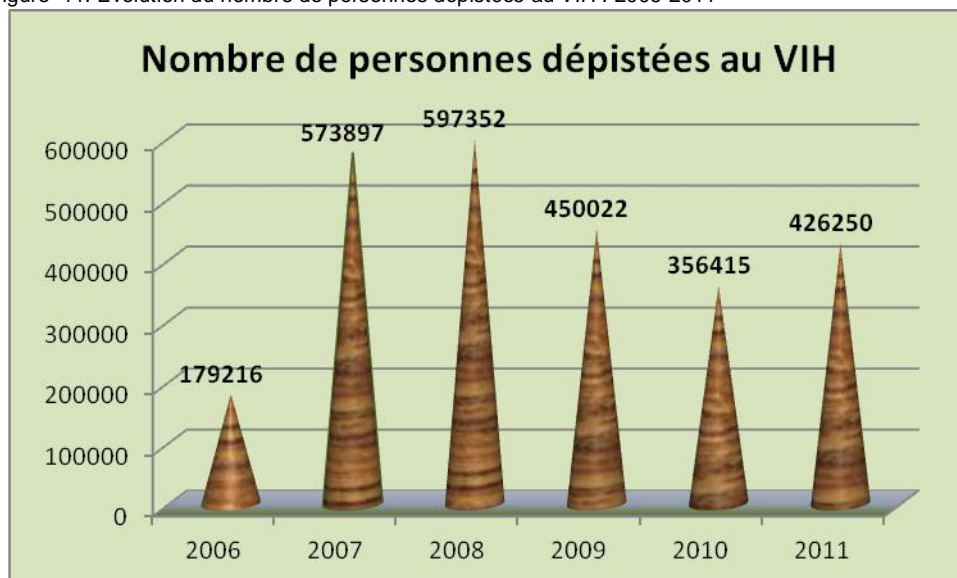
Il s'agira donc d'envisager le passage de l'ensemble des Régions vers la Zone 4 au cours des prochaines années indispensable pour la réalisation de nos objectifs d'élimination de la TME à l'horizon 2015.

- **Conseil et Dépistage du VIH**

Dans le cadre de cette stratégie, la connaissance du statut sérologique constitue une priorité de premier rang. Il s'agit de faire connaître à chaque individu son statut sérologique et par la suite les mesures de prévention ou de soins à prendre afin de constituer une barrière à l'épidémie. Si la stratégie vise toute la population, il existe toutefois des groupes cibles les plus visés tels que les jeunes, les femmes enceintes, les travailleurs du sexe (TS), hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (MSM).

Au cours de la période 2010 - 2011, l'objectif visé en termes de dépistage était de faire connaître à 3 609 000 de personnes leur statut sérologique à travers la stratégie fixe (dans les formations sanitaires) et la stratégie mobile (par les unités mobiles de dépistage). Au total, 753632 personnes (soit 21% de l'objectif) ont été testées et ont reçu leurs résultats. Ceci a été fait avec l'appui des partenaires tels que le programme Germano Camerounais de santé/Sida, Care and Health Program.

Figure 11: Evolution du nombre de personnes dépistées au VIH : 2006-2011



Source GTC/CNLS

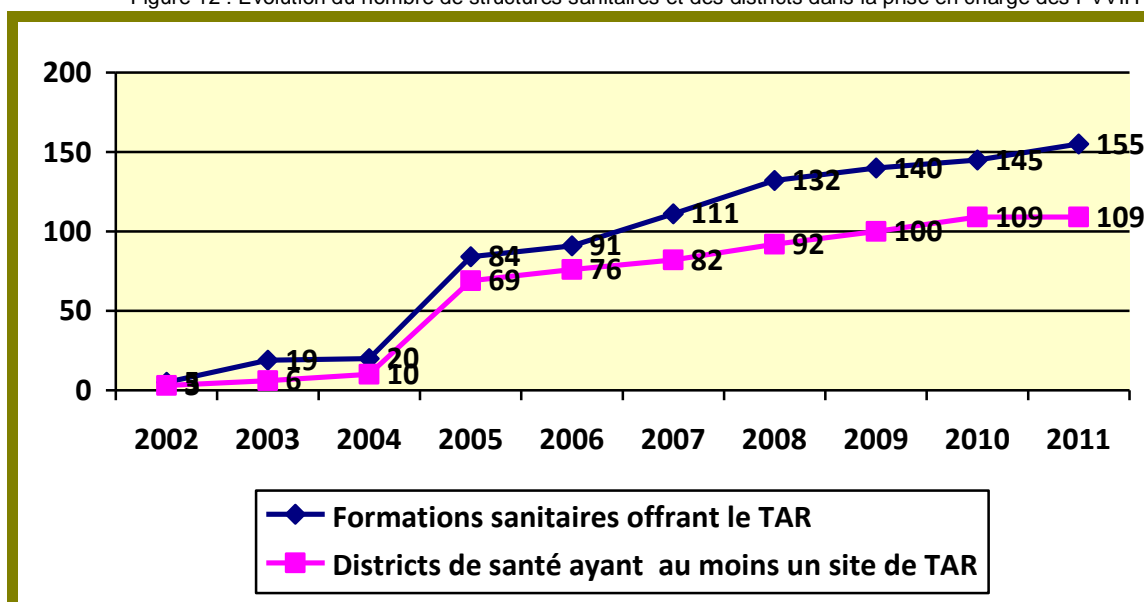
En 2011, les données laissent apparaître une légère augmentation de la performance par rapport aux résultats de l'année précédente. Cela s'expliquerait par la relance des efforts de dépistage à travers les unités mobiles et l'implication de nouveaux secteurs dans la lutte contre le VIH pendant les événements spéciaux tels que Vacances sans Sida, Semaine camerounaise de lutte contre le Sida, etc. Ces résultats seraient meilleurs si le PNLIS n'avait pas connu une rupture prolongée de tests de dépistage et si la complétude des rapports des structures décentralisées était améliorée.

2.4.2. Soins et traitement

• Structures de prise en charge des PVVIH

En fin décembre 2011, 149 structures sanitaires réparties dans 109 districts de santé offrent les services de prise en charge des PVVIH éligibles. Comme le montre la figure ci-dessous, tant pour ce qui est des structures de prise en charge que des districts de santé opérationnels en la matière, l'effectif est en constante évolution d'une année à l'autre. Toutefois, l'on observe que la couverture tant des districts de santé ou des formations sanitaires ciblées n'est que partielle. En effet, sur les 181 districts de santé du pays, seuls 109 districts de santé répartis dans les 10 régions du pays disposent d'au moins d'une structure de prise en charge opérationnelle, soit 61,2%.

Figure 12 : Evolution du nombre de structures sanitaires et des districts dans la prise en charge des PVVIH



Source : CNLS

Tableau 9 : Couverture régionale en formation sanitaire et district de santé offrant les services de PEC des PVVIH en 2010

Tableau 12 : Couverture régionale en FS et DS en activités de prise en charge des PVVIH en 2010 Région	Nombre de structures de PEC des PVVIH	Nombre de districts mettant en oeuvre les activités de PEC	Nombre total de DS en 2010	% couverture districts de santé en PEC
Adamaoua	7	5	8	62,5%
Centre	36	29	31	93,5%
Est	6	6	14	42,9%
Extrême Nord	10	10	28	35,7%
Littoral	23	11	18	61,1%
Nord	9	9	13	69,2%
Nord Ouest	16	11	18	61,1%
Ouest	13	8	19	42,1%
Sud	11	9	11	81,8%
Sud Ouest	14	11	18	61,1%
Total	145	109	178	61,2%

Equipements des structures de prise en charge en matériels biomédicaux

En 2011, 42 appareils compteurs CD4 ont été acquis par le GTC et mis à disposition des structures de prise en charge des PVVIH (CTA et UPEC) pour faciliter la mise en application des nouvelles recommandations, la mise sous traitement et le suivi des patients.

Approche tutorat

La mise en œuvre de l'approche tutorat a été renforcée dans 13 centres de référence pour la PEC des PVVIH grâce à l'appui technique d'ESTHER et au financement C2D. Cette approche met l'accent sur la formation sur site du personnel, une supervision rapprochée, le renforcement des capacités logistiques des laboratoires, les stages pratiques et les échanges d'expériences.

Offre de traitement antiretroviral

La poursuite de la politique nationale de gratuité des ARV, de subvention de certains examens biologiques et la décentralisation des structures de PEC ont permis un enrôlement croissant de personnes infectés et éligibles au traitement (figure 13). 2011 en outre, a connu le changement des protocoles utilisés chez l'adulte avec le retrait des protocoles contenant le D4T et l'introduction de TDF comme molécule de première ligne.

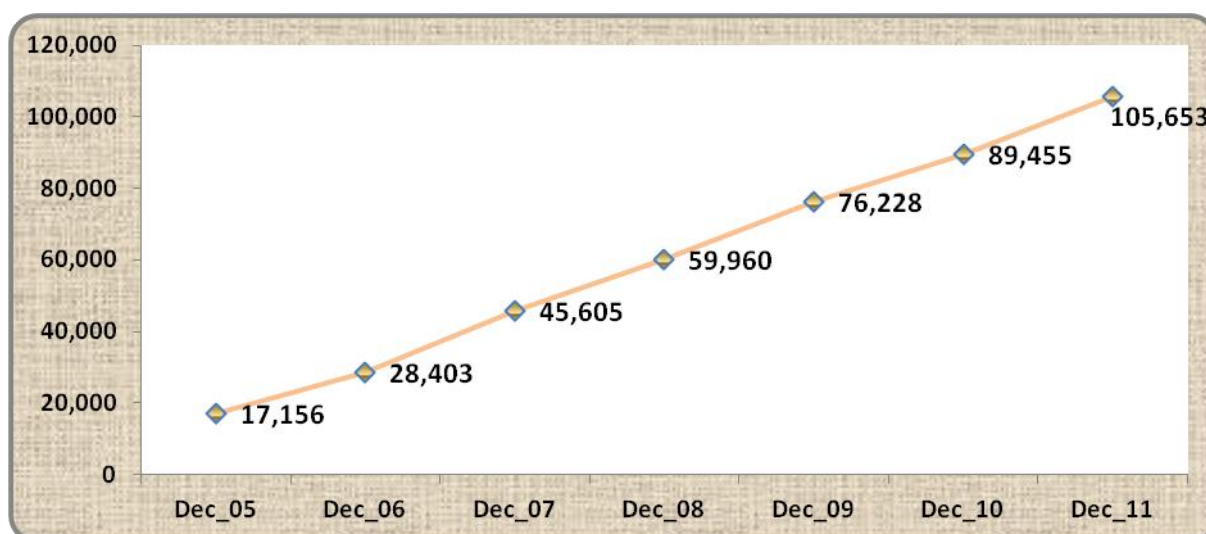


Figure 13 : Evolution de la file active des malades sous ARV : 2005 – décembre 2011

En fin 2011, un total de 105 653 personnes sont sous ARV et représentent 49,6% de couverture des besoins (tels qu'estimés à l'aide du logiciel de projection EPP/SPECTRUN à 213 000 pour l'année 2011).

68,4% (soit 72 229) des 105 653 PVVIH sous ARV sont des femmes, contre 31,6% d'hommes (33 424). Les enfants représentent moins de 5% du nombre total de personnes sous traitement.

De 89 455 personnes sous ARV en décembre 2010 on est passé à 105 653 en fin décembre 2011 soit 16 198 personnes de plus entre les deux périodes.

- **Prise en charge des Infections Opportunistes, prise en charge psychosociale et nutritionnelle**

Plus de 82 000 patients infectés par le VIH ont été mis sous contrimoxazole en 2011. Cet effectif représente moins de la moitié des personnes éligibles. Il est à noter que des ruptures de stocks de médicaments pour les IO ont été observées çà et là au cours de la période.

- **Prise en charge de la co-infection TB/VIH**

Le groupe technique de travail sur la co-infection TB/VIH a été mis en place et les activités de collaboration entre les deux programmes renforcées et mieux coordonnées.

Les activités de dépistage actif du VIH chez les patients tuberculeux ont continué de façon routinière dans les 223 centres de diagnostic et traitement de la TB. Sur les 223 CDT répartis dans l'ensemble du pays, 141 (soit 63%) offrent le paquet de service de soins pour le VIH/sida incluant le traitement ARV. 51% des patients co-infectés TB/VIH ont bénéficié à la fois du traitement contre la tuberculose et le VIH. Sur un total de 20 115 cas de tuberculose (toutes formes confondues) testés pour le VIH, 7 672 se sont révélés positifs soit une prévalence de 38%. On note une augmentation sensible du nombre de malades tuberculeux qui acceptent de faire le test du dépistage du VIH, passant de 71 (19117/24552) à 80% (20115/25045) entre 2010 et 2011.

La recherche de la TB chez les patients VIH présentant des signes cliniques faisant suspecter la TB a été poursuivie dans 10 centres de traitement ARV. 7,1% d'adultes et d'enfants séropositifs nouvellement enrôlés dans les sites de traitement ARV ont été mis sous TPI.

- **L'aide à l'observance aux traitements :**

En 2010, l'évaluation des Indicateurs d'alerte Précoce (IAP) sur l'émergence des résistances aux traitements ARV montre que moins de 25% des structures de prise en charge des PVVIH atteignent les seuils requis tant pour les patients perdus de vue et ceux encore sous traitement de première ligne 12 mois après le début du traitement.

En 2011 des mesures correctrices ont débuté avec la production et diffusion des affiches et des dépliants démontrant clairement les actions à entreprendre pour réduire les risques d'émergence de la résistance et les conséquences de non observance aux traitements dans les 155 sites de traitements.

Par ailleurs, la poursuite du financement du Fonds Mondial (CoS : Continuum of Services) a permis de maintenir en service les 508 agents relais communautaires afin de renforcer la prise en charge psychosociale et l'aide à l'observance du traitement chez les patients.

2.4.3. Atténuation d'impact

Le soutien psychologique, social et économique aux PVVIH

En partenariat avec plusieurs organisations nationales et internationales (RECAP+, ACMS, ESTHER, CAMNAFAW, SUNAIDS, etc...), la lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH s'est intensifiée au cours de la période 2010-2011. Plus de 80 PVVIH ont été formées sur les thématiques de la vie positive et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et développent de nombreuses activités au sein des différentes associations. La ligne téléphonique verte « Allo Info Sida » a été rendue opérationnelle.

Par ailleurs, 11 associations de PVVIH ont bénéficié de microcrédits individuels pour le développement des AGR.

Le programme de renforcement des capacités des femmes vivant avec le VIH a été intensifié au cours de la période. 360 femmes infectées par le VIH ont bénéficié de l'appui technique sur le développement de l'entrepreneuriat, 148 femmes ont eu accès à un financement de leur micro-projet, et 112 femmes ont été inscrites dans les mutuelles de santé communautaires. L'autre volet de ce programme comprend l'accompagnement psychosocial aux femmes infectées pour accroître l'adhérence au traitement, et le renforcement de leur accès ainsi que celui de leurs dépendants aux soins de santé à travers les mutuelles de santé communautaires.

Le soutien aux OEV (soutien sanitaire, scolaire, nutritionnel, psychosocial et protection juridique)

490 acteurs de la société civile, responsables communaux et assistants sociaux ont été formés à la prise en charge des OEV. En 2011, seulement 7 200 OEV ont bénéficié d'au moins un type de soutien (sanitaire, scolaire, nutritionnel, psychosocial et protection juridique). Le résultat obtenu est encore très loin de la cible 2011 qui prévoit la prise en charge de 63 194 OEV.

2.4.4. Implication de la société civile et du secteur privé

Au cours de la période 2010-2011, les efforts visant une implication accrue des acteurs de la société civile et du secteur privé ont été poursuivis

Les organisations de la société civile ont été fortement impliquées dans toutes les étapes du processus d'élaboration du plan stratégique national 2011 – 2015 et de l'élaboration des documents de mobilisation des ressources (Round 10 Fonds Mondial, PEPFAR, UNITAID, ESTHER, KFW, C2D, etc...). Par ailleurs, la société civile occupe une place stratégique et importante au sein de l'instance de Coordination Nationale (ICN) des programmes financés par le Fonds Mondial. Elle est représentée dans le Comité nationale de lutte contre le Sida (CNLS) et dans tous les groupes techniques de réflexion (Suivi & évaluation, e-TME, TARV, etc...). Par ses actions, la Société Civile a réussi à susciter le débat sur certaines thématiques notamment la question de la déclaration d'Abuja, la situation des HSH, les politiques face à la problématique de la santé.

Les organisations de la société civile participent à la mise en œuvre des interventions de lutte contre le sida. A titre d'exemple 6,2 % des sites de traitement ARV sont des structures sanitaires gérées par les confessions religieuses ;

En 2010, un protocole d'accord a été signé entre le GICAM et le Ministère de la Santé pour la mobilisation des fonds privés pour l'achat des ARV en vue de la prise en charge des PVVIH au sein des entreprises. Par la suite, l'implication des entreprises privées dans la lutte contre le sida s'est accrue avec une adhésion d'un nombre croissant d'entreprises privées au CCA-sida au cours de la période 2010-2011. A ce jour, 14,2% des structures de traitement par les ARV au Cameroun sont gérées par les entreprises privées. Les activités de sensibilisation et de dépistage du VIH sont développées par plusieurs entreprises privées notamment les entreprises opérant dans les zones d'exploitation forestière, le long du pipeline Tchad Cameroun (EXXON ...), les compagnies d'exploitations pétrolières (TOTAL, MOBIL, ..), de téléphonie mobile (Orange, MTN, CAMTEL), agricoles et autres (CDC, SOSUCAM, ALUCAM, etc..).

2.4.5. Implication des autres secteurs

Outre les secteurs traditionnellement impliqués dans la lutte contre le VIH/sida (Santé, Education, femmes, communication) la période 2010-2011 a été marquée par le développement et l'intensification des actions dans les ministères tel que le tourisme, l'agriculture, la fonction publique, le sport, l'environnement et la planification.

Les comités sectoriels de lutte contre le sida ont été mis en place ou réactivés, des plans opérationnels sectoriels ont été élaborés et mis en œuvre. Ainsi, les causeries éducatives et plusieurs campagnes de sensibilisation ont permis de toucher plus de 20 000 personnel des secteurs dans les 10 régions du pays, de dépister (plus de 3 000 personnes), de former plus de 537 pairs éducateurs et encadreurs, de distribuer plus de 25 000 préservatifs et des dépliants

2.4.6. Droits de la personne

Au Cameroun, les droits de l'homme, l'égalité des chances et la protection des personnes vulnérables sont garantis par la Constitution. La Constitution réaffirme l'adhésion à la déclaration universelle des droits de l'Homme ainsi que certaines conventions internationales ratifiées par le pays. Le Cameroun a également ratifié plusieurs conventions internationales dont la Charte Africaine des droits de l'Homme et des peuples, la Convention contre la torture et autres traitements inhumains et cruels, la Convention sur l'élimination de toutes formes de discriminations à l'endroit des femmes, la Convention internationale sur l'élimination de toutes formes de discrimination raciale, la Convention internationale sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels, la Convention Internationale sur les droits de l'Enfance, le protocole de Maputo, la Charte Africaine de la jeunesse, etc.

Il n'existe pas de législation, ni de réglementation spécifiques sur le VIH et sida. La protection des droits sociaux des Personnes Vivant avec le VIH demeure assurée par les textes en vigueur régissant la vie professionnelle et familiale. Toutefois, la Commission Nationale des Droits de l'Homme et des Libertés dispose d'une sous-commission des questions spéciales qui peut recevoir et traiter des questions concernant les droits de l'Homme dans le contexte du VIH et sida.

Aux termes de l'article 347 (bis), du Code Pénal Camerounais, les relations sexuelles entre les adultes consentants de même sexe sont criminalisées et punies d'une peine d'emprisonnement allant de six mois à cinq ans. Pareillement, les professionnels(le)s du sexe sont sanctionnés par la Loi. Ceci, couplé à la stigmatisation et la discrimination et une culture d'homophobie générale au Cameroun, est un frein majeur pour les homosexuels pour ce qui est de leur accès aux soins de santé et à la justice. .

La loi n°2005/007 portant Code de procédure pénale a été promulguée le 27 juillet 2005 et a introduit dans le droit positif camerounais de profondes innovations en matière de protection des droits de l'Homme. L'entrée en vigueur de la loi portant Code de Procédure Pénale qui unifie les systèmes juridiques anglophone et francophone en vigueur respectivement depuis 1938 et 1958 est effective depuis 2007. Ce code contient des avancées significatives en matière de respect des droits de l'homme à tous les niveaux de la procédure pénale (enquête préliminaires, instructions, jugement et exécution des peines). Le Ministère de la justice a aménagé son organigramme en créant une direction des Droits de l'Homme et de la Coopération Internationale, avec pour objectif d'ancrer la culture des Droits de l'Homme dans le système judiciaire et pénitentiaire.

L'enseignement des Droits de l'Homme a été introduit dans les programmes scolaires.

Le Cameroun a élaboré un Plan d'action national de promotion et de protection des droits de l'Homme au Cameroun. Ce document vise à intégrer l'approche Droits de l'Homme dans toutes les activités impliquant le Gouvernement, la société civile et les bailleurs de fonds.

Le nouveau PSN 2011-15 met un accent particulier sur les populations clés (MARPs) qui sont les moteurs de l'épidémie tout en renforçant les acquis de la réponse nationale. Ceci contribuera à réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH grâce à la diminution des nouvelles infections dans les MARPs et dans la population générale et une amélioration de la qualité de la prise en charge des PVVIH. Le Cameroun met en œuvre le Round 10 du Fonds Mondial qui cible principalement les HSH et les Professionnel(les) du Sexe (TS).

Par ailleurs, dans le cadre de la réponse nationale au VIH et sida, les ONG y compris les associations encadrant les HSH et les TS, ont intégré dans leurs plans d'action, les activités de plaidoyer et de prise en charge des populations clés.

Les activités de renforcement des capacités des acteurs nationaux pour la promotion des droits de la personnes y compris les PVVIH se sont intensifiées. Un pool de 26 responsables nationaux ont été formés à la mise en œuvre de la recommandation N° 200 du BIT portant sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH. En outre , une délégation de décideurs nationaux a pris part en 2011 à des concertations régionales en la matière et une trentaine de magistrats ont bénéficié d'une formation sur le VIH et les droits de l'homme.

3. MEILLEURES PRATIQUES

3.1. SENSIBILISATION DES JEUNES SUR LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA PAR LE TRAITEMENT PRÉCOCE DES IST, LE DÉPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH ET LA DISTRIBUTION DU MATÉRIEL ÉDUCATIF »

Introduction

Lors de la prise en charge des Infections sexuellement transmissibles dans les sites de traitement, l'on s'est rendu compte de l'affluence des jeunes au cours des consultations, surtout en matière de traitement des IST par l'approche syndromique et leurs besoins pour le Counseling s'est fait ressentir. Par contre le nombre de personnes qui acceptaient le dépistage était réduit. Il est vrai qu'il y avait un autre paramètre qu'il faut prendre en compte, celui de la rupture des stocks des réactifs parfois au niveau central. Mais il revenait souvent dans les séances de Counseling la demande par les jeunes de matériel de sensibilisation qui était justement en cours de production.

La prise en charge des IST selon l'approche syndromique de par ses avantages, notamment le diagnostic sur la base des signes et syndromes, l'absence d'examen de laboratoire a suscité une forte adhésion des populations cibles, si l'on tient également compte du fait que les médicaments sont donnés gratuitement sous forme de kits (constitution de syndromes prêt à être utilisés), cela ne pouvait qu'entraîner un fort engouement des jeunes à se présenter aux consultations. Il en est de même pour le dépistage du VIH qui était fait gratuitement après une séance de Counseling.

Mise en œuvre de la pratique

Cette activité est menée par CHP (Care and Health Program), du 1er au 31 Juillet 2010. Ce sont les jeunes des lycées et collèges, des Universités d'Etat, privées, confessionnelles ainsi que ceux des institutions supérieures qui étaient concernés par cette intervention. Trente deux mille neuf cent dix huit (32.918) personnes ont été dépistées dont quinze mille huit cent quarante sept (15.847) jeunes. Cinquante quatre mille sept cent trente cinq (54.735) personnes ont été traitées dont vingt mille neuf cent neuf (20.909) jeunes. Le CHP étant en majorité constitué de jeunes, c'est également les jeunes qui consultaient. La production et l'utilisation du matériel éducatif et pour la sensibilisation ont fortement boosté les populations cibles en faveur de cette approche. La prise en charge de ces jeunes s'est faite dans les sites répartis comme suit : 58 sites dans le secteur des enseignements secondaires ; 12 sites dans le secteur de l'enseignement supérieur. La campagne s'est étendue à travers toutes les régions du pays. Les principaux collaborateurs ont été les personnels du Ministère de la santé (Direction de la Lutte contre la Maladie, GTC/CNLS et les GTR).

Résultats de la pratique

Les objectifs fixés par le projet en termes de nombre de personnes traitées et nombre de personnes conseillées et dépistées ont fort heureusement été dépassés. Sur les 25. 000 patients attendus, 54. 735 dont 20.909 jeunes ont reçu un traitement contre les IST pendant cette période, soit 17.253 élèves et 3.656 étudiants. Et pour ce qui concerne le counseling et le dépistage du VIH, 32. 918 cas de dépistage du VIH dont 15.847 jeunes (soit 12.214 élèves et 3.633 étudiants) ont réalisé leur test de dépistage dans les différents sites d'intervention.

Leçons apprises

Le traitement par l'approche syndromique a démontré toute son efficacité. Les jeunes aimeraient bien se faire traiter mais ont peur des examens. Cette approche devrait donc de plus en plus être appliquée dans nos hôpitaux quand cela est possible. Il faudrait également noter que les jeunes ont très peu de moyens. Le traitement par l'approche syndromique vient également réduire le coût du traitement même s'il faut se procurer soi-même les médicaments.

La plus grande difficulté rencontrée a été d'amener le MINESUP et le MINESEC à contribuer au financement de certains aspects du projet tel que l'augmentation de la quantité du matériel éducatif à distribuer à la cible, le financement des activités des pairs éducateurs (formation des pairs éducateurs, campagnes de sensibilisation). Cette difficulté s'explique par le budget limité dont disposent ces différents départements ministériels qui n'arrivent pas à dégager des fonds supplémentaires pour le financement de leur plan stratégique de lutte contre le SIDA.

Conclusion

Cette intervention peut être considérée comme « meilleure pratique » parce qu'elle peut augmenter le taux d'acceptabilité des jeunes à faire leur test de dépistage du VIH et à changer progressivement leurs attitudes afin d'adopter des comportements à moindre risque. Ce projet intervient dans le cadre de l'exécution des activités de l'Objectif 2 du projet Global Funds Round 5 et conformément au plan d'action de CHP.

3.2. AUTOFORMATION DES ENSEIGNANTS ET DES PAIRS ÉDUCATEURS À L'EVF/EMP/VIH&SIDA

Contexte

- Le Cameroun se trouve dans une situation épidémiologique généralisée avec une prévalence au VIH de 4,3% en 2010. L'étude sur l'impact du VIH et du sida sur le système éducatif camerounais initiée par l'UNESCO révèle la forte incidence de la pandémie sur l'offre et la demande éducatives nationales. Or, à eux seuls les élèves, les enseignants et les autres personnels de l'éducation représentent plus de 20 % de la population du pays estimée, à l'heure actuelle, à une vingtaine de millions d'habitants.
- Dans le cadre du Projet d'Appui au Programme National de la Santé de la Reproduction, l'UNESCO a opérationnalisé une stratégie holistique à entrée multiple qui a permis une accélération de la réponse du secteur éducatif avec l'appui du secteur de la santé.

Méthode

- Capitalisation de la formation à distance par l'opérationnalisation de l'autoformation à distance à base d'un didacticiel sous forme de DVD interactif à visionner par les enseignants des établissements pilotes du primaire et du secondaire identifiés par les ministères en charge de l'éducation.
- Implication de l'ensemble des maillons de la chaîne d'encadrement pédagogique pour un suivi de proximité par les autorités administratives et pédagogiques de proximité jusqu'au niveau de l'enseignant de classe en charge de l'éducation de la cible principale : les apprenants.
- Renforcement des capacités des établissements cibles par une dotation d'un kit d'équipement audiovisuel adéquat et des supports didactiques pertinents.

- Implication dans une approche holistique des enseignants (1) dans les salles de classe, des clubs scolaires à travers les activités post-et-péri-scolaires, des associations extrascolaires (2) œuvrant dans le domaine de la communication pour le changement de comportement, des centres de santé locaux (3) pour la prise en charge de la santé de reproduction des adolescents, des animateurs et journalistes (4) des radios communautaires et de la presse écrite pour la production et la diffusion des messages positifs et des supports produits.

Resultats

- Un vivier de 63 cadres pédagogiques et responsables d'association de jeunes associés à la conception d'outils curriculaires adaptés à l'âge, au niveau d'étude et au contexte national en EVF/EMP/VIH&sida : curricula et guide pédagogique pour les enseignants et manuels pour les apprenants élèves, les pairs éducateurs et les animateurs radio.
- 344 membres de la chaîne d'encadrement pédagogique formés au suivi et à l'opérationnalisation de l'autoformation des enseignants au sein des établissements scolaires pilotes et des bassins pédagogiques environnant ;
- 4138 enseignants du primaire et du secondaire et 1339 pairs éducateurs autoformés
- 255 kits audiovisuels et 38 930 supports pédagogiques d'autoformation mis à la disposition de 241 établissements et scolaires du primaire et du secondaire 11 associations.
- 235 encadreurs d'associations de jeunes en milieu scolaire et extrascolaire formés
- 118 journalistes et animateurs des média formés et 102 émissions radiophoniques diffusées, deux films et un téléfilm produits sur les thématiques relatives à la santé de reproduction des adolescents.

L'auto formation des enseignants peut être considérée aujourd'hui comme un enjeu pour le Cameroun d'autant que l'utilisation des TIC véhicule des messages de qualité, harmonisés et validés par l'Autorité nationale et influence d'une façon significative la formation des jeunes. L'utilisation d'un matériel didactique attrayant et des méthodes innovantes améliore à n'en point douter la couverture et la motivation des enseignants et des encadreurs des jeunes à enseigner des thèmes nouveaux.

3.3. «SENSIBILISATION DES JEUNES FEMMES DES SAARÉS SUR LA RÉALITÉ ET L'ÉVOLUTION DU SIDA, LA PROMOTION DU DIALOGUE SUR L'ÉDUCATION SEXUELLE DES ENFANTS EN FAMILLE DANS LA RÉGION DE L'ADAMAOUA»

Introduction

Malgré les efforts consentis par l'Etat camerounais et les institutions de lutte contre le sida, la causerie sur la sexualité reste un tabou dans les communautés villageoises de l'Adamaoua (et surtout pour la jeune femme du Saaré) et les conséquences de ce manque de dialogue sont multiples. Il convient également de noter que la marginalisation des orphelins et des malades du sida est encore d'actualité dans cette région du pays. C'est dans ce sens que l'Association des Femmes Dynamiques de Sabongari America a initié ce projet afin de sensibiliser les jeunes femmes du Saaré qui n'ont pas pour la plupart eu accès à l'éducation. Cette intervention a permis aux populations de prendre conscience du rôle que peut jouer la femme dans la lutte contre le VIH/SDA. La jeune femme des Saarés a, quant à elle, pu s'imprégner des méthodes de prévention. La lutte contre le SIDA est désormais intégrée dans les enseignements religieux et coutumiers.

Mise en œuvre de la pratique

Des pairs-éducateurs ont été formés dont 30 étaient essentiellement des jeunes femmes de 20 à 28 ans. La sensibilisation des jeunes femmes par les jeunes femmes elles mêmes est encore plus efficace.

Des causeries éducatives ont été organisées dans les maisons par les pairs éducateurs au moyens des ressources mobilisées et mises à leur disposition : les dépliants, les affiches, les boites à image, les fiches de présence, les fiches pour animateurs et les moyens de locomotion.

Des causeries éducatives radiophoniques en langues locales ont été animées par les membres de l'Association des Femmes Dynamiques de Sabongari America.

Le plaidoyer a été effectué auprès des chefs religieux et traditionnels. Il se déroulait au niveau des chefferies, des écoles coraniques et des maisons. Le but était d'insérer l'éducation à la santé reproductive dans les enseignements religieux et de faciliter le déroulement des causeries éducatives dans les villages.

Les principaux partenaires ont été la CRTV, l'Association Presse Jeune, et quelques âmes de bonne volonté.

Résultats de la pratique

L'impact de ce projet a été très encourageant dans la mesure où les modes de transmission et la connaissance des réalités autour du VIH sont maîtrisés par le groupe cible. 1500 personnes de la population cible ont été touchées par la campagne et 500 d'entre elles se sont faites dépister avec un taux de retrait de 85%. Les 500 tests disponibles ont été épuisés et la demande n'a pas été satisfaite à 100%. La prise en charge des PVVIH et OEV est devenue une réalité car les personnes VIH + ont été référées dans les structures de prise en charge et les OEV identifiés ont bénéficiés d'un soutien. Désormais, les conseils autour de la santé sexuelle sont prodigués au sein des familles par les jeunes mères ou les grandes sœurs qui autrefois n'en savaient rien. Après évaluation, à peu près 1500 personnes de la population cible sont touchées par la sensibilisation.

Leçons apprises

L'utilisation des boîtes à image et la maîtrise des langues locales ont permis une compréhension plus aisée des messages. Il est cependant important de noter que nous avons également fait face à plusieurs difficultés liées au manque de moyens financiers. Ce qui n'a pas permis de couvrir toute la région de l'Adamaoua. Ainsi, cet objectif non négligeable de notre campagne n'a pas été atteint. Les coutumes et traditions ont constitué de véritables barrières pour cette campagne de sensibilisation (polygamie, manque d'autonomie de la jeune femme).

Conclusion

En définitive, les populations de l'Adamaoua en général et les jeunes femmes des Saarés en particulier ont pu s'éloigner des préjugés conçus sur le SIDA et se sont senties d'avantage concernées par la lutte contre ce fléau. Elles ont compris l'importance de la prise en charge des PVVIH et OEV. Cette intervention peut être considérée comme meilleure pratique parce qu'elle a permis de toucher les populations supposées cachées qui n'ont pas souvent eu l'occasion de vivre en direct ce genre d'évènement. Elle peut également être considérée comme meilleure parce qu'elle a permis à cette population de reconsidérer le rôle de la femme dans la famille et au sein de la société. La femme qui n'avait pas droit à une éducation sexuelle, peut désormais y prétendre. La femme qui n'avait pas le droit de parler de sexe, en parle désormais. Ceux qui voudront adopter cette meilleure pratique pour travailler sur la même question devront d'abord se rassurer des réalités du terrain et adapter les messages en fonction ; les animateurs devront maîtriser les langues de la localité et avoir toujours des boîtes à image pour faciliter la compréhension.

3.4. «MOBILISATION DES JEUNES ET ADOLESCENTS POUR LA PRÉVENTION PRIMAIRE DU VIH ET LE CONSEIL DÉPISTAGE VOLONTAIRE DANS LA VILLE DE DSCHANG»

Introduction

La population de Dschang (ville universitaire) est essentiellement constituée des jeunes et adolescents qui viennent des 3 angles du triangle national pour des raisons d'études et qui pour la plupart goûtent ou ont goûté à la vie solitaire pour la première fois ici même à l'université. L'excès de liberté dont ils jouissent les expose à toute forme de vulnérabilité qui les empêche de poursuivre normalement leur cursus. Résultats, les grossesses non désirées, les IST/VIH, les viols, les traumatismes dus aux relations sexuelles avec des personnes plus âgées... Or, un tout petit geste comme une toute petite information par exemple les aiderait à se prémunir de tels risques inutiles. C'est pourquoi l'association Horizon Jeune a jugé utile d'organiser lors des occasions de grandes mobilisations des campagnes de sensibilisation ciblée, de mobilisation et de dépistage volontaire des jeunes et adolescents en milieu scolaire, universitaire et extrascolaire dans la ville de Dschang. Ce qui permet de pallier certes de manière sporadique l'insuffisance des services socio – sanitaires conviviaux pour jeunes et ado.

A titre de mémoire, Horizon Jeune est une structure de la société civile jeune gérée par des jeunes eux-mêmes expérimentés par des nombreuses formations et activités menées tant au niveau local, national qu'international. La moyenne d'âge de ses membres est de 24 ans. Sa vision est celle d'une jeunesse saine et responsable qui participe à son propre essor.

Mise en œuvre de la pratique.

L'association travaille pour la mise en œuvre du programme Enfants, VIH & SIDA de la coopération Cameroun – Unicef. A cet effet, une équipe de 30 pairs éducateurs (de 15 à 24 ans) et encadreurs a été formé par le programme sus – mentionné. Ils représentent les différents cantons/quartiers de la ville.

Lorsque que nous organisons ces campagnes ciblées, nous recyclons et restaurons cette équipe par rapport aux objectifs à atteindre. De 2008 à 2010, plusieurs campagnes ont été menées, 4 retiennent notre attention :

- Vacances sans sida 2008 et 2009 ;
- La mobilisation spéciale de Janvier 2010 ;
- La campagne de la semaine de lutte contre le sida 2010 avec le Réseau des Jeunes du Cameroun.

Au-delà du recyclage précité et des autres aspects préparatoires, l'activité en elle-même comporte 3 phases :

- La mobilisation des autorités et autres leaders communautaires pour leur adhésion qui est une condition majeure du succès
- La mobilisation et la sensibilisation des jeunes et adolescents dans les établissements et autres lieux publiques

A cette étape, 30 de nos pairs éducateurs ont été recyclés aux différentes techniques d'approches et à la communication pour le changement de comportement et leur connaissance renforcées et réactualisées sur les IST, VIH & SIDA. Ces pairs éducateurs se déploient dans les établissements scolaires et autres lieux publics comme les églises, les salles de répétition, les stades et lieux de spectacle, principal message le changement de comportement pour dire adieu au VIH.

- Les tests de dépistage volontaire et gratuit

Pour cette phase, nous adoptons une méthodologie propre à chaque circonstance. En période de classe, comme en janvier 2010, nous organisons des équipes spéciales constituées des responsables de Counseling et du personnel médical accompagnés des animateurs. Le concours des autorités scolaires y est incontournable.

Pendant les périodes mortes, nous invitons durant les descentes de mobilisations et discussions ciblées les jeunes et ado dans un endroit public prédéterminé pour de nombreuses activités ludiques et éducatives dont les animations diverses, les projections de film, les expositions documentaires, les affichages, en présence des autorités locales. Dans cette fourchette, nous y intégrons aussi les tests de dépistage volontaire et gratuit. L'aménagement est fonction de la foule attendue.

Mise en œuvre principalement par notre équipe diversifiée des jeunes volontaires soucieux d'œuvrer pour leur propre développement, ces campagnes bénéficient généralement de l'appui logistique et financier de l'UNICEF et de l'Inspection médico-scolaire de l'Ouest et des autres appuis diversifié des structures déconcentrées du Ministère de la Jeunesse et de la Mairie de Dschang. Ces activités se réalisent principalement grâce aux ressources humaines (pairs éducateurs, encadreurs de Horizon Jeune, équipe médicales) ; ressources matérielles (dépliants, affiches, tests) ; et les ressources financières dont nous disposons, puis grâce à l'appui considérable des différents sus – cités.

Résultats de la pratique

Aux vues de ces campagnes successives, quelques résultats salutaires ont été atteints malgré les contraintes :

- Au moins 1 300 jeunes et adolescents connaissent leurs statuts sérologiques ;
- Au moins 3 500 jeunes et adolescents reçoivent des messages ciblés sur le VIH et la sexualité en général ;
- Au moins 100 jeunes pairs éducateurs au fil des campagnes ont vu leurs capacités techniques et pratiques renforcées à travers le *learning by doing*.

Leçons apprises

Nous faisons pour nos activités des planifications mesurées, ce qui fait que nous pouvons dire que tout se passe généralement bien grâce à l'engagement désintéressé des jeunes acteurs. Sinon, on peut retenir quelques leçons :

- Les jeunes veulent connaître leur statut sérologique, mais n'ont pas toujours d'occasion et d'espace approprié pour eux. La multiplication de ce genre d'activité aidera plus d'un qui ont peur du regard des adultes ;
- L'usage des supports de communication par les Pairs Educateurs comme les T-shirts, casquettes et badges est d'une importance et d'une motivation incommensurables. L'octroi à ces derniers de ces kits pourrait les galvaniser davantage et faciliter leur travail au quotidien ;
- Les jeunes sont des grands agents de mobilisation et de plaidoyer qui atteignent souvent facilement les cibles compliquées, un renforcement constant de leurs capacités et des occasions d'échanges d'expérience entre eux amélioreraient leurs efforts et le brassage du savoir à travers le pays.
- L'appartenance de l'association Horizon Jeune à un réseau national en l'occurrence le Réseau des Jeunes du Cameroun est une force qui renforce sa visibilité nationale et l'épanouissement de ses acteurs au Cameroun et même à l'extérieur.

Conclusion

Cette activité a permis à de nombreuses personnes d'avoir encore plus d'informations sur le VIH/SIDA, et plus précisément sur l'importance et la nécessité de faire le test de dépistage. Plusieurs jeunes de la ville se sont ainsi fait dépister, réduisant de ce fait le nombre d'individus ignorants leur statut sérologique au sein de la population. Cette intervention peut, au vu des résultats obtenus, être considérée comme une « meilleure pratique » car elle contribue efficacement à réduire l'impact du VIH/SIDA dans notre société, et plus important, favorise la participation active des jeunes qui nous le savons sont les plus concernés par le problème. Cette activité peut aussi être considérée comme meilleure pratique parce que :

elle est adaptée à la cible qui est elle-même acteur ;

elle permet d'atteindre des grands résultats en un temps record, il faut pour cela que tous les intrants soient disponibles comme les tests ;

elle est moins coûteuse par rapport aux résultats qu'elle peut donner, les jeunes acteurs étant des volontaires ;

elle est facilement adaptable dès lors que les jeunes ont un sens de participation citoyenne, d'où l'importance du travail en réseau.

3.5. "GIRLS IN MOVEMENT, STOP AIDS"

Introduction

Trois (3) femmes sur quatre (4) infectées par le VIH au Cameroun, sont des filles de 15-24 ans, en majorité les filles de nos universités nationales. Il est à noter aussi pour le souligner que, la majorité des étudiantes Designers (option mode et accessoires) des Instituts de Beaux Arts au Cameroun sont des filles de 15-24ans.

Huit (8) ans après son introduction au Cameroun, le préservatif féminin (FC2) reste quelque peu boudé par les filles, ceci à cause des préjugés qui se font autour de cette technologie alternative pour la protection contre le VIH. Parce que les messages destinés aux jeunes sont souvent plus adaptés quand ils sont conçus par les jeunes eux-mêmes, le projet (GO'SIDA) « par et pour les étudiantes » offre la possibilité aux étudiantes, d'utiliser le préservatif féminin pour créer des vêtements sur le thème du SIDA, à base des préservatifs féminins FC2 et d'objets (lames de rasoirs, seringues, aiguilles, poches pour la transfusion sanguine,...) concernés par la transmission, dans le but de démystifier le préservatif féminin FC2 auprès des étudiantes des autres universités et ainsi contribuer à la réduction de la vulnérabilité des femmes au VIH et au SIDA et à la prévention des grossesses non désirées et aussi à l'autonomisation de la jeune fille des universités du Cameroun en 2011. Le projet a été lancé le 30 novembre 2009 à Yaoundé.

Mise en œuvre de la pratique

La présentation officielle a eu lieu le 12 Août 2010 (Journée Mondiale de la Jeunesse) dans l'un des prestigieux hôtel de la capitale politique du Cameroun, le HILTON HÔTEL devant 05 Ministres (Jeunesse, Promotion de la Femme et de la Famille, Affaires Sociales, Emploi et Formation Professionnelle, Communication) :

- Conférence débat de lancement du projet GO'SIDA ;
- Appel à propositions nationales des métiers de la mode sur le thème de la lutte contre les IST et la pandémie du VIH/SIDA chez la jeune fille ;
- sélection des modèles de dessin ;
- Séminaire Atelier de teinture sur préservatif féminin ;
- Séminaire atelier sur les techniques de moulage, d'assemblage, de recyclage des objets de récupération en vue de les transformer en œuvres d'arts ;
- Fabrication et montage des modèles de vêtements ;
- (Journée Internationale de la Jeunesse) : Présentation officielle devant 05 Ministres au Yaoundé HILTON HOTEL. Le projet GO'SIDA, «les filles en mouvement contre le VIH/SIDA» a bénéficié du soutien technique et financier du Fonds des Nations Unies pour la Population bureau du Cameroun (UNFPA/CMR), qui a offert 10 000 préservatifs féminins FC2. Ces préservatifs ont été distribués aux jeunes filles des universités publiques et privées au cours de la campagne.

Résultats de la pratique

L'objectif de ce projet lancé en novembre 2009 est de toucher environ 65000 filles de nos universités. Il va s'achever en fin 2011. Cette intervention est donc à mi-parcours, cependant, rendu au terme de la première phase, l'on note que plus de 30 000 filles des universités publiques et privées sont touchées par la campagne. Sur 10 filles interrogées 3 disent utiliser le préservatif féminin après la campagne. Or avant la campagne, à peine une sur 10 s'en servait. Le préservatif (fc2) qui a pendant des années eu du mal à pénétrer le marché camerounais, se vend désormais comme des morceaux de pains dans certaines pharmacies.

Leçons apprises

Les principales difficultés rencontrées au cours de cette intervention étaient liées au contexte socio culturel (manque d'autonomisation de la femme, crainte de perdre son partenaire, l'éducation acquise auprès des parents qui dit que la femme doit rester soumise à son conjoint...) ; à la religion qui dénonce l'utilisation du préservatif et à tous les préjugés qui se sont autour du préservatif (fc2). Néanmoins grâce à la perspicacité des pairs éducateurs formés pour la circonstance et en toute connaissance de cause, la campagne a été menée et le message bien transmis, les résultats atteints en témoignent. Le projet n'a pas été mené dans les universités de Dschang et de Buea comme initialement prévu, pour cette première phase, les moyens financiers ont fait défaut.

Conclusion

Cette intervention a permis à la jeune fille de s'éloigner des préjugés liés à l'utilisation du préservatif (fc2) et d'adopter un comportement sexuel sécurisant, le port systématique du préservatif lors de chaque rapport. Ce qui lui permet désormais de prendre son destin en mains. Cette intervention peut être considérée, comme une meilleure pratique parce qu'elle a permis de braver les pesanteurs socioculturelles et plusieurs autres considérations freinant l'autonomisation de la femme. Ceux qui voudraient adopter cette pratique, devraient au préalable, étudier le contexte socioculturel dans lequel ils se trouvent et former les pairs éducateurs en tenant compte de ce contexte.

4. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT

4.1. APPUI FINANCIER

Les efforts menés par le pays en vue de la réalisation des objectifs du GARP ont bénéficié d'un apport de financement important des partenaires bi et multilatéraux (19 435 236 057 F CFA) soit 63,8% du montant global des dépenses en 2010) et de l'assistance technique soutenue.

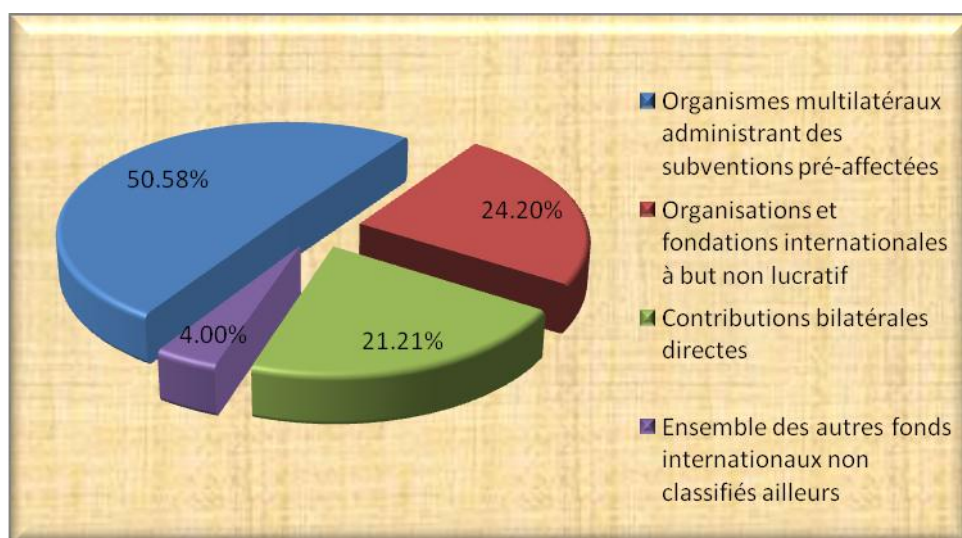


Figure 15 : Répartition des dépenses des PTF en 2010

4.2. APPUI TECHNIQUE

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

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

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

Les ONG internationales telles Clinton Foundation, ESTHER, Care Cameroun, MSF, 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 :

- la production et à la dissémination de l'information stratégique ;
- à la mobilisation des ressources ;
- au développement des politiques et renforcement des capacités techniques des prestataires ;
- au renforcement du partenariat national avec la société civile et le secteur privé ;
- à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- la promotion des comportements à moindre risque y compris la connaissance du statut sérologique ;
- la décentralisation et le passage à l'échelle des interventions ;
- l'implication de tous les secteurs dans la riposte au VIH ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge des PVVIH ;
- la mobilisation communautaire ;
- le renforcement des cadres de concertation entre les acteurs 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.

Le soutien des partenaires au développement est plus que jamais nécessaire pour maintenir les acquis et faciliter l'atteinte des objectifs du GARP à l'horizon 2015. Ils doivent s'impliquer d'avantage sur les plans techniques et financiers pour la mise en œuvre du PSN 2011-2015 avec un accent particulier sur le volet suivi et évaluation, l'amélioration de la qualité des services et l'appui à la mobilisation des ressources internes.

5. SUIVI ET ÉVALUATION

5.1. SYSTÈME ACTUEL DE SUIVI ET ÉVALUATION (S&E)

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. Son rôle est de s'assurer que toutes les activités des acteurs impliqués dans le VIH et le Sida s'intègrent dans un seul système national de S&E conformément aux recommandations sur les « Three one's ».

Le Groupe de Travail Suivi & Evaluation composé d'experts en S&E du gouvernement, des agences bilatérales, du Système des Nations Unies, des institutions académiques, du secteur privé et de la société civile a pour tâche de conseiller la section sur les aspects de S&E tout au long du développement et de la mise en œuvre des plans d'action de S&E. Il se réunit au moins une fois par trimestre, et au fur à mesure des besoins, pour assurer un appui technique à la Section Planification, Suivi et Evaluation du GTC/CNLS.

Outre ce groupe, d'autres cadres de coordination du suivi de la mise en œuvre du PSN existent à l'instar du Groupe de coordination des partenaires de la lutte contre le Sida (GCOP), de l'instance de Coordination National (ICN) du Fonds Mondial, et de l'Equipe conjointe du Système des Nations Unies sur le VIH/Sida.

La figure ci-dessous nous présente le circuit actuel de collecte et de rapportage des données ainsi que la rétro-information.

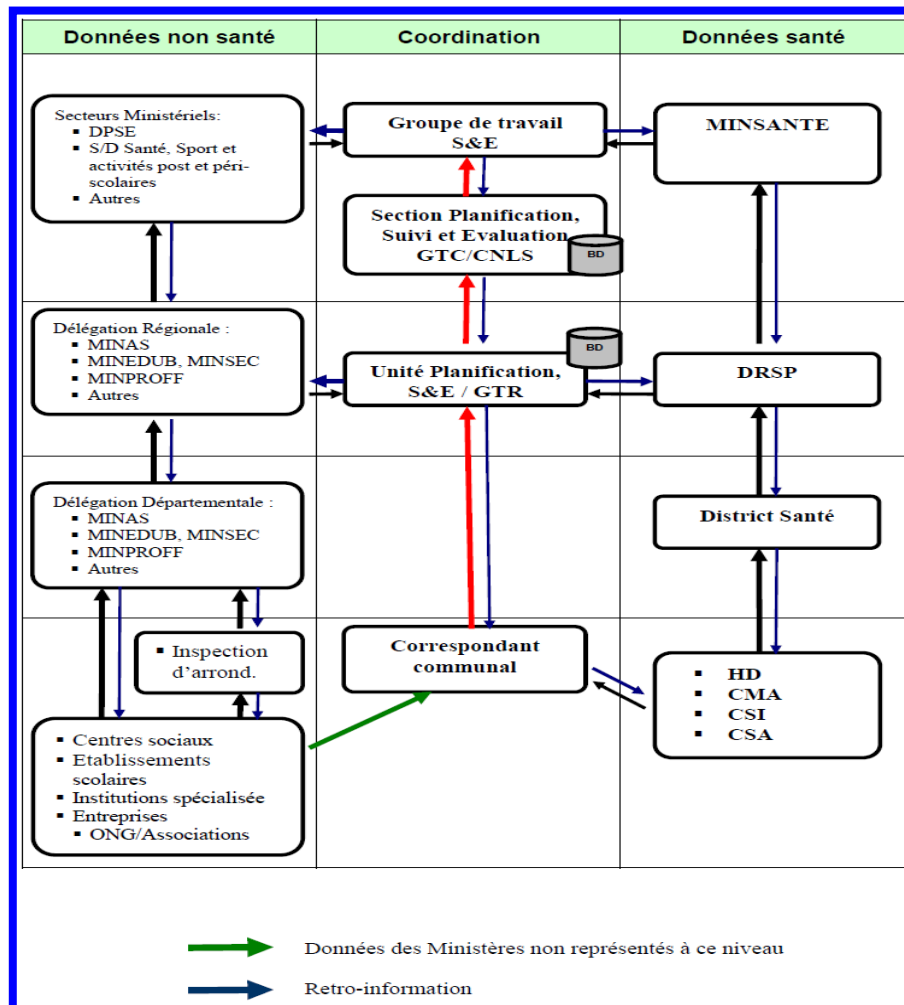


Figure 16 : Circuit de l'information

5.2. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LA MISE EN ŒUVRE D'UN SYSTÈME DE S&E COMPLET

Le système de suivi évaluation actuel est confronté à de nombreuses difficultés qui entravent son développement. Il s'agit notamment de :

- L'insuffisance de l'appropriation du Suivi-Evaluation par les différents acteurs caractérisée par la quasi absence des activités de suivi & évaluation dans la plupart des réponses sectorielles;

- L'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines
- la mobilité du personnel annihile les efforts antérieurs de renforcements des capacités ; ce qui oblige en un perpétuel recommencement.
- La faible promptitude, complétude et qualité des données
- La faiblesse des financements alloués aux activités de suivi & évaluation (1,8% des dépenses du sida en 2010) ce qui se traduit par le faible degré de réalisation des missions d'appui ou de supervision en direction des régions et districts ; la non réalisation de nombreuses études programmées, etc..

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 ressources humaines et financières. Mais des défis importants sont encore à relever pour mettre efficacement en œuvre les 12 composantes du système de suivi & évaluation.

5.3. MESURES CORRECTIVES PRÉVUES

En 2010, l'évaluation du système unique de suivi & évaluation à partir des 12 composantes a permis d'une part de retenir le système de suivi & évaluation comme axe prioritaire du PSN 2011-2015 et d'autre part de révéler la nécessité de mettre un accent particulier sur le plaidoyer pour l'augmentation des ressources allouées au suivi & évaluation à travers les financements du Fonds Mondial, du PEPFAR, etc.. le développement du système de suivi & évaluation sectoriel en collaboration avec le GTC/CNLS. Le renforcement du partenariat, des supervisions et la mise en place d'un système d'audit et de contrôle qualité des données (RDQA).

L'assistance technique sera indispensable au cours des années à venir pour surmonter les difficultés. Elle sera nécessaire pour

- Le plaidoyer en vue d'accroître les financements pour le système de suivi & évaluation
- La formation des acteurs au niveau décentralisé sur la mise en place et l'utilisation des nouveaux outils de collecte et de rapportage des données
- La mise en place du système assurance qualité des données

6. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

6.1. INSUFFISANCE D'ÉTUDES POUR LE SUIVI DE L'ÉPIDÉMIE DANS CERTAINS GROUPES SPÉCIFIQUES (HSH, CDI ET LEURS PARTENAIRES)

D'une manière générale, on constate une évolution favorable des indicateurs relatifs au VIH et au sida au Cameroun. Toutefois, les nouvelles sources de contamination sont mal connues. Les principales sources de contaminations peuvent ne pas refléter le véritable profil épidémiologique du pays. Pourtant, l'accès universel qui est un but essentiel poursuivi dans la lutte contre le VIH/SIDA nécessite une bonne compréhension des différents modes de transmission de la maladie au sein de la population pour une bonne maîtrise de l'épidémie sur le plan national afin de mieux cibler les interventions et limiter aussi sa transmission.

L'application du modèle MoT proposé par l'ONUSIDA avec l'appui de la Banque Mondiale en utilisant les données existantes sur le VIH et les IST, vise une meilleure compréhension de la dynamique de distribution des nouvelles infections selon les différents groupes à risque dans le pays. Un tel exercice basé sur les données de prévalence du VIH et des IST en liaison avec le comportement dans chaque groupe à risque peut contribuer à une réadaptation des stratégies nationales de prévention et à l'identification des domaines prioritaires d'intervention dans le cadre de la réponse à l'infection du VIH/SIDA.

L'estimation de la taille de certaines populations à risque tel que les HSH, les travailleurs/travailleuses du sexe et les utilisateurs de drogues injectables s'avère indispensable

6.2. FAIBLE APPROPRIATION DES COMITÉS SECTORIELS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Les ministères et institutions de la République et les unités de production disposent de Comités sectoriels de lutte contre le VIH/sida. Ces unités sectorielles ont pour mission d'impulser les interventions de prévention et de prise en charge en direction des personnels de ces structures et des cibles dont ces secteurs ont la charge.

Seulement quelques unes sont fonctionnelles et produisent les données. La non-fonctionnalité de ces unités est due entre autres à la mobilité des responsables et des membres, au changement ou à la scission des ministères, à l'insuffisance des capacités de planification, de mobilisation des ressources et de suivi.

Il importe de procéder au renforcement des capacités de ces unités (publiques et privées) en IEC/CCC, Micro planification et Suivi et évaluation.

EQUIPE DE REDACTION DU RAPPORT

COORDINATION DE LA REDACTION DU RAPPORT

N°	Noms Prénoms	Titre/Structure
1	Dr Jean Bosco ELAT NFETAM	Secrétaire Permanent du CNLS
2	Dr Mamadou Lamine SAKHO	Coordonnateur Pays ONUSIDA
3	Dr Abessougue IBILE	Secrétaire Permanent Adjoint du CNLS

COR GROUPE DE REDACTION

N°	Prénoms Noms	Titre/Structure
1	Mlle Arlette MESSEH LIENOU	GTC/CNLS
2	Dr Serge BILLONG	GTC/CNLS
3	Dr Etienne KEMBOU	OMS
4	Dr Gatien K. EKANMIAN	ONUSIDA

COMITE DE REDACTION

N°	Prénoms Noms	Structure
1	Dr Serge BILLONG	GTC/CNLS
2	Dr Gatien K. EKANMIAN	ONUSIDA
3	Mlle Arlette MESSEH LIENOU	GTC/CNLS
4	Dr Etienne KEMBOU	OMS
5	Dr Valentin Noba AKOUETHALE	UNICEF
6	Dr Mesmey EBOGO	GTC/CNLS
7	Mme Liliane EBOGO	GTC/CNLS
8	Mr Bertrand Campoer	FISS-MST/SIDA
9	Mr Charlain GUEGANG	GTC /CNLS
10	Mme Delphine HIOL BISSECK	UNESCO
11	Mr Thomas TCHETMI	Presse - Jeune
12	Mme Annie Michèle MVOGO	ACMS
13	Mr Isaac MACAULEY	CARE
14	Dr Laure MOUKAM	ACMS
15	DR Nicole ETEKI	UNFPA
16	Mme Philomène TAMEGHI	RéCAP+
17	Mr Narcisse CHIMI	PNUD
18	Dr Léonie SIMO	DLM
19	Mr Anaclet NZOSSA	INS