

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

PAIX - TRAVAIL - PATRIE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

CABINET DU MINISTRE

SECRETARIAT TECHNIQUE DU BENEFICIAIRE
PRINCIPAL DU FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE
LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

GROUPE TECHNIQUE CENTRAL

SECRETARIAT PERMANENT



REPUBLIC OF CAMEROON

PEACE - WORK - FATHERLAND

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

MINISTER'S OFFICE

TECHNICAL SECRETARIAT OF PRINCIPAL
RECIPIENT OF THE GLOBAL FUND TO FIGHT
AGAINST AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA

NATIONAL AIDS CONTROL COMMITTEE

CENTRAL TECHNICAL GROUP

PERMANENT SECRETARIAT



RAPPORT ANNUEL 2016 DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST AUCAMEROUNAU CAMEROUN

*« Tous pour le dépistage et le traitement pour
mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »*

MARS 2016

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|------------------------------------|
| <i>LISTE DES ACRONYMES</i> | <i>iii</i> |
| <i>LISTE DES TABLEAUX</i> | <i>vii</i> |
| <i>LISTE DES FIGURES</i> | <i>viii</i> |
| <i>RESUME EXECUTIF</i> | <i>ix</i> |
| <i>RESULTATS PROGRAMMATIQUES</i> | <i>3</i> |
| <i>Chapitre 1 : PREVENTION</i> | <i>4</i> |
| 1.1. Activités de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) | 5 |
| 1.2. Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité des préservatifs et de la promotion de leur utilisation correcte | 9 |
| 1.3. Renforcement de l'offre du conseil et dépistage volontaire du VIH « Premier 90 » | 11 |
| 1.4. Prévention et prise en charge des IST | 19 |
| 1.5. Renforcement des liens entre le VIH et la santé sexuelle et reproductive | 20 |
| <i>Chapitre 2 : AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE DES PVVIH GRACE A UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE GLOBALE « deuxième 90 »</i> | <i>22</i> |
| 2.1. Prise en charge par ARV des PvVIH | 23 |
| 2.2. Gestion des stocks et approvisionnements | 29 |
| 2.3. Suivi clinique et biologique des PvVIH | 30 |
| 2.4. Surveillance de la co-infection TB/VIH | 30 |
| 2.5. Prévention et prise en charge des autres co-morbidités associées au VIH et prise en charge des infections opportunistes | Erreur ! Signet non défini. |
| 2.6. Prise en charge psychosociale et communautaire des PVVIH | 31 |
| 2.7. Suppression de la charge virale « troisième 90 » | 32 |
| <i>Chapitre 3 : REDUCTION DE L'IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE DE LA MALADIE SUR LES PvVIH, LES OEV ET LES AUTRES PERSONNES AFFECTEES</i> | <i>35</i> |
| 3.1. Réduction de l'impact socio-économique du VIH et du Sida sur les OEV | 36 |
| 3.2. Réduction de la stigmatisation et de la discrimination liée au VIH et au Sida, ainsi qu'à l'orientation sexuelle et augmentation de la tolérance envers les PvVIH | 37 |
| <i>Chapitre 4 : AMELIORATION DE L'UTILISATION DES DONNEES PROGRAMMATIQUES ET DE RECHERCHE POUR LA PRISE DE DECISION</i> | <i>38</i> |
| 4.1. Structures organisationnelles et capacités humaines | 39 |
| 4.2. Renforcement du suivi routinier | 39 |
| 4.3. Enquête et Surveillance Epidémiologique | 41 |
| 4.4. Supervision et qualité de données | 41 |
| 4.5. Utilisation des données | 42 |

| | |
|--|-----------|
| Chapitre 5 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, LA MOBILISATION DES RESSOURCES ET LA GESTION DE LA REPOSE NATIONALE | 44 |
| 5.1. Coordination et gestion de la réponse | 44 |
| 5.2. Mobilisation des ressources | 46 |
| 5.3. Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs | 61 |
| ANALYSE FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES, MENACES <i>_Erreur ! Signet non défini.</i> | |
| CONCLUSION | 62 |
| REFERENCES | 63 |
| ANNEXES | 64 |

LISTE DES ACRONYMES

| | |
|---------------------|--|
| ACMS | Association Camerounaise pour le Marketing Social |
| ACSTF | Activités Communes Synergiques Transfrontalières |
| AFASO | Association des Femmes Actives et Solidaires |
| AFVIPO | Association Féminine Vision Positive |
| ARC | Agent de Relais Communautaire |
| ARIPIA | Association pour la Réinsertion et l'Implication des Personnes Infectées et Affectées par le VIH/SIDA |
| ARV | Antirétroviraux |
| APV | Autres Population Vulnérable |
| ACT | Association Affirmative Action |
| BIT | Bureau International du Travail |
| CAMNAFAW | Cameroon National Association for Family Welfare |
| CAN | Coupe d'Afrique des Nations |
| CAS-Cameroun | Coup d'Arrêt Sida |
| CBCHS | Cameroon Baptist Convention Health Services |
| CCC | Communication pour le Changement de Comportement |
| CD4 | Cellule Différenciée de type 4 |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| CDT | Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose |
| CDV | Conseil et dépistage volontaire |
| CE | Causeries Educatives |
| CENAME | Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels |
| CHAI | Clinton Health Access Initiative |
| CHAMP | Continuum of Prevention, Care and treatment of HIV/AIDS with Most At-risk Populations in Cameroon |
| CHIMISSIONS | Mission du Conseil International des Héritiers |
| CIRCB | Centre International de Référence Chantal BIYA pour la recherche sur la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA |
| CMPJ | Centre Multifonctionnel de Promotion des Jeunes |
| CNLS | Comité National de Lutte contre le Sida |
| COPCT | Continuum Of Prevention Care and Treatment |
| CPC | Centre Pasteur du Cameroun |
| CPN | Consultation Périnatale |
| CPN1 | Première Consultation Périnatale |
| CPN4 | Quatrième Consultation Périnatale |
| CRS | Catholic Relief Services |
| CV | Charge virale |
| CTA | Centre de Traitement Agréé |

| | |
|----------------|---|
| DBS | Dry Blood Spot |
| DESSAF | Développement Environnement et Santé Sans Frontières |
| DHIS | District Health Information System |
| DPML | Direction de la Pharmacie du Médicament et Laboratoire |
| DSF | Direction de la Santé Familiale |
| DROS | Division de la Recherche Opérationnelle en Santé |
| EDS | Enquête Démographique et de Santé |
| EI | Entretiens Individuels |
| EPP | Estimations et Projections Pays |
| e-TME | Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant |
| EVF | Education à la Vie et à la Famille |
| EVICAM | Espoir et Vie Cameroun |
| FAO | Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture |
| FM | Fonds Mondial |
| FEC | Femme enceinte |
| FENASCO | Fédération Nationale des Sports Scolaires |
| FIS | For Impacts in Social Health |
| FOSA | Formation Sanitaire |
| GAS | Gestion des Approvisionnement et des Stocks |
| GFBC | Groupement de la Filière Bois du Cameroun |
| GTC | Groupe Technique Central |
| GTR | Groupe Technique Régional |
| GTSE | Groupe Technique Suivi et Evaluation |
| GV | Global Viral |
| JAPSSO | |
| HIVDR | HIV Drug Résistance |
| IAP | Indicateur d'Alerte Précoce des résistances du VIH aux ARV |
| IST | Infections Sexuellement Transmissibles |
| MGF | mutilations génitales féminines |
| MINADER | Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural |
| MINAS | Ministère des Affaires Sociales |
| MINDEF | Ministère de la Défense |
| MINFOF | Ministère des Forêts et de la Faune |
| MINEFOP | Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle |
| MINEPIA | Ministère de l'Elevage des Pêches et des Industries Animales |
| MINJEC | Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique |
| MINESEC | Ministère des Enseignements Secondaires |
| MINESUP | Ministère de l'Enseignement Supérieur |

| | |
|-------------------|--|
| MINJUSTICE | Ministère de la Justice |
| MINPROFF | Ministère de la promotion de la femme et de la famille |
| MINRESI | Ministère de Recherche Scientifique et de l'innovation |
| MINREX | Ministère des Relations Extérieures |
| MINSANTE | Ministère de la Santé Publique |
| MINTSS | Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale |
| MSH | Management Sciences for Health |
| MSM | Men having Sex with Men |
| OBC | Organisation à Base Communautaire |
| OCEAC | Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies en Afrique Centrale |
| OEV | Orphelins et autres Enfants Vulnérables |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| OSC | Organisation de la Société Civile |
| PCR | Polymérase Chain Réaction |
| PE | pairs éducateurs |
| PEC | Prise en charge |
| PECG | Prise en charge Globale |
| PECP | Prise en Charge Pédiatrique |
| PEPFAR | President's Emergency Plan for AIDS Relief |
| PF | Planification Familiale |
| PMLS | Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida |
| PNDP | Programme National de Développement Participatif |
| PPER | Populations les Plus Exposées au Risque |
| PPM | Pool Procurment Mécanisme |
| PPSAC | Le Projet de Prévention du Sida en Afrique Centrale |
| Pré-TARV | Pré-Traitement Antirétroviral |
| PSN | Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida et les IST |
| PTF | Partenaire Technique et Financier |
| PTME | Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant |
| PVVIH | Personne Vivant avec le VIH |
| RECAP+ | Réseau Camerounais des Personnes Vivant avec le VIH |
| RMIA | Région Militaire Interarmée |
| RSM | Région de Santé Militaire |
| SAFACAM | |
| SBC | Stratégie à Base Communautaire |
| SCCC | Section communication pour le changement des comportements |

| | |
|-----------------|---|
| SIAPS | Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services |
| SIDA | Syndrome d'Immunodéficience Acquise |
| SMNI | Santé Maternelle Néonatale et Infantile |
| SOSUCAM | Société Sucrière du Cameroun |
| SOCAPALM | Société camerounaise de production de l'huile de palm |
| SP | Secrétaire permanent |
| SPA | Secrétaire Permanent Adjoint |
| SPE | Superviseur des Pairs Educateurs |
| SR | Santé de Reproduction |
| SRA | Santé de Reproduction des Adolescents |
| SSR | Santé Sexuelle et Reproduction |
| TARV | Traitement Anti Rétroviral |
| TB | Tuberculose |
| TIC | Technologies de l'Information et la Communication |
| TME | Transmission de la mère à l'enfant |
| TS | Travailleurs de Sexe |
| UAFC | Universal Access For Female Condom |
| UM | Unité mobile |
| UNFPA | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| UNCPC | Union Nationale des Camionneurs Professionnels du Cameroun |
| UPEC | Unité de Prise en charge |
| USAID | United State Agency for International Development |
| VAD | Visites à Domiciles |
| VBG | Violence Basée sur le Genre |
| VC | Volontaire Communautaire |
| VCT | Voluntary Counseling and Testing |
| VSS | Vacance sans Sida |
| VIH | Virus d'Immunodéficience Humaine |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|------------------------------------|
| TABLEAU 1: REPARTITION DU NOMBRE DE PRESERVATIFS DISTRIBUES AU COURS DE L'ANNEE PAR LE SECTEUR PUBLIC ET CERTAINES ONG _____ | 67 |
| ANNEXE 1: EQUIPE DE REDACTION/VALIDATION _____ | 64 |
| ANNEXE 2: TABLEAU DE COMPLETUDE ET PROMPTITUDE DES RAPPORTS D'ACTIVITES DES ACTEURS DE LA LUTTE CONTRE LE VIH ET DU SIDA _____ | 66 |
| ANNEXE 3: TENDANCES DE DEPISTAGE-RETRAIT DES RESULTATS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES AU COURS DE L'ANNEE 2016 _____ | ERREUR ! SIGNET NON DEFINI. |
| ANNEXE 4: PERFORMANCES REGIONALES EN MATIERE DE DEPISTAGE DES POCHES DE SANG. _____ | ERREUR ! SIGNET NON DEFINI. |
| ANNEXE 5:TAUX DE FREQUENTATION DE LA PREMIERE CONSULTATION PRENATALE PAR REGION EN 2016 _____ | ERREUR ! SIGNET NON DEFINI. |
| ANNEXE 6:COUVERTURE EN ARV DES FEC VIH+ PAR REGION _____ | ERREUR ! SIGNET NON DEFINI. |
| ANNEXE 7: COUVERTURE EN ARV PROPHYLACTIQUE CHEZ LES ENFANTS EXPOSES AU VIH _____ | ERREUR ! SIGNET NON DEFINI. |
| ANNEXE 8: COUVERTURE EN COTRIMOXAZOLE CHEZ LES FEC VIH+ _____ | ERREUR ! SIGNET NON DEFINI. |
| ANNEXE 9: COUVERTURE EN COTRIMOXAZOLE PROPHYLACTIQUE DES ENFANTS EXPOSES _____ | ERREUR ! SIGNET NON DEFINI. |
| ANNEXE 10: RECAPITULATIF DES ACQUISITIONS SUR APPEL D'OFFRES ET DEMANDE DE COTATION SUR FINANCEMENT FONDS MONDIAL _____ | ERREUR ! SIGNET NON DEFINI. |
| ANNEXE 11: RECAPITULATIF DES ACQUISITIONS SUR APPEL D'OFFRES ET DEMANDE DE COTATION SUR FINANCEMENT CDC/PEPFAR _____ | ERREUR ! SIGNET NON DEFINI. |
| ANNEXE 12: RECAPITULATIF DES ACQUISITIONS SUR APPEL D'OFFRES ET DEMANDE DE COTATION SUR FINANCEMENT FONDS DE CONTREPARTIE _____ | ERREUR ! SIGNET NON DEFINI. |
| ANNEXE 13: RECAPITULATIF DES ACQUISITIONS DES INTRANTS A LA CENAME SUR BUDGET DE FONCTIONNEMENT 2016 (PTA) _____ | ERREUR ! SIGNET NON DEFINI. |

LISTE DES FIGURES

- FIGURE 1: ÉVOLUTION DE LA DISTRIBUTION DES PRESERVATIFS AU CAMEROUN DE 2010 A 2016 _____ **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- FIGURE 2: CONTRIBUTION DU DEPISTAGE PAR STRATEGIE _____ 12
- FIGURE 3: TAUX DE SEROPOSITIVITE DU VIH PAR STRATEGIE DE DEPISTAGE **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- FIGURE 4: PERFORMANCE DU DEPISTAGE PAR REGION AU CAMEROUN EN 2016 ___ **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- FIGURE 5: TAUX DE POSITIVITE AU DIAGNOSTIC PRECOCE DU VIH ___ **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- FIGURE 6: DEPISTAGE PAR LES UNITES MOBILES EN 2016 ___ **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- FIGURE 7: EVOLUTION DE LA FILE ACTIVE AU CAMEROUN DE 2005 A 2016 **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- FIGURE 8: REPARTITION DU POIDS DE LA FILE ACTIVE PAR REGION ___ **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- FIGURE 9: COUVERTURE EN ARV DES FEC VIH+ PAR REGION EN 2016 _____ 25
- FIGURE 10: CASCADE PRISE EN CHARGE DES FEC _____ **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- FIGURE 11: CASCADE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS EXPOSES _____ 27
- FIGURE 12: CASCADE DE SOINS AU VIH AUX TS AU CAMEROUN EN 2016_ **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- FIGURE 13: CASCADE DE SOINS AU VIH CHEZ LES HSH EN 2016 _____ **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- FIGURE 14: CASCADE DE SOINS AU VIH CHEZ LES CLIENTS DES TS EN 2016 **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- FIGURE 15: TAUX DE LIEN AU TRAITEMENT DES POPULATIONS CLES AU CAMEROUN EN 2016 _____ **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- FIGURE 16: EVOLUTION DU NOMBRE D'INFECTIONS OPPORTUNISTES DIAGNOSTIQUEES ET TRAITEES DE 2013 A 2016 _____ **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

RESUME EXECUTIF

Au cours de l'année 2016, le Cameroun a poursuivi sa démarche vers l'atteinte de l'objectif 90-90-90 à l'horizon 2020 à travers l'adoption des options stratégiques fortes. Il s'agit notamment du renforcement des unités mobiles de dépistage du VIH, de l'adoption de la stratégie « Tester et traiter », de la mise en œuvre de la dispensation communautaire des ARV, de la proposition systématique du dépistage à toutes les portes d'entrée dans les formations sanitaires, de la création et de la mise en fonction de nouvelles unités de prise en charge dans les 10 régions du pays, du recrutement des accompagnateurs psychosociaux pour renforcer la rétention sous traitement, du passage à échelle de la réalisation de la charge virale à travers l'enrôlement de 8 nouveaux laboratoires sur l'étendue du territoire et de la subvention de sa réalisation.

Les résultats obtenus dans le cadre de la mise œuvre des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST font état de :

En matière de prévention, les activités ont porté sur la communication pour le changement de comportement, la distribution des préservatifs et le conseil de dépistage volontaire.

Dans ce domaine, les principaux résultats enregistrés au cours de l'année sont les suivants :

- plus de 32 623 453 préservatifs ont été distribués dont 30 276 849 masculins et 2 346 604 féminins.

- Environ 2 418 986 personnes ont été testées au VIH dans l'ensemble du pays dont 114 124 ont été diagnostiquées séropositives (taux de séropositivité de 4,7%)

Dans le domaine de la prise en charge globale des PVVIH

- La file active des PVVIH en décembre 2016 était de 205 382 soit un taux d'accroissement de 22% par rapport à l'année 2015.
- Le taux de couverture en ARV chez les femmes enceintes VIH+ était de 75,7%
- Le taux de couverture prophylactique en ARV chez les enfants exposés était de 92% %
- 97,7% d'enfants nés de mères séropositives ont bénéficiés de la PCR
- La couverture en TARV des enfants diagnostiqués VIH+ était de 77,2%

Les activités réalisées dans le cadre de la réduction de l'impact socio-économique de la maladie sur les PVVIH, les OEV et autres personnes affectées ont été marquées par :

- La conduite du conseil dépistage chez 11 494 OEV
- L'apport d'un soutien social à 4 284 OEV
- L'enrôlement de 287 OEV au traitement ARV, la réalisation de visites à domiciles à et soutien psychosocial à 299 OEV, la réalisation de 50 analyses de charges virales au profit des enfants et adolescents infectés par VIH
- En outre, des activités en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des PVVIH et populations clés ont été menées au cours de l'année

Concernant l'amélioration de l'utilisation des données programmatiques et de recherche pour la prise de décision, on note que les données programmatiques produites en 2016 étaient de bonne qualité et les activités de recherches dans le domaine du VIH pour la prise de décision ont été effectives. Le contrôle de la qualité des données a été effectif à tous les niveaux, le GTSE et la Section planification et Suivi Evaluation et ainsi que ses unités régionales ont pleinement joué leur rôle dans la mise en œuvre et évaluation des activités du programme.

S'agissant du renforcement de la coordination, la mobilisation des ressources et la gestion de la riposte nationale il ressort que les mécanismes de coordination et de

gestion étaient bien organisés à tous les niveaux et dans tous les secteurs malgré les difficultés dans la gestion financière à l'organe de coordination central (GTC/CNLS), avec une bonne appropriation de la lutte par les acteurs.

INTRODUCTION

L'Etat et ses partenaires consentent des efforts considérables pour mettre fin à l'épidémie du VIH au Cameroun à l'horizon 2025. C'est dans ce sens que les services de prévention, de soins et soutien sont continuellement offerts aux populations avec une tendance chaque jour plus accrue de rapprochement de ces services vers les principaux bénéficiaires. Les activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ont été menées sur toute l'étendue du territoire tout au long de l'année 2016 par l'ensemble des intervenants.

Le Cameroun demeure dans un contexte d'épidémie généralisée malgré toutes les actions entreprises pour lutter contre l'épidémie d'infection à VIH. La dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée en 2011 a révélé une prévalence de 4,3% dans la population de 15 à 49 ans [1], l'épidémie étant concentrée dans les populations clés et vulnérables.

Au cours de l'année 2016, des actions fortes telles que l'adoption de la stratégie tester et traiter, le recrutement et le déploiement des accompagnateurs psycho-sociaux à travers le pays, le rapprochement du dépistage vers les populations par le renforcement de la stratégie mobile de dépistage et la systématisation de l'offre du test à toutes les portes d'entrées des formations sanitaires, l'augmentation du nombre de sites de prise en charge (centres de traitement agréés et unités de prise en charge) ont été entreprises dans l'optique d'atteindre l'objectif 90-90-90 fixé par l'ONUSIDA [2] auquel le pays adhère.

Le présent document rend compte des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST rapportées par les acteurs mises en œuvre dans le pays au cours de l'année 2016. Il se décline en deux grandes parties à savoir une partie technique présentant essentiellement les performances de la mise en œuvre des activités et une partie de coordination de la lutte présentant essentiellement les aspects administratifs et financiers de la riposte nationale.

PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT ANNUEL 2016

Le processus d'élaboration du présent rapport a été inclusif intégrant les contributions de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans l'ensemble du pays.

La première étape a consisté à saisir officiellement tous les acteurs de la lutte, leur demandant de faire parvenir leurs rapports d'activités au GTC/CNLS au plus tard le 15 février 2017 pour consolidation. Les données de la réponse santé ont également été extraites des différentes plateformes informatisées telles que le DHIS, la qualité de celles-ci a été revue et les erreurs corrigées après concertation avec structures opérationnelles de mise en œuvre. La rédaction a alors consisté à la mise en commun et à l'analyse des données du secteur santé et celles issues des autres secteurs.

La deuxième étape a consisté en la revue du draft proposé et son enrichissement au cours d'un atelier de travail de 5 jours auquel tous les secteurs impliqués dans la lutte ont pris part.

La troisième étape a consisté en la validation du rapport par le Groupe Technique Suivi et Evaluation (GTSE) du GTC/CNLS au cours d'un atelier d'une durée de 2 jours.

Le rapport ainsi validé a été présenté au cours de la réunion statutaire du Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS), présidé par le Ministre de la Santé Publique président dudit comité.

RESULTATS PROGRAMMATIQUES

Cette partie présente les performances de la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST en 2016. Elle est composée des chapitres suivants :

- 1- Prévention
- 2- Amélioration de la qualité de vie des PVVIH à travers une meilleure prise en charge globale
- 3- Réduction de l'impact socio-économique de la maladie chez les PVVIH, OEV et les autres personnes affectées

Chapitre 1 : P_{REVENTION}

Principaux résultants

- Plus de 32 623 453 préservatifs distribués dont 30 276 849 masculins et 2 346 604 féminins.
- Environ 3 250 000 personnes ont été sensibilisées contre le VIH, parmi lesquels près de 3 000 000 d'adolescents et 21 508 MSM, TS et leurs clients.
- Plus de 2 418 986 des personnes testées au VIH dont 4,8%(115 240/2 418 986) ont été diagnostiquées VIH+.
- 87,9% (628 002/714 146) de femmes enceintes reçues en CPN et salle d'accouchement ont été testés et connaissaient leurs statuts sérologique.
- 92,2% (14 734/15 987) d'enfants nés de mères séropositives vus dans les formations sanitaires ont reçu la Névirapine en prophylaxie tandis que 97,7% (15 620/15 987) ont bénéficié du diagnostic précoce du VIH à partir de la 6e semaine de vie.

Au Cameroun, la réponse contre le VIH/Sida en 2016 s'est inscrite dans la continuité de la mise en œuvre du Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2014-2017[3]. Dans le domaine de la prévention, les principaux objectifs de ce plan étaient que :

- Au moins 80% de la population ait une connaissance complète du VIH et adopte des comportements favorables qui empêchent la propagation du virus d'ici à 2017 ;
- Au 90% des femmes enceintes reçues dans les FOSA et des enfants exposés bénéficient du dépistage du VIH ;
- Toutes les poches de sang à transfuser sont testées au VIH, à la syphilis et aux hépatites.

1.1. Activités de Communication pour le Changement de Comportement (CCC)

Le renforcement de la CCC est une des stratégies clés préconisées par le programme pour améliorer les connaissances sur le VIH et induire à l'adoption des comportements à moindre risque.

Afin de réduire la survenue des nouvelles infections à VIH dans la population générale et dans les groupes spécifiques (populations clés et autres populations vulnérables), le programme a poursuivi les activités de CCC en 2016, s'appuyant essentiellement sur la communication à travers les mass media, la communication interpersonnelle, et par l'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) en direction.

1.1.1 Dans la population générale

Dans la population générale, les évènements spéciaux, tels que la journée internationale de la femme, le mois camerounais et la journée mondiale de lutte contre le Sida, la CAN féminine et bien d'autres ont été des occasions au cours desquelles la CCC a été intensifiée en 2016. Une utilisation plus importante des réseaux sociaux a été observée pour la sensibilisation sur le VIH.

Les rassemblements populaires à l'occasion des évènements spéciaux (Vacances sans sida, Mois camerounais et Journée Mondiale de lutte contre le Sida, jeux universitaires, Journée Internationale de la Femme, journée de la femme rurale,...) ont permis de sensibiliser des milliers de personnes. Ces activités de CCC ont été menées par les pairs éducateurs, à travers des causeries éducatives et des entretiens individuels avec distribution de préservatifs et matériels de sensibilisation. Les réseaux sociaux et assimilés (SMS, Facebook, Whatsapp, Twitter etc.) ont été également mis à contribution.

Ainsi, au cours de l'année 2016, 54 288 Causeries Educatives (CE) et 104 940 Entretiens Individuels (EI) ont été réalisés au sein de la population sur toute l'étendue du territoire national. Ces CE et EI ont été menés par 8 518 Pairs Educateurs (PE) et ont permis de toucher 236 571 personnes. Plusieurs thèmes ont été abordés au

cours de ces rencontres notamment : l'utilisation systématique du préservatif à chaque rapport sexuel, l'hygiène et la santé sexuelle, les canaux de transmission du VIH, la coinfection VIH/TB et les IST. Il importe de signaler que ces CE ont été intensifiées grâce à l'implication des salons de coiffure des villes de Yaoundé et Douala formalisée par la convention ACMS.

1.1.2 Chez les jeunes et adolescents

Plusieurs activités de CCC en direction des jeunes et adolescents ont été menées au cours de l'année 2016, en vue de réduire l'incidence et la transmission du VIH dans cette population. A l'occasion de la fête de la jeunesse, de la fête nationale, des jeux de la FENASSCO, des Jeux Universitaires et de Vacances Sans Sida, les activités de sensibilisation en direction des jeunes et des adolescents ont été intensifiées. Plus de 3 000 000 de jeunes et adolescents ont été sensibilisés au cours de l'année dans les dix régions du pays, par l'entremise des institutions et des associations intervenant en milieu jeune. Par ailleurs, plus d'un million de jeunes et adolescents ont été sensibilisés à travers les réseaux sociaux par environ 1 300 jeunes et adolescents membres du groupe de Facebook du GTC/CNLS et ceux de nombreuses associations. CAMNAFAW à travers son Sous Récipiendaire (SR) Presse Jeune a touché 4 170 jeunes et adolescents à travers des causeries éducatives mobilisant 406 PE. En outre, 47 110 livrets éducatifs, 53 668 dépliants, 1 750 affiches, 1 500 oriflammes et 3 500 CD ont été disséminés lors de ces causeries éducatives. Dans le cadre des activités de prévention touchant les jeunes et adolescents non scolarisés, 66 093 jeunes et adolescents parmi lesquels 48 712 jeunes filles ont été touchées. La mise en œuvre des activités de CCC a été également marquée par l'utilisation d'autres canaux de communication. Dans le cadre du projet 100% Jeune, mis en œuvre par l'ACMS, les interventions et résultats suivants ont été rapportés en 2016:

- La production et l'édition de six numéros du journal 100% Jeune en versions française et anglaise, soit 90 000 exemplaires.
- La production et la diffusion de 248 émissions radio pour un total de 2 176 appels et 7 029 sms/messages whatsapp reçus ;

- L'atteinte de 2 084 jeunes et adolescents soit 449 filles grâce à la ligne verte de l'ACMS ;
- La diffusion de la campagne Santé de Reproduction des Adolescents (SRA) Génération réglo (675 diffusions du spot radio et 130 diffusions du spot télé) ;
- La réalisation de 24 mises à jour mensuelles du site web pour un total de 10 036 visites. Au total, 5 626 Like pour Facebook, 1 033 followers pour Twitter, 113 membres dans le groupe Whatsapp ont été enregistrés.

Au niveau des établissements scolaires, le renforcement de l'enseignement de l'EVF/EMP/VIH s'est matérialisé à travers la formation de 1 320 enseignants des enseignements secondaires.

Le MINJEC a équipé 18 centres socio-sanitaires conviviaux en matériel de sensibilisation et a facilité la réalisation et la restitution de 14 Cartographies des Risques et de Vulnérabilité (CRV) dans les associations et les Centre Multifonctionnel de Promotion des Jeunes (CMPJ).

1.1.3 Chez les populations les plus exposées aux risques (MSM, TS et leurs clients, les camionneurs etc...)

Care International a poursuivi la mise en œuvre des activités de prévention en direction des populations clés, dans la cadre du projet CHAMP. La mobilisation communautaire menée dans le cadre de ces activités a permis de toucher 12 252 TS, 5 556 MSM et 3 700 clients des TS en 2016, soit un total de 21 508 personnes mobilisées et sensibilisées dans les villes de Bamenda, Yaoundé, Douala, Kribi et Bertoua.

L'association Affirmative Action (ACT) a également mené des activités de prévention en faveur des MSM, organisant ainsi 199 causeries et 3 269 entretiens sur l'étendue du territoire. Dans le cadre du projet « **Yoyettes du Sud** », ACT a organisé 30 causeries éducatives en direction des jeunes filles TS (15-24 ans) pour un total de 300 jeunes TS touchées. Les descentes effectuées dans les points chauds pour la

sensibilisation ont permis la distribution de 6 316 préservatifs masculins, 2 614 préservatifs féminins, 2 500 gels lubrifiants à 653 TS et 702 clients.

Par ailleurs, ACMS à travers des partenariats avec des structures telles que UNCPC, JAPSSO et RECAP+ a mobilisé un grand nombre de populations clés. Ainsi, 62 274 camionneurs et populations riveraines des parcs à camions ont été touchés par des CE. Ces CE ont également permis d'atteindre 583 travailleuses de sexe et leurs clients. CAMNAFAWA organisé 1 232 CE, soit 199 chez les MSM et 1 033 chez les TS et leurs clients et 3 269 entretiens individuels au profit des MSM. Ces CE ont mobilisé 50 PE chez les MSM et 159 chez les TS et leurs clients. En somme, 4 276 MSM, 5 362 TS et 6 023 clients de TS ont été touchés lors des CE et entretiens individuels.

1.1.4 Chez les autres populations vulnérables

Le démarrage effectif des activités par le quatrième SR (GFBC) a permis d'accroître les interventions en direction des autres populations vulnérables (travailleurs des grands pools économiques, détenus, réfugiés).

C'est ainsi que 1 616 pairs éducateurs d'entreprises, 3 521 pairs éducateurs des réfugiés des camps et 1 704 pairs éducateurs des prisons, ont été formés afin de faciliter les interventions au sein de ces populations. Au cours de l'année 2016, 2 109 séances de CE ont été menées au profit des 50 021 travailleurs d'entreprises.

GFBC qui a par ailleurs outillé les acteurs formés en supports de sensibilisation/communication et outil de rapportage. Le matériel suivant a ainsi été produit/acquis et mis à disposition des acteurs dans les sites d'intervention du projet :

- **6 829** kits des PE;
- **1 772** boîtes à images pour les activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire et **72** boîtes autres pour le personnel soignant des FOSA d'entreprises ;
- **760** affiches de sensibilisation format A2 ont été posées dans les différents sites des entreprises et des camps de réfugiés;

- 682 789 dépliants de sensibilisation et de promotion du dépistage ont été distribués dont 131 400 à l'endroit des travailleurs des entreprises et membres de familles Chez les autres populations vulnérables, et 417 affiches.

1.2. Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité des préservatifs et de la promotion de leur utilisation correcte

Le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité ainsi que la promotion de l'utilisation correcte du préservatif ont été inscrits comme interventions clés aussi bien dans la population générale que dans les groupes cibles prioritaires au cours de l'année 2016. Plusieurs interventions ont été menées dans le sens du marketing social du préservatif et de sa mise à disposition dans divers groupes de populations.

Le cadre réglementaire et institutionnel des actions de vulgarisation du préservatif a été enrichi avec la mise en place du Groupe Technique de Travail sur les Préservatifs (GTPP) au Cameroun en alignement avec l'Approche Régionale pour l'Accès Universel des préservatifs suite à la signature de la décision No 989/MINSANTE/CAB du 23 mai 2016.

1.2.1. Dans la population générale

Les interventions de marketing social et de mise à disposition du préservatif masculin et féminin dans la population générale se sont poursuivies en 2016 avec la contribution des acteurs clés.

Le marketing social du préservatif a été faite, notamment, par la diffusion des spots audio et vidéo sur le préservatif féminin « Protectiv » et le préservatif masculin « Prudence Plus » avec 1 111 diffusions de spots radio, 164 diffusions de spots TV. De même, des campagnes de sensibilisation sur les préjugés liés à l'utilisation du préservatif féminin ont été menées.

Cet ensemble d'interventions a contribué à la distribution d'un total de 30 276 849 préservatifs masculins et 2 346 604 préservatifs féminins, soit un total de 32 623 453 préservatifs distribués loin de la cible de 37 910 000 fixée pour l'année 2016.

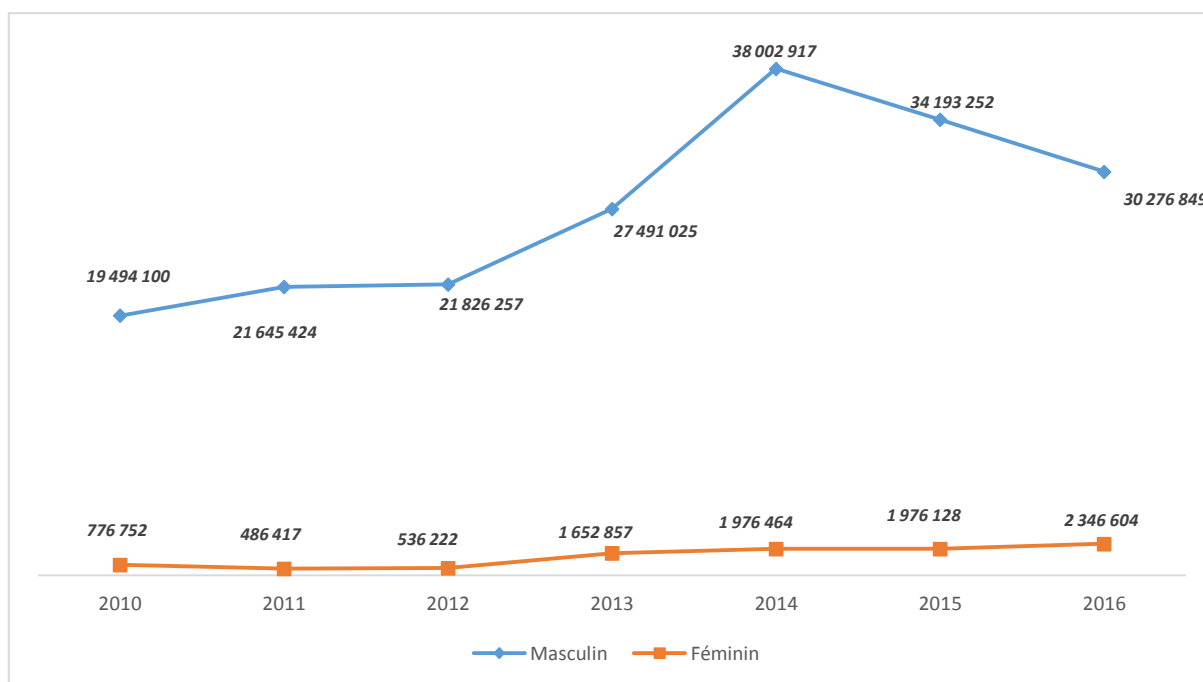


Figure 1: Évolution de la distribution des préservatifs au Cameroun de 2010 à 2016

On note une baisse du nombre de préservatifs distribués par rapport à 2015. Entre les deux années, la distribution du préservatif masculin a baissé de 14,9% tel qu'illustré par la figure 1.

La tendance à la baisse observée depuis 2014 pourrait s'expliquer par la réduction du budget de la troisième phase du projet CAS-Cameroun de près de 25%, la réduction du financement du projet UAFC pour la vulgarisation du préservatif féminin au cours de la seconde année de mise en œuvre qui a induit la réduction du nombre de contrats avec les salons de coiffure féminins pour la distribution du préservatif féminin.

1.2.2. Chez les populations les plus exposées au risque

La promotion de l'utilisation systématique et correcte du préservatif en direction des populations clés s'est faite à travers :

- des causeries éducatives dans les « Drop-incenters » des MSM et des TS ;
- l'animation du réseau de distribution des préservatifs dans 22 parcs à camions et la tenue des activités de sensibilisation en direction des professionnels de sexe;

- le développement d'une campagne d'affichage public en direction des camionneurs (500 affiches de 4x3m sur les panneaux routiers).

Les interventions menées principalement par Care International en direction des MSM et des TS dans le cadre du projet CHAMP ont permis de distribuer au bénéfice de ces populations environ 309 782 préservatifs masculins, 166 830 préservatifs féminins dans les villes de Bamenda, Yaoundé et Douala. L'association Affirmative Action a contribué à la mise à disposition des préservatifs au sein des populations clés à travers la distribution de 125 641 préservatifs aux MSM.

1.2.3. Chez les Jeunes et les adolescents

Chez les jeunes et les adolescents tout comme les autres populations, les activités de marketing social et de mise à disposition du préservatif visaient à susciter en milieu jeune des comportements responsables en adoptant le port systématique et correct du préservatif lors des rapports sexuels. Ces interventions réalisées sont intégrées dans les activités de CCC. Elles peuvent se résumer à :

- La mobilisation et la sensibilisation des jeunes et des adolescents dans le cadre de l'apport à la lutte contre le VIH du MINJEC ;
- La distribution et la démonstration de l'utilisation du préservatif lors des séances de CE, les campagnes de masse et les communications interpersonnelles ;

Au terme de ces différentes activités, 334 630 jeunes et adolescents ont été mobilisés et sensibilisés par le MINJEC à l'utilisation correcte du préservatif masculin et féminin.

1.3. Renforcement de l'offre du conseil et dépistage volontaire du VIH

Le modèle adopté par le programme pour atteindre le premier « 90 » de l'objectif 90-90-90a a été de combiner l'accélération du dépistage en stratégie fixe, dans les formations sanitaires et le dépistage en stratégie mobile. Dans les formations sanitaires, l'innovation pour améliorer la couverture en dépistage du VIH a été de systématiser l'offre de test à toutes les portes d'entrées. Le test du VIH est ainsi

proposé à tous les patients qui fréquentent les FOSA quelle que soit la raison de la consultation. Les principales raisons de dépistage du VIH dans les formations sanitaires sont :

- le dépistage des femmes enceintes et leurs partenaires dans le cadre de la PTME ;
- le dépistage des donneurs de sang ;
- le dépistage anonyme et volontaire des personnes désirant connaître leur statut sérologique.

1.3.1. Performance générale du dépistage

En 2016, la mise en œuvre des différentes stratégies a permis de tester plus de 2 418 986 personnes à travers le pays avec 98% de taux de retrait des résultats. Les dépistages par les unités mobiles représentent 12% (284 177/2 418 986) du résultat atteint au cours de l'année et ont permis d'identifier 5 149 PvVIH. La stratégie fixe reste la stratégie de dépistage qui recrute le plus de patients, avec plus de 2 millions de personnes testées au VIH dont 624 591 de femmes enceintes et 15 620 enfants exposés dans le cadre de la PTME.

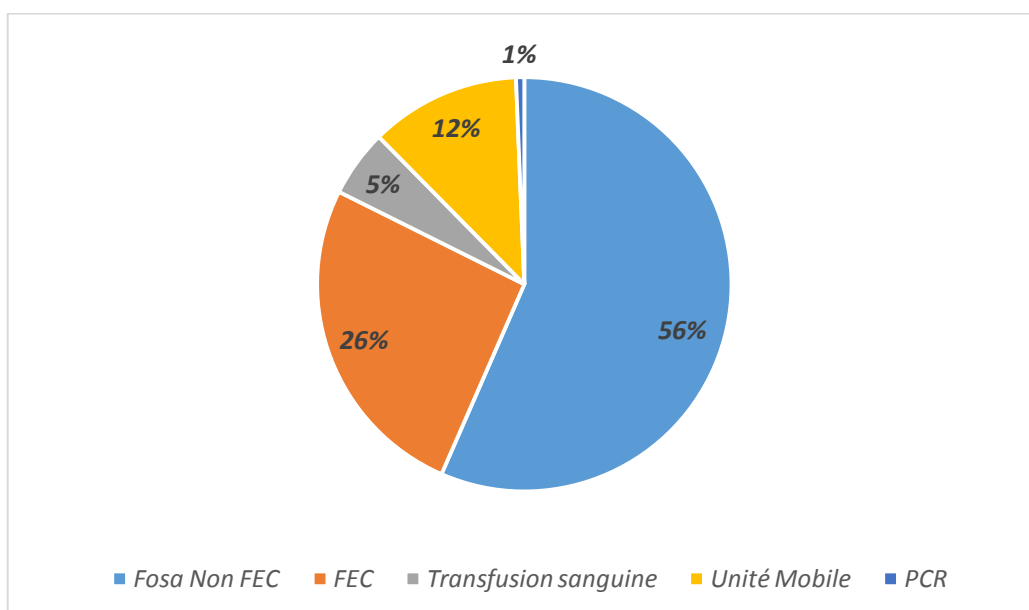


Figure 2: Contribution du dépistage par stratégie

De manière globale, environ 4,8% (115 240/2 418 986) des personnes testées ont été diagnostiquées VIH+. A cause de la propension élevée des personnes déjà connues séropositives à se faire re-tester dans les formations sanitaires, le taux de séropositivité enregistré pour les dépistages en stratégie fixe est le plus élevé. En effet, 6,3% (5 149/284 177) de personnes ont été testées positives par les Unités Mobiles contre 5,2% (110 091/2 134 809) des personnes testées dans les FOSA. Au vu de ce résultat, un accent doit être mis sur cette stratégie en adoptant des démarches telles que : la recherche active des personnes à risque, le dépistage dans toutes les portes d'entrée et le « contact tracing ».

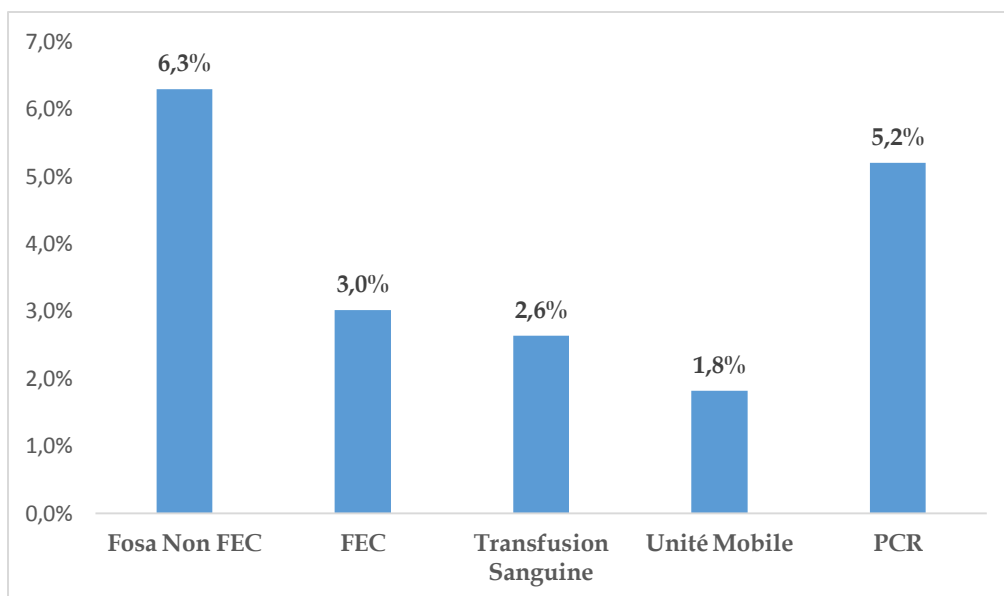


Figure 3: Taux de séropositivité du VIH par stratégie de dépistage

Au cours de l'année 2016, le pays avait prévu de dépister 1 536 365 personnes. La performance réalisée au 31 décembre 2016 était de 157% (2 418 986/1 536 365). Cette cible a été répartie à toutes les régions en fonction de leurs poids démographiques. Les résultats obtenus montrent une forte disparité du niveau de réalisation de la cible de dépistage entre les 10 régions. Les régions du Littoralet de l'Ouest ont les meilleures performances avec respectivement 240% (448 431/187 206) et 204% (228 054/111 740) de couverture de la cible fixée. La région la moins performante est le Sud avec un taux de réalisation de 59% (84 084/142 156).

Par contre les taux de séropositivités les plus élevés ont été enregistrés dans les régions du Sud et de l'Adamaoua avec plus de 7% des personnes testées positives au VIH dans chacune de ces régions.

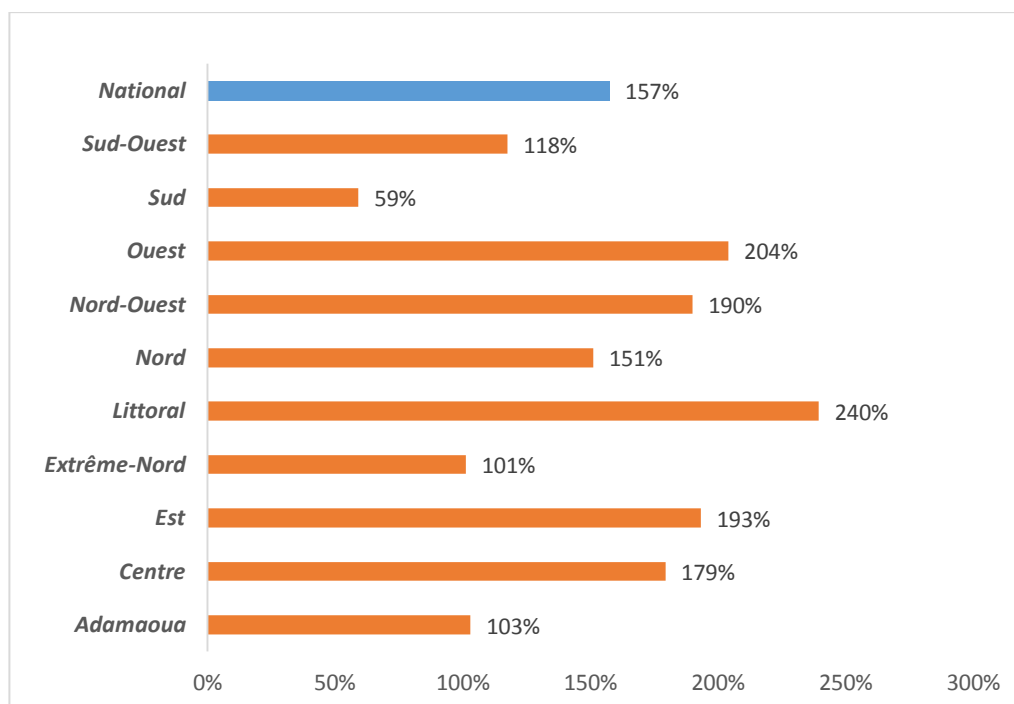


Figure 4: Performance du dépistage par région au Cameroun en 2016

1.3.2. Dépistage du VIH dans le cadre de la PTME

Le dépistage du VIH dans le cadre de la PTME est offert aux femmes enceintes, leurs partenaires masculins et aux enfants nés de mères séropositives. Pour assurer le succès de la PTME, les femmes enceintes de statut non connu ont été testées pendant leurs premières visites de CPN ou pendant leurs visites de CPN3, CPN4 ou en salle d'accouchement pour celles de statut inconnu.

Ainsi, en 2016, 656 486 femmes enceintes ont été reçues en premières consultations prénatales dans le pays dont 10 432 d'entre elle connaissaient déjà leurs statuts VIH. Par conséquent 646 054 femmes reçues avaient besoin d'être tester au VIH. Au total 566 932 d'entre elles ont été testées et 14 801 ont été diagnostiqués séropositives. Parmi les femmes enceintes reçues dans les formations sanitaires en CPN3 et CPN4, 93 339 ont été testées au VIH et 1,2% (1 120/93 340) ont été diagnostiquées positives. Environ 57 660 femmes de statut non connu reçues en salle d'accouchement ont été testées et 7% (4 036/57 660) d'entre elles étaient positives au VIH.

On observe que la couverture en dépistage en CPN de 87,7% (566 932/646 054) est légèrement inférieure à la cible de 90% fixée par le PSN. Pour atteindre ce résultat, de nombreuses activités de mobilisation communautaire en faveur de l'utilisation des services PTME ont été menées. En particulier dans les Districts de Deido et Djoungolo avec l'appui technique et financier de CDC. Deux campagnes de dépistage de FEC en communauté ont été organisées dans ces Districts et ont permis de tester 1292 FEC et de trouver que 61 FEC testées étaient VIH

Dans l'ensemble, on observe que la séropositivité au VIH est plus élevée pour les tests réalisés en salle d'accouchement que pour ceux réalisés en consultation prénatale. Ce constat est identique dans toutes les régions du pays. Les régions de l'Adamaoua (10,2%), du Centre (10,8%) et du Nord-Ouest (11,2%) ont les taux de séropositivités les plus élevés en salle d'accouchement. Par ailleurs, en post partum, 3 567 femmes VIH+ ont débuté une méthode de planning familial.

Au cours de l'année, 33 730 partenaires masculins de femmes enceintes représentant 58%(33 730/58 161) de la cible du plan d'accélération de la TAR, ont bénéficié du dépistage. Parmi ceux-ci 2 610 ont été diagnostiqués positif au VIH, soit un taux de positivité de 7,7%. Les régions de l'Extrême-Nord (6,4%), de l'Adamaoua (10,6%) et du Centre (10,5%) présentent les taux de séropositivité les plus élevés. La séropositivité relativement élevée ici est due au fait que la majorité d'hommes qui adhèrent au dépistage du VIH dans le cadre de la PTME sont les partenaires des femmes enceintes ayant été testées positives au VIH. Les régions de l'Extrême-Nord (6,4%), de l'Adamaoua (10,6%) et du Centre (10,5%) présentent les taux de séropositivité les plus élevés.

S'agissant du diagnostic précoce du VIH, dans le cadre de l'accélération de la TAR, 21 072 enfants exposés au VIH devaient bénéficier du diagnostic précoce du VIH en 2016. L'atteinte de cette cible nécessitait un ensemble de préalable tel que l'amélioration du système de transport des DBS dans les 10 régions, la fourniture en intrants et la formation du personnel des sites. Au cours de l'année l'appui du Fonds Mondial et de PEPFAR dans les régions du Centre, du Littoral, du Nord-ouest et du Sud-ouest a permis de renforcer le système de transport, de former le personnel et de

fournir les intrants aux FOSA. Dans les régions du Centre, du Littoral, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, des interventions spécifiques ont été menées, notamment :

- La formation et le recyclage de 328 personnels de 289 FOSA au diagnostic précoce ;
- Le renforcement du système de transport des DBS et résultats de la PCR pour le diagnostic précoce du VIH chez les enfants à travers les conducteurs des motos;
- La formation de 26 prestataires provenant des 25 FOSA dans la région du Littoral sur l'utilisation des Points of Care EID pour le diagnostic précoce du VIH ;
- L'installation de 29 SMS printer ayant permis de retourner environ 3855 résultats de PCR dans les quatre régions.

Malgré l'ensemble de ces dispositions visant à améliorer l'environnement de l'offre du diagnostic précoce aux enfants exposés, au terme de cette année, seulement **16 620** enfants nés de mères séropositives ont bénéficié du diagnostic précoce du VIH à partir de la 6^{ème} semaine de vie représentant 78,8% de couverture des 21 072 enfants ciblés. Parmi ces 16 620 enfants testés, 811 (5,2%) se sont révélés positifs. Tout comme l'année précédente, les régions de l'Extrême-Nord (10,3%) et de l'Est (9,4%) ont enregistré les taux de positivité les plus élevés.

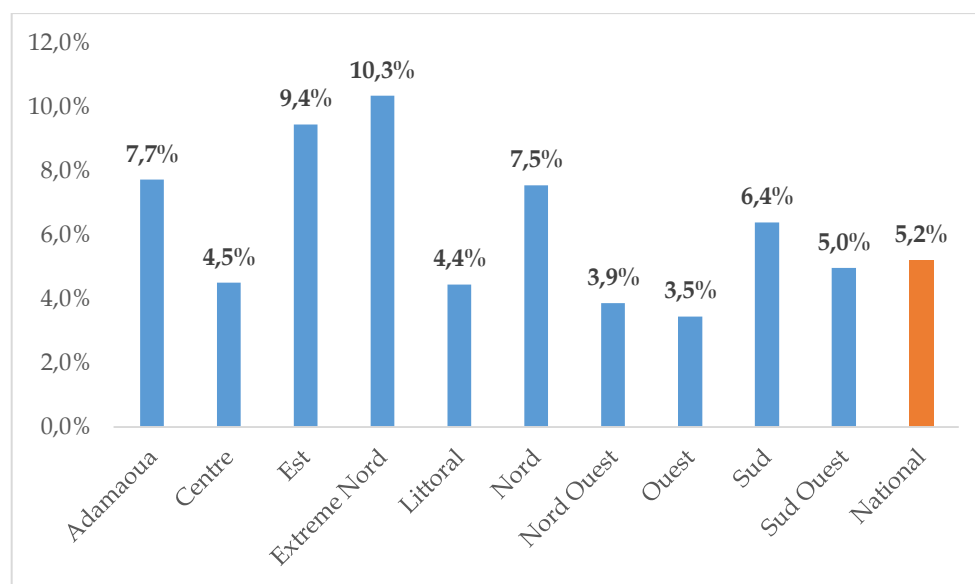


Figure 5: Taux de positivité au diagnostic précoce du VIH

1.3.3. Dépistage du VIH par les Unités Mobiles

En 2015, le Cameroun a entrepris l'accélération de la thérapie antirétrovirale en vue d'atteindre l'objectif d'élimination du VIH à l'horizon 2030. Dans cette perspective, des actions ont été entreprises en vue d'intensifier l'identification des personnes séropositives au VIH, par le renforcement du dépistage à travers les unités mobiles. Au cours de l'année 2016, les équipes mobiles de dépistage ont été renforcées dans toutes les régions contribuant à l'extension de l'offre du dépistage en communauté. A cet effet, 20 unités mobiles de dépistage du VIH ont été opérationnelles à travers le pays. Les activités des unités mobiles ont permis de tester 284 177 personnes au VIH et d'identifier 5 149 séropositifs soit un taux de séropositivité de 1,8%.

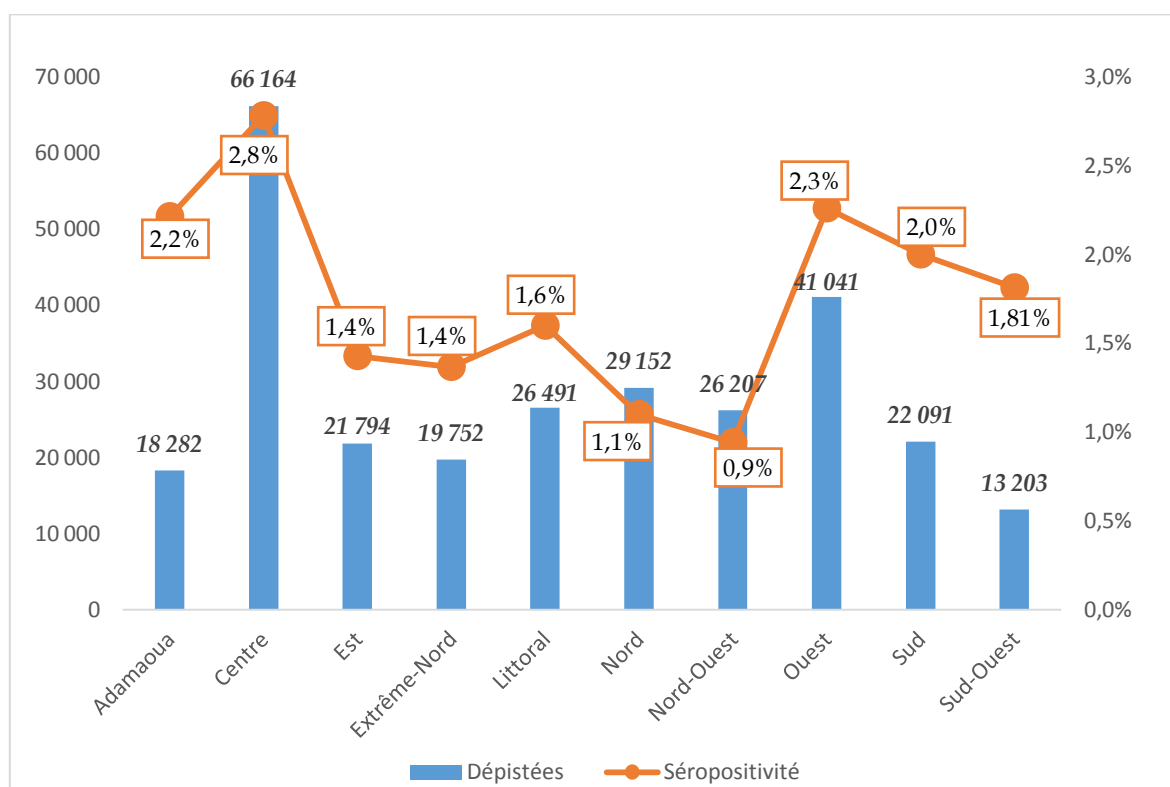


Figure 6: Dépistage par les Unités Mobiles en 2016

1.3.4. Dépistage dans les populations les plus exposées au risque et autres populations spécifiques

Au cours de l'année 2016, des activités de Dépistage - Conseil ont été mises en œuvre avec les contributions des associations identitaires en direction des populations clés. Ainsi, 6 185 HSH représentant 68,7% (6 185/9 008) de la cible de l'année et 15 694 TS, soit 10,4% (15 694/150 470) de la cible ont été dépistés au VIH. Les taux de séropositivité dans ces deux groupes de population étaient respectivement 7,8% chez les HSH et 9,3% chez les TS. D'autre part, les interventions menées dans les camps de réfugiés des régions de l'Extrême-Nord, de l'Adamaoua et de l'Est, ont contribué à dépister 1 957 réfugiés représentant 9% (1 957/215 000) de l'objectif planifié. Le taux de séropositivité dans ce groupe était de 1,1%, soit 22 personnes dépistées positives au VIH. Dans le cadre de l'accélération de la TAR, le pays avait prévu de dépister environ 12 501 détenus en 2016. Les données rapportées font état de 7 123 détenus dépistés, soit 57% de la cible, pour un taux de séropositivité de 2,6%

Des activités de Dépistage - Conseil ont été menées par CAMNAFAW en direction des jeunes filles non scolarisées et les conducteurs de moto taxis. Un total de 18 342 jeunes filles non scolarisées a été dépisté dont 354 positives (1,9%) et 18 449 conducteurs de moto taxis dont 190 positifs. Par ailleurs, 772 camionneurs ont été dépistés dans le pays en 2016 dont 8 positifs. En ce qui concerne les hommes en tenue, 9 462 militaires ont bénéficié du dépistage du VIH pour un taux de séropositivité de 2,6% (249/9 462)

1.3.5. Renforcement de la sécurité transfusionnelle

Le renforcement de la sécurité transfusionnelle reste la priorité du Programme National de Transfusion Sanguine (PNTS). Le GTC/CNLS grâce aux financements PEPFAR, a continué d'appuyer le PNTS aussi bien dans le sens du renforcement institutionnel (élaboration et diffusion des documents stratégiques et normatif du programme) que dans le sens des activités opérationnelles du programme à travers l'appui à 15 banques de sang réparties dans les dix régions. Les principales activités menées en 2016 ont porté entre autres sur :

- la tenue d'une réunion de coordination du PNTS avec les principaux intervenants ;
- l'organisation de 02 missions de suivi/supervision des activités de transfusion sanguine ;
- l'acquisition et la distribution des réactifs aux 15 banques de sang du projet
- l'élaboration et la validation de la deuxième édition du document de politique Nationale de Transfusion sanguine et du guide des bonnes pratiques en transfusion sanguine ;
- l'organisation des collectes mobiles de sang et l'appui à 4 associations pour la mobilisation communautaire en faveur du don de sang ;

Un total de 126 720 donneurs de sang a été testé au VIH en 2016, parmi lesquels 3 332 ont été diagnostiqués positifs, soit un taux de séropositivité de 2,6%. L'un des objectifs du programme étant de créer des réseaux de donneurs de sang, 16 746 donneurs fidélisés ont été captés.

1.4. Prévention et prise en charge des IST

La prévention et la prise en charge des IST ont été intégrées aux activités de prévention et dépistage du VIH auprès de certaines populations spécifiques. C'est le cas pour les populations clés, les jeunes filles non scolarisées et les conducteurs de mototaxis.

De manière globale, 32 501 cas d'IST ont été prises en charge dont 615 ont été traitées chez les jeunes et adolescents et 31 886 chez les adultes. Les interventions auprès des populations clés ont permis de prendre en charge 2 434 TS, 1 962 clients de TS et 812 MSM souffrant d'IST. Il faut souligner ici que les types d'IST n'ont pas été précisés dans les rapports d'activités des SR. Dans le cadre de l'étude IBBS le dépistage de la syphilis a été réalisé chez 2 255 TS dont 186 étaient positives et 1 323 MSM dont 36 positifs.

1.5. Renforcement des liens entre le VIH et la santé sexuelle et reproductive

Le PSN 2014-2017 [3] avait prévu un certain nombre d'interventions afin de renforcer les liens entre le VIH et la santé sexuelle et reproductive touchant aussi bien la lutte contre les violences sexuelles basées sur le genre que le renforcement des compétences en matière de SSR /VIH/IST.

Pour ce qui est de la lutte contre les violences sexuelles basées sur le genre (VBG), plusieurs interventions ont été menées en 2016, principalement par le MINPROFF. Il s'agit notamment de :

- la mobilisation des parties prenantes autour de la question des VBG ;
- la diffusion du Plan d'Action de Lutte contre les mutilations génitales féminines (MGF) et de la stratégie de lutte contre les VBG ;
- la vulgarisation des instruments juridiques de protection des femmes auprès des leaders communautaires ;
- le renforcement des capacités de 600 personnels du MINPROFF et 3 000 relais communautaires de l'Extrême Nord, Sud-Ouest, Est et Yaoundé sur les stratégies de lutte contre les violences conjugales, domestiques et familiales ;
- le renforcement des capacités de 1530 acteurs communautaires (10 leaders communautaires, 1000 femmes, 500 hommes) pour la prévention des VBG et le viol ;
- le recyclage de 12 assistants sociaux et conseillers matrimoniaux sur la prévention et la prise en charge socio juridique des VBG ;

S'agissant du renforcement des compétences en matière de SSR/VIH/IST les principales interventions ci-après ont été menées et rapportées par l'ACMS et CAMNAFAW :

- la formation de 20 jeunes, membres d'association de jeunes (12 filles et 8 garçons) sur la SDSR
- l'organisation de 04 Caravanes Mobile d'information et de sensibilisation sur l'éducation sexuelle complète et les droits sexuels
- l'implication de 10 associations des jeunes des villes de Douala & Yaoundé et Bamenda dans le processus d'appropriation de l'Education Sexuelle Intégrée

par les adolescents/jeunes en milieu extrascolaire avec appropriation de1307
adolescents et jeunes dans la perspective de la réalisation de leurs droits en
SSR ;

Chapitre 2 : AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE DES PVVIH GRACE A UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE GLOBALE

Principaux résultats

- 32% (205 382/641 241) des adultes et enfants en besoin de traitement sont sous ARV avec 32%(196 896/605 480) de taux de couverture chez les adultes et 44%(8 486/19 374) chez les enfants;
- Le taux de couverture national en ARV des femmes enceintes VIH+ était de 75,7%
- Le taux de couverture en ARV chez les populations clés (HSH et TS) était de 60,68% (318/524)
- Le taux de rétention à 12 mois des patients sous ARV est de 75% au niveau national avec des disparités régionales et selon les formations sanitaires ;

Le plan stratégique national 2014-2017 de lutte contre le VIH, le Sida et les IST ambitionnent de porter à plus de 95% la survie à 12 mois des PVVIH. Afin d'y parvenir, le programme avait comme objectifs de :

- mettre sous traitement antirétroviral (TARV) au moins 224 563 PVVIH dont 215 938 adultes et 8 625 enfants de moins de 15 ans;
- offrir une PEC adéquate aux PvVIH dans 100% des Districts de Santé (DS) ;
- réduire le taux de perdus de vue des patients sous ARV à moins de 20% ;
- n'avoir aucune rupture de stocks d'intrants VIH à tous les niveaux.

Les principales stratégies préconisées à cet effet sont entre autres : (i) la mise à disposition des médicaments (ARV, M I O, etc.) pour adultes et enfants, (ii) l'extension des structures de Prise En Charge (PEC) des adultes et des enfants, (iii) le renforcement du suivi biologique des PvVIH, (iv) le renforcement des capacités de toutes les parties prenantes à tous les niveaux de la cascade de la PEC, (v) la recherche active des perdus de vue (enfants et adultes), (vi) le renforcement de la

disponibilité en équipements de laboratoire, (vii) la création d'un cadre de concertation avec les prestataires de thérapies alternatives, (ix) le renforcement des capacités des OBC à la PEC communautaire du VIH et (x) le renforcement du système GAS.

2.1. Prise en charge par ARV des PvVIH

Les principales personnes ciblées par la prise en charge du VIH sont les adultes infectés, les enfants exposés, les enfants infectés, les femmes enceintes séropositives et les populations clés (TS et HSH).

2.1.1. Prise en charge chez les adultes

Au cours de l'année 2016, 65 194 nouvelles personnes ont été initiées au traitement parmi lesquels 14 994 femmes enceintes dans le cadre de la PTME. Cette performance est en hausse de 63,5% par rapport à l'année 2015 au cours de laquelle seulement 39 867 personnes avaient été initiées au traitement. La stratégie «tester et traiter» a fortement contribué à l'atteinte de cette performance.

Au 31 Décembre 2016, le nombre de personnes sous traitement ARV dans le pays était de 205 382 dont 8 486 étaient des enfants de moins de 15 ans et 71% des femmes. Ce chiffre représente une couverture des besoins en ARV de 33,3% et est en légère hausse par rapport à 2015 où les besoins étaient couverts à 27,1%.

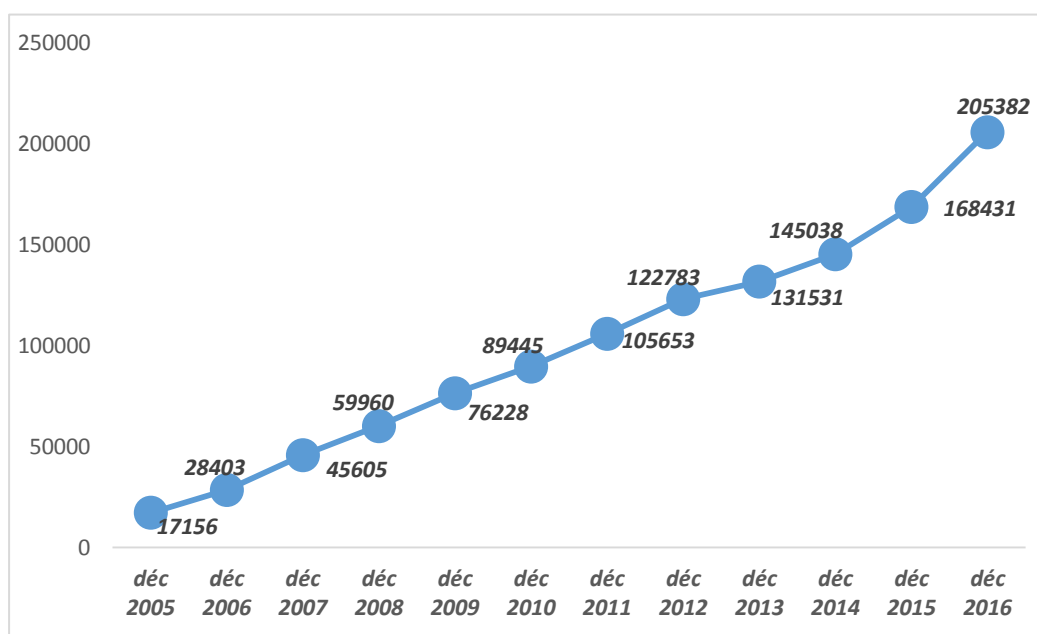


Figure 7: Evolution de la file active au Cameroun de 2005 à 2016

L'évolution de la file active des patients sous traitement est constamment affectée par les décès et les perdus de vue. En fin 2016, le programme a rapporté un total de 5 732 décès de PVVIH. Toutefois, la rétention en sous traitement 12 mois après l'initiation a été estimée à 72,5% à partir des données des registres TAR. Seules les régions de l'Adamaoua et de l'Est ont un taux de rétention inférieur à la moyenne nationale.

Le poids de la file active varie significativement d'une région à l'autre. Les régions du Centre (25%), du Littoral (20%) et du Nord-Ouest (15%) concentrent plus de la moitié des personnes sous traitement.

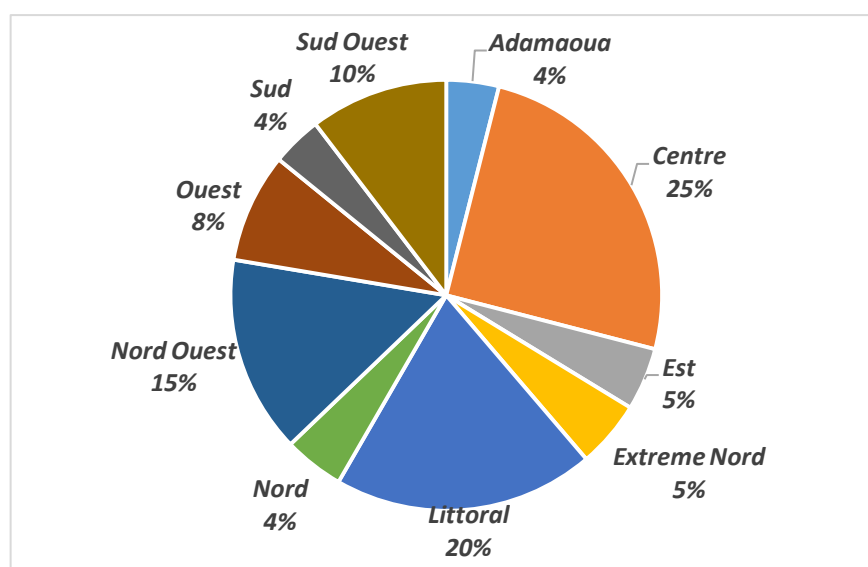


Figure 8: Répartition du poids de la file active par Région

La majorité des patients (95%) étaient sous un protocole ARV de première ligne, dont 53% (109 372/205 382) sous TDF/3TC/EFV, 16%(32 908/205 382) sous AZT/3TC/NVP, 8% (17 887/205 382) sous TDF/3TC/NVP et 3%(6 385/205 382) sous AZT/3TC/EFV. Les informations relatives à la mise des patients sur 3^e ligne par contre sont faiblement rapportées. Toutefois, les sites bénéficiant des projets financés par l'ANRS ont rapporté avoir 600 patients sur troisième ligne.

2.1.2. *Prise en charge chez les femmes enceintes séropositives*

Les Projections et Estimations faites à l'aide du logiciel SPECTRUM situent à 35 602 le nombre total de FEC ayant besoin de PTME en 2016. Au cours de l'année 30 389 FEC VIH+ ont été identifiées par le programme PTME (CPN et salle d'accouchement), soit une couverture de 85,4%. Parmi les femmes enceintes VIH+ identifiées au cours de l'année, 22 3002 (75,7%) ont reçu un protocole ARV pour réduire la TME. Cette performance est en baisse par rapport à 2015 où 84% des FEC VIH+ identifiées avaient bénéficié d'un protocole ARV pour réduire la TME(4).

Les régions du Sud (96,0%), du Nord-Ouest (91,6%), du Nord (86,9%) et de l'Adamaoua (80,5%) présentent les taux de couverture en ARV pour les femmes enceintes séropositives les plus élevés tandis que les régions de l'Extrême-Nord (46,7%) et de l'Est (64,1%) ont enregistré les plus faibles couvertures en ARV.

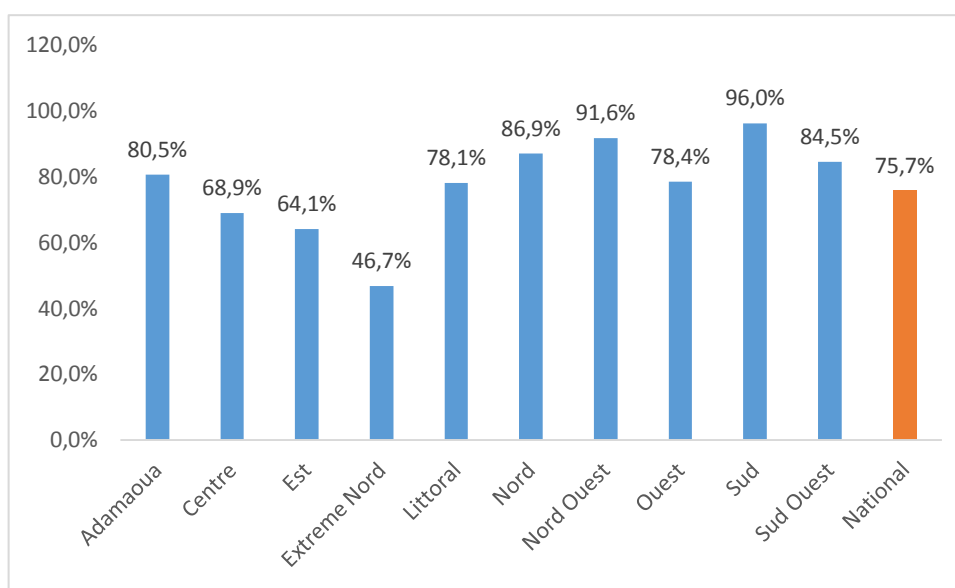


Figure 9: Couverture en ARV des FEC VIH+ par région en 2016

Il est à noter que la région de l'Extrême-nord a connu une rupture répétitive en ARV en plus de l'insécurité qui y prévaut. Ces facteurs pourraient expliquer cette faible couverture en ARV.

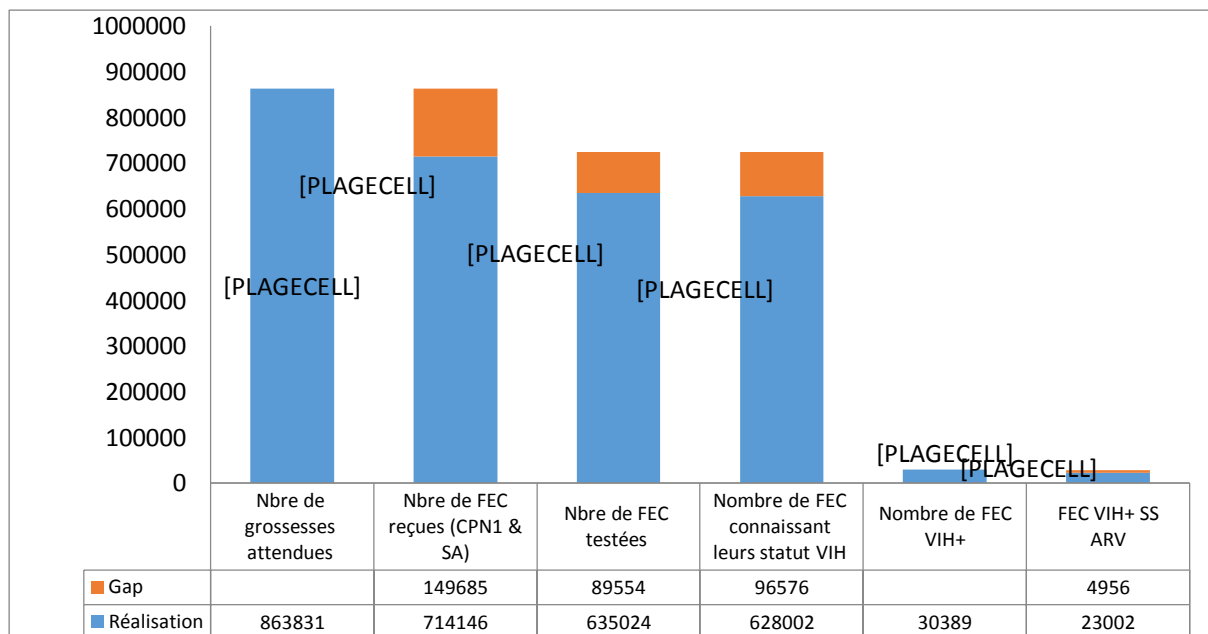


Figure 10: Cascade prise en charge des FEC

2.1.3. Prise en charge des enfants exposés au VIH

Selon les données rapportées par les formations sanitaires, plus de 15 987 femmes séropositives ont accouché au cours de l'année 2016. Ce chiffre prend en compte les femmes ayant accouché en dehors des formations sanitaires et ayant ramené leur bébé dans une formation sanitaire dans les 72 heures après l'accouchement. Un total de 14 734(92,2%) enfants nés de mères séropositives a été mis sous prophylaxie à la Névirapine dès la naissance selon les directives nationales en vigueur.

Au cours de l'année 2016, 811 enfants se sont révélés positifs au test de dépistage précoce à la PCR à 6-8 semaines. Toutefois, le nombre d'enfants testés positifs au VIH mis sous ARV n'est pas connu du fait que les outils actuels de collecte de données ne permettent pas encore de capter l'indicateur efficacement. Néanmoins, selon les données de prise en charge globale du VIH dans les formations sanitaires, 626 enfants de moins de 2 ans ont été mis sous traitement au cours de l'année 2016. Ce qui représente 92% des enfants testés positifs à la PCR.

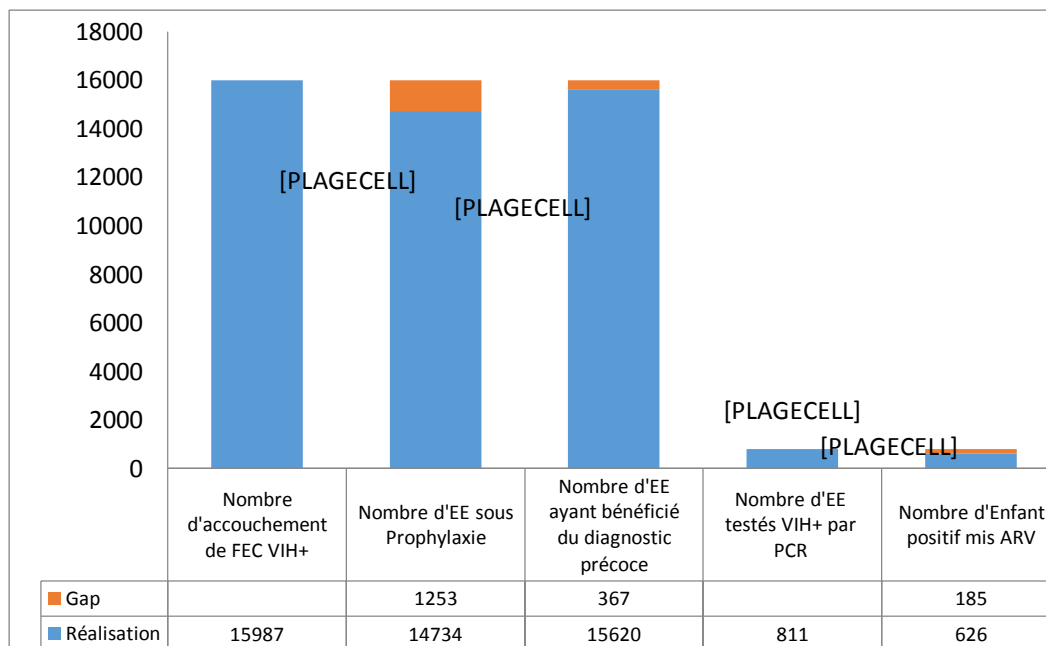


Figure 11: Cascade prise en charge des enfants exposés

2.1.4. Prise en charge VIH des populations clés

Les populations clés en raison de leur statut de « moteurs de l'épidémie » constituent une cible prioritaire pour la mise sous traitement. Dans les régions du Centre, de l'Est, du Sud, du Littoral et du Nord-Ouest, des actions spécifiques visant à renforcer la prise en charge des populations clés infectées ont permis d'initier 318 TS au traitement ARV en 2016 sur les 524 testées positives au cours de l'année.

Avec un faible taux de dépistage (37%) et un taux moyen de liaison au TAR de 60,7%, il est indéniable qu'un renforcement des activités de soins au VIH est impératif pour espérer atteindre l'objectif 90-90-90 en 2020 dans ce groupe.

En ce qui concerne les soins aux HSH, seulement 49% (891/1 816) des personnes identifiées ont été testées au VIH dont 23,4% positifs. La mise sous traitement est de 86,7% (130/150) dans la population des HSH. Toutefois, ces données ne représentent pas 100% de complétude des interventions menées en faveur des HSH. La prise en compte des données des régions du Nord-Ouest et de l'Est permettra de mieux apprécier les tendances dans cette population.

Pour ce qui est des clients des TS, seulement 22% (435/1 984) des clients des TS identifiés ont bénéficié du conseil et dépistage volontaire. La liaison et mise sous traitement ARV quant à elle est bonne avec 80% (52/65) des personnes diagnostiquées VIH+ mises sous TARV. Les TS ont le taux de liaison au traitement le plus faible avec 60,7%. Il est important de renforcer les actions en faveur du lien entre le dépistage et le traitement dans cette population quand il est connu qu'elles ont enregistré le taux de séropositivité au VIH le plus élevé de ces trois populations cette année ; soit 23,4% contre 16,8% chez les HSH et 15% chez les clients des TS.

En conclusion, plusieurs actions entreprises au cours de l'année 2016 ont permis d'atteindre les résultats programmatiques dans le domaine de la prise en charge des PvVIH, notamment :

- L'intensification des activités de dépistage systématique du VIH à toutes les portes d'entrée des formations sanitaires dans le but d'identifier de nouvelles PvVIH ;
- L'adoption et mise en œuvre de la stratégie « Tester et Traiter » qui préconise de mettre systématiquement sous traitement toutes les personnes testées positives au VIH sans condition préalable ;
- L'extension géographique des sites de PEC VIH (pédiatrique et adulte) à tous les DS à travers la création de 88 nouvelles structures de PEC à travers le pays. 84 (95%) d'entre elles ont été rendues fonctionnelles portant le total de sites de PEC VIH à 254 ;
- L'extension de l'option B+ à toutes les formations sanitaires offrant les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Le recrutement et la mise en fonction des accompagnateurs psychosociaux dans les formations sanitaires pour renforcer le suivi et la rétention sous traitement des PvVIH ;

- La dispensation multi-mois des ARV aux patients en fonction du profil du patient ;
- Rénovation et équipement des espaces de jeux pour les enfants dans 43 FOSA avec mise en place de groupe de soutien pour enfants
- Introduction de la nouvelle formulation du Lopinavir/Ritonavir boosté (Granulées) avec la formation de 52 prestataires à l'utilisation du LPV/r (40/10) granulées et la mise de 202 enfants sur ce protocole
- Distribution 376 disques de dosage des ARV pédiatriques pour améliorer la prescription et dispensation des ARVs pédiatriques

2.2. Gestion des stocks et approvisionnements

Le PSN 2014-2017 préconise un Cameroun « sans ruptures de stock d'ARV et d'intrants ».

Grace à l'appui technique de Chemonics et du Fonds Mondial, les activités suivantes ont été menées dans le cadre du renforcement du système de gestion et approvisionnements en intrants :

- Achat et déploiement de véhicules destinés au transport des médicaments dans les fonds régionaux des régions du Centre, Littoral, Nord-ouest et Sud-ouest ;
- Appui à la distribution des produits pharmaceutiques et médicaux ;
- Formation des pharmaciens, logisticiens, coordonnateurs des CTA/UPEC, et commis de pharmacie à divers niveaux (CENAME, fonds régionaux, CTA/UPEC) dans la gestion pharmaceutique, supervisions internes et gestion des stocks ;
- Quantification/estimation des besoins en ARV pour l'année 2017.

- le déploiement du logiciel « VINDATA » dans 10 CTA et UPEC des régions du Centre, du Littoral, du Sud-ouest, de l'Est, de l'Ouest et du Nord, afin d'améliorer la gestion des stocks d'intrants VIH dans ces structures.

2.3. Suivi des PvVIH sous ARV

Dans le but d'accélérer la prise en charge par les ARV des PvVIH, le pays a entrepris d'améliorer l'accessibilité géographique et financière des services de prise en charge sur l'étendue du territoire national. En effet, en fin d'année 2016, quelques progrès ont été réalisés en terme de :

2.3.1. Surveillance de la co-infection TB/VIH

La tuberculose étant reconnue comme la première cause de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, les directives nationales de prise en charge du VIH et de la Tuberculose recommandent d'investiguer la tuberculose chez les personnes séropositives et de faire le test du VIH chez les personnes atteintes de la tuberculose. Dans les structures de prise en charge du VIH, la surveillance de la tuberculose doit se faire en routine chez tous les patients sous ARV.

L'objectif du PSN 2014-2017 est qu'au moins 80% des patients Co-infectés VIH/TB et diagnostiqués soient pris en charge selon les directives nationales d'ici à 2017 [2]. C'est pour cette raison que tous les signes évocateurs de la tuberculose doivent être recherchés activement chez les PVVIH de façon routinière et documentés à chaque visite clinique.

Au cours de l'année 2016, la tuberculose a été investiguée chez 142 622PVVIH sous ARV, ce qui représente 69,4% de la file active. La sensibilisation des prestataires sur la recherche systématique des signes évocateurs de la TBchez tous les PVVIH doit être intensifiée.De l'autre côté, 24 076 patients tuberculeux sur 25 975 (93%) ont bénéficié d'un dépistage du VIH et 7 775 sur 8 755 patients (89%) ont été pris en charge à la fois par les ARV et les anti-TB.

Le cadre institutionnel de la mise en œuvre des activités collaborative TB/VIH a été renforcé au cours de l'année 2016 avec l'appui du financement PEPFAR. C'est ainsi

que le guide de contrôle de TB et le plan de passage à l'échelle des interventions TB/VIH ont été développés et sont en cours de diffusion. D'un autre côté, le 172 22personnels de santé ont été formés sur le contrôle de l'infection et 96 autres sur l'administration de la prophylaxie à l'INH dans les 10 régions et des supervisions se sont tenues sur ces thématiques. D'un autre côté, l'INH a été acquis et distribué dans 20 FOSA de 5 régions, les autres régions devant être couvertes par les acquisitions sur financement FM. L'évaluation de la mise en œuvre de la prévention de la TB chez les patients VIH par l'administration de l'INH sera faite au cours de l'année 2017.

En 2016, le programme a mis à disposition du cotrimoxazole dans les FOSA pour la prévention et la PEC des co-infections pour l'ensemble des patients à risque (Enfants exposés) et pour les PVVIH tel que recommandé par les directives nationales en vigueur. Ainsi, 96 932 PvVIH en ont reçu au cours de l'année 2016, ce qui est très faible par rapport au nombre observé en 2015 (589 414), soit une baisse de 83,4%. Ceci s'explique par une rupture artificielle en stocks de cotrimoxazole 480 mg (le plus utilisé par les prestataires) au niveau régional ; ceci essentiellement dû à l'asymétrie de l'information entre la CENAME et les Fonds Régionaux.

2.3.2. Suivi communautaire des PVVIH

La prise en charge psychosociale des PVVIH a été renforcée au cours de l'année 2016 avec le recrutement de 1112 APS adultes et pédiatriques et leur affectation des les différents sites des prise en charge. Pour les accompagner dans leurs tâches, 500 guides et outils ETP ont été produits et disséminés en région dans les CTA et quelques UPEC.

Par ailleurs, la mise en place des groupes de suivi de la rétention dans les sites de PEC VIH et du logiciel informatique de suivi des patients dans certains sites (CMC Nkolondom, Hôpital St Vincent de Dschang et Hôpital Militaire de Douala etc) a permis d'améliorer le suivi des PvVIH sus traitement.

Entre 2014 et 2016, le nombre de perdus de vue au traitement a diminué passant de 39,6% à 24,8% au niveau national avec des disparités régionales. Cette performance est due en grande partie à l'action des APS qui depuis Avril 2016 ont débuté le suivi

actif des cohortes de patients sous ARV dans les FOSA (appel téléphonique et SMS pour rappel des RDV, recherche des absents au traitement et recherche des perdus de vue pour les ramener dans la file active).

2.4. Suppression de la charge virale

Les nouvelles directives de l'OMS, adoptées par le Cameroun, placent la charge virale VIH (CV) au centre du suivi biologique pour les patients sous TAR, c'est en effet le seul examen permettant de contrôler l'efficacité du TAR. Le but de la thérapie ARV est la suppression de la charge virale chez les patients infectés par le VIH. Selon les directives de prise en charge du VIH, les PvVIH sous traitement doivent faire un examen de charge virale six mois après l'initiation au traitement, puis toutes les années pour les bilans de suivi.

Dans le cadre de l'accélération de la thérapie ARV, il était prévu de réaliser les examens de charges virales à 117 639 PvVIH sous traitement.

Laboratoire de Référence de Bamenda font état de 28 687 examens de charge virale réalisés en 2016, ce qui représente 24,4% de la cible planifiée. Il est cependant important dans l'analyse de ce taux de prendre en compte qu'il représente une complétude de 38% (3/8) en termes de laboratoires offrant le CV. Des 28 687 examens rapportés, 18 857 patients avaient une charge virale indétectable soit un taux de suppression virale de 65,7%.

Au terme de la mise en œuvre des activités de prise en charge globale en 2016, les limites et leçons suivantes peuvent être dégagées :

a. Renforcement des capacités des prestataires de santé et communautaire

La disponibilité du personnel formé a été renforcée à tous les niveaux. En ce qui concerne le renforcement de capacités, 240 personnels de santé (médecins et infirmiers) ont été formés à la PEC Globale et 236 à la PEC Pédiatrique du VIH dans les 10 régions sous financement Fonds Mondial. Ainsi, toutes les structures de prise en charge disposaient au moins d'un personnel formé en PECG et/ou en PECP. D'un

autre coté, l'appui de PEPFAR a permis de former/recycler 447 prestataires de 101 sites sur la PECP, 740 personnels de 403 FOSA en PTME Option B+, 354 personnels de santé de 143 FOSA en PEC globale, 152 prestataires de 72 FOSA sur intégration TB/VIH et 238 prestataires sur le dépistage de la TB chez les PVVIH, ceci dans les régions du Littoral, du Centre, du Nord-ouest et du Sud-ouest.

Pour améliorer le suivi des PvVIH sous traitement, 1 112 APS adultes et pédiatriques ont été recrutées et formés dans les 10 régions. Par ailleurs, 80 Agents de Santé Communautaire (ASC) ont été formés à la PEC communautaire des PvVIH et leur entourage, de même 110 prestataires communautaires ont été formés à la PEC psychosociale des enfants infectés et exposés au VIH et 94 aux activités de prévention par l'INH. En outre, 42 membres de 14 OBC des villes de Yaoundé, Douala, Bafoussam et Bamenda ont été formés à la dispensation communautaire des ARV et 29 prestataires de santé ont été formés comme formateurs régionaux sur la thématique de délégation des tâches.

Limites :

- Non maîtrise de la file d'attente
- Absence visibilité/rapportage des activités menées par les APS dans le cadre de la liaison au traitement et la rétention des PvVIH sous TARV
- Données sur la suppression de la charge virale incomplètes
- La rétention sous traitement 12 mois après l'initiation et la suppression de la charge virale ont une appréciation/description sommaire

Leçons apprises :

Capacité d'adaptation rapide du système de santé aux nouvelles directives et orientations notamment la stratégie tester et traiter, systématisation de l'offre du dépistage à toutes les portes d'entrées des FOSA et la dispensation communautaire des ARV

Chapitre 3 : REDUCTION DE L'IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE DE LA MALADIE SUR LES PvVIH, LES OEV ET LES AUTRES PERSONNES AFFECTEES

- Les OEV ont effectivement bénéficié d'un soutien médico-social, les familles des OEV et PvVIH ont également bénéficié d'un soutien pour l'obtention des emprunts, épargne et financements pour subvenir aux besoins de leurs ménages.
- Aussi, des activités en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des PvVIH et populations clés ont été effectivement menées au cours de l'année.

Les objectifs fixés par le PSN 2014-2017 [3] pour réduire l'impact socio-économique de la maladie sur les PvVIH, OEV et autres personnes affectées sont les suivants :

- 25% des OEV reçoivent au moins un soutien au sein de leurs Familles d'accueil d'ici à 2017.
- 30% de PVVIH ont bénéficié d'un soutien psychosocial et économique d'ici à 2017.
- 20% de femmes rendues vulnérables du fait du VIH et Sida, 25% des TS et 20% des victimes de violences sexuelles reçoivent un soutien d'ici à 2017.
- La stigmatisation et la discrimination liées au VIH et Sida, ainsi qu'à l'orientation sexuelle est réduite, et le niveau de tolérance envers les PVVIH a augmenté.

Les activités qui ont été mises en œuvre en 2016 pour réduire l'impact socio-économique de la maladie et la stigmatisation sont présentées dans les sous chapitres ci-dessous.

3.1. Réduction de l'impact socio-économique du VIH et du Sida sur les OEV

Catholic Relief Services (CRS) est le principal acteur ayant mené des interventions au cours de l'année 2016, dans le domaine du soutien des orphelins et enfants vulnérables dans le cadre du projet *Key Interventions to Develop Systems and Services for Orphans and Vulnerable Children* (KIDSS). Les résultats suivants ont été obtenus suite à la mise en œuvre de ce projet en 2017:

- Dépistage- conseil de 11 494 OEV ;
- Soutien social à 4 284 OEV ;
- Sur 307 OEV VIH+, 287 ont été enrôlés au TARV, 299 ont bénéficiés de visites à domicile pour conseil à l'adhérence au TARV et soutien psychosocial ;
- Soutien à l'obtention des emprunts, épargne et financements aux tuteurs des OEV, PvVIH et jeunes pour subvenir aux besoins urgents dans leurs ménages.

Parallèlement, l'association KidAids, met en œuvre le programme Grandir avec une emphase sur l'accompagnement psychologique et social des enfants et des adolescents vivant avec le VIH. Ledit programme accorde une place importante aux groupes de parole, à la préparation de l'annonce du statut sérologique aux enfants et à l'appropriation des mécanismes de lutte par les pairs. KidAids a également renforcé les capacités des enfants et des jeunes à satisfaire leurs besoins essentiels et à faire respecter leurs droits en fournissant des matériels pédagogiques et des aptitudes utiles de vie.

En matière d'accessibilité aux examens biologiques de suivi, le projet a permis en 2016 la réalisation de 37 CD4 et 50 analyses de charge virale au profit des enfants et adolescents infectés.

- La poursuite des activités de l'annonce a permis de réduire le nombre d'enfants et d'adolescents séro ignorants (118 enfants de 12 à 19 ans sur 171 connaissent leur statut).

3.2. Réduction de la stigmatisation et de la discrimination liée au VIH et au Sida, ainsi qu'à l'orientation sexuelle et augmentation de la tolérance envers les PvVIH

Concernant la stigmatisation et la discrimination, trois ateliers d'information et de sensibilisation sur cette thématique ont été organisés par ACMS à Douala, Kribi et Limbé en direction des praticiens du Droit, des leaders religieux et des journalistes. Un contrat liant l'ACMS et le Réseau des Associations de Personnes vivant avec le VIH (RECAP+) a été signé afin d'assurer la mise en œuvre des activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Environ 84 réunions mensuelles ont été tenues pour l'animation de 07 groupes de parole des militaires pour un total cumulé de participation de 921 personnes. Toujours dans le cadre du partenariat avec RECAP+, 17 réunions mensuelles de groupe de parole ont été organisées en direction des entreprises, des travailleuses de sexe et des MSM à travers le RECAP+. Celles-ci ont permis de toucher 266 personnes et 648 000 unités de préservatifs masculins, 96 000 unités de préservatifs féminins et 500 exemplaires du journal 100% Jeune ont été mis à la disposition des associations des PvVIH à travers ledit réseau. D'un autre côté, une campagne d'affichage sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination a été réalisée sur les 11 panneaux 4x3m du CNLS.

Chapitre 4 : AMELIORATION DE L'UTILISATION DES DONNEES PROGRAMMATIQUES ET DE RECHERCHE POUR LA PRISE DE DECISION

- La capacité en ressources humaines du CNLS a été renforcée à tous les niveaux
- Le Groupe Technique Suivi et Evaluation qui coordonne les activités de suivi et évaluation du CNLS a été actif tout au long de l'année 2016 et a permis de valider les différents documents élaborés
- Les outils de collecte et de rapportage des données ont été revus et harmonisés et déployés dans les sites de collecte
- L'extension du DHIS2 pour couvrir tous les districts de santé du pays a été faite
- Les données du programme ont été validées à tous les niveaux
- Le CNLS a participé et/ou coordonné plusieurs activités de recherche au cours de l'année

Les objectifs fixés par le PSN 2014-2017 [3] pour améliorer l'utilisation des données programmatiques et de recherche pour la prise de décision sont les suivants :

- A la fin de chaque année, 90% des données programmatiques produites sont de bonne qualité et disponibles à différents niveaux ;
- 80% des résultats de la surveillance épidémiologique et de la recherche sont promus et mieux coordonnés.

En 2016, les activités de suivi et évaluation ont consisté au :

- Renforcement des structures organisationnelles et les capacités humaines ;
- Renforcement du mécanisme du suivi routinier ;
- A la réalisation des enquêtes et de la surveillance épidémiologique.

4.1. Structures organisationnelles et capacités humaines

Au cours de l'année 2016, la section planification, suivi et évaluation du GTC/CNLS a été renforcée en ressources humaines. A cet effet, deux chefs d'unités ainsi que deux cadres ont été recrutés et affectés au GTC/CNLS pour renforcer la section en charge de l'information stratégique au niveau central. De même le Suivi et Evaluation au niveau régional a été renforcé par le recrutement des 10 Techniciens Supérieur de la Statistique, affectés comme assistants des chefs suivi-évaluation.

Au niveau des Formations Sanitaires (FOSA), 191 Agents Chargés de Remplissage des Registres (ACRR) ont été recrutés pour renforcer l'effectif existant.

A niveau des secteurs autres que celui de la santé les commissions centrales de coordination mises en place ne sont pas pour la plupart fonctionnelles pour diverses raisons : insuffisance de formation, difficulté à mobiliser le budget alloué, entre autres.

Le Groupe Technique de Suivi et Evaluation (GTSE), est un groupe de travail qui coordonne les activités de suivi et évaluation. Ce groupe est composé des experts des secteurs, des partenaires bis et multilatéraux, des ONG nationales et Internationales. Au cours de l'année 2016 04 réunions du GTSE ont été organisées et ont permis de valider les différents documents élaborés par l'ensemble des partie prenantes (rapport annuel 2015, rapport GARP, Rapport NASA, Projections et Estimations ect).

4.2. Renforcement du suivi routinier

Les outils de collecte des données et de rapportage ont été revus et harmonisés au cours de l'année 2016 afin d'améliorer la qualité des données et éviter les duplications. Le déploiement de ces outils sur le terrain est en cours et se poursuivra en 2017 de même que la formation des prestataires à leur utilisation.

Parallèlement, l'extension du DHIS2 a continué en 2016. Au 31 décembre 2016, 100% des districts sanitaires rapportent à travers cet outil. Ceci a permis d'améliorer la complétude et la promptitude des données tel qu'illustre le graphique ci après.

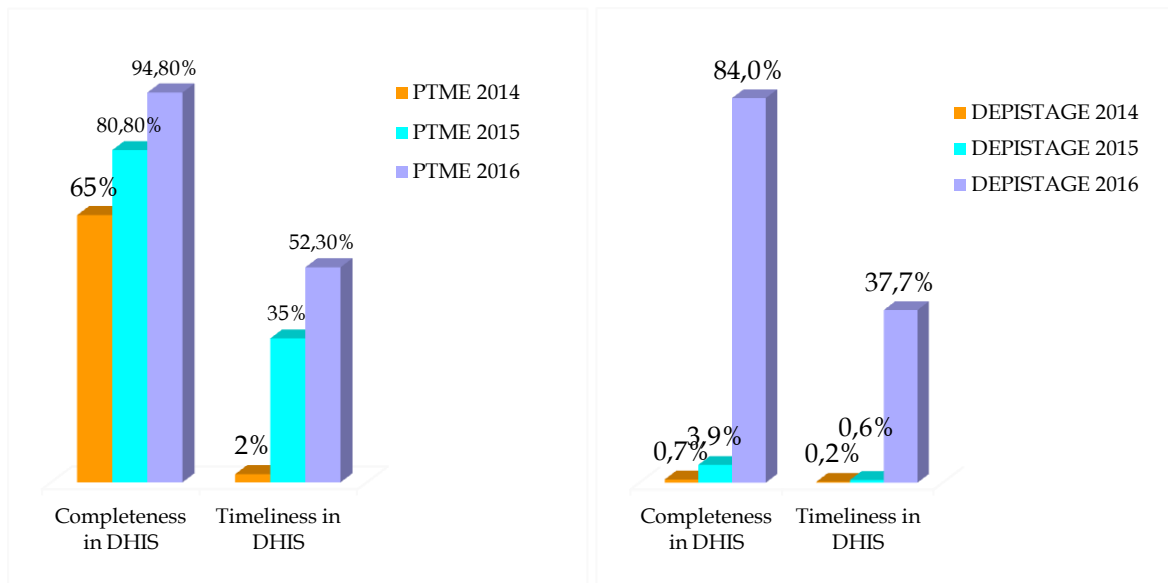


Figure 17: Evolution de la complétude et la promptitude des données PTME et CDV dans DHIS

Afin de garantir une meilleure qualité des données collectées en routine dans les FOSA, quatre réunions de validation des données ont été organisées dans les 10 régions et 02 autres se sont tenues au niveau central avec la participation des régions. Au niveau régional, les Agents Chargés du Remplissage des Registres (ACRR) étaient conviés à prendre part à ces réunions afin de vérifier la conformité entre les données transmises (fiches de synthèse mensuelles) et celles renseignées dans les outils primaires (registres). Ces réunions étaient également les occasions d'évaluer la qualité des données de PECG à l'aide de l'outil DQA et la rétention à 12 mois des PvVIH sous traitement, selon une méthodologie harmonisée dans les 10 régions.

Parallèlement, l'appui financier de CDC a permis à chaque région d'organiser les revues trimestrielles des données VIH dans la base de données DHIS avec la participation de tous les DS. La tenue de ces revues a permis d'améliorer la complétude des données dans le système, de vérifier la cohérence/qualité de celles-ci et de produire des rapports d'analyse débouchant sur les recommandations en vue de l'amélioration des résultats du programme. Toutefois, il est important de signaler l'analyse et la validation des données au cours des réunions de coordination des districts ne sont pas systématiques.

Toujours dans le sens de validation technique des documents produits par les différents acteurs, le Groupe Technique de Suivi et Evaluation (GTSE) s'est réuni 4 fois au cours de l'année 2016. Ces réunions ont permis de valider un certain nombre de documents parmi lesquels le rapport annuel 2015 des activités de lutte contre le VIH/SIDA, le rapport EPP/SPECTRUM 2015, le rapport NASA 2015, le rapport GARPR 2015 etc.

4.3. Enquête et Surveillance Epidémiologique

Les enquêtes réalisées en 2016 sous la coordination du GTC/CNLS sont :

- La cartographie programmatique des TS commencée en 2015 s'est achevée en 2016 ;
- L'évaluation des indicateurs d'alertes précoces (IAP) de la pharmacorésistance du VIH en 2016;
- Cartographie des intervenants dans la prise de charge globale du VIH par les partenaires dans les districts prioritaires au Cameroun dont le rapport est en cours de production ;
- Enquête séro comportementales chez les TS et les HSH
- Surveillance sentinelle chez les femmes enceintes

4.4. Supervision et qualité de données

La qualité des données est étroitement liée à la supervision qui constitue un maillon important de la mise en œuvre du programme national de lutte contre le VIH.

Au cours de l'année 2016, la section suivi et évaluation du GTC/CNLS a accompagné les équipes de Suivi et Evaluation des GTR dans l'analyse et l'assurance de la qualité des données ainsi que la gestion du DHIS2 tel que décrit plus haut.

4.5. Diffusion et utilisation des données

Les enquêtes/études menées au cours de 2016 ont fait l'objet de publication à travers des articles, abstracts dans des revues et sur le site web du CNLS : www.cnls.cm. Les différents documents produits et validés au cours de l'année ont été diffusés via le ce site web. Dans le cadre du premier forum sur la PTME, certaines données ont fait l'objet de présentations. Les bonnes pratiques dans les différentes thématiques ont été documentées et disséminées à l'usage des prestataires.

Limites :

Certains problèmes ont été rencontrés dans l'utilisation de la plateforme DHIS2 par les gestionnaires des données dans les districts notamment la mise à disposition du crédit de communication et la rétention des appareils par des responsables des districts qui ne sont pas les gestionnaires des données

PARTIE
COORDINATION
FINACEMENT ET
GESTION DE LA
RIPOSTE NATIONALE

Chapitre 5 : R

ENFORCEMENT DE LA COORDINATION, LA MOBILISATION DES RESSOURCES ET LA GESTION DE LA REPONSE NATIONALE

- Les mécanismes de coordination ont été fonctionnels à tous les niveaux au cours de l'année 2016
- Les interventions dans les autres secteurs restent faibles et peu coordonnées entre les structures concentrées et déconcentrées
- Les partenaires bis et multilatéraux et d'autres parties prenantes nationales ont contribué à la riposte nationale au cours de l'année 2016
- La capacité des ressources humaines a été renforcée à tous les niveaux
- On note une absence de visibilité sur la mobilisation des ressources financières

Afin de renforcer la coordination, la mobilisation des ressources et la gestion de la réponse nationale, le PSN 2014-2017 avait prévu de:

- Assurer la fonctionnalité des mécanismes de coordination à tous les niveaux ;
- Mobiliser davantage de ressources externes en faveur de la lutte contre le VIH et le Sida;
- Mettre en place un cadre de gestion incitatif ;
- Assurer une gestion efficiente des ressources financières ;

5.1. Coordination et gestion de la réponse

La coordination de la lutte contre le VIH et le Sida vise à assurer l'alignement des parties prenantes aux orientations stratégiques nationales dans le strict respect du principe des Three Ones. Elle se fait au travers des réunions de coordination, des supervisions et du suivi des interventions à tous les niveaux. Le leadership de la coordination du programme est assuré par le GTC/CNLS au niveau central et par les GTRs au niveau régional.

Au niveau Central, le CNLS a tenu 01 session statutaire sur les 02 planifiées. Présidée par le Ministre de la Santé Publique Président du CNLS, cette session a permis de passer en revue le rapport 2015 et de valider le plan d'action annuel 2016. Au cours de la même année 02 réunions ont été organisées d'un coté avec les secteurs autres que le secteur Santé et de l'autre coté avec les ONG et OBC. Ces réunions visaient d'une part de partager les nouvelles orientations sur les stratégies de passage à l'échelle afin d'atteindre les objectifs 90-90-90 avec ces intervenants de la riposte et de faire le suivi de leurs activités de lutte contre le VIH et le sida.

Au niveau du GTC/CNLS, les réunions de coordination et de suivi de la mise en œuvre des interventions se sont tenues de façon hebdomadaire tout au long de l'année 2016, quelques fois en audio conférence avec GTRs. Ces réunions visaient à s'assurer de la mise en œuvre des interventions et actions incombant au GTC/CNLS et aux GTRs sont mises en œuvre selon la planification arrêtée.

D'un autre coté, des réunions de coordination semestrielles ont été organisées avec la participation des responsables du niveau central, des dix GTRs et les Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP) représentées par les Points Focaux (PF) PTME. Ces réunions ont servi de plate-forme d'échanges entre le niveau central et le niveau régional afin de renforcer la coordination des activités.

Dans le cadre des projets spécifiques tel que le NFM, BID, PEPFAR, CHAMP etc, des réunions trimestrielles/semestrielles des intervenants clés se sont tenues. Le but étant de faire le suivi de ces projets en s'assurant que leur mise en œuvre respecte les orientations stratégiques nationales.

Concernant la PTME, des réunions mensuelles du groupe de travail PTME se sont tenues au niveau Central sous le leadership de la DSF avec la participation de toutes les parties prenantes. Par ailleurs, les missions de supervision conjointes menées par des équipes mixtes (GTC/CNLS, DLMEP, DSF, DPML, GTR, DRSP) ont été effectuées vers les niveaux périphériques (district de santé, FOSA). Ces supervisions ont porté sur des aspects tels que la qualité des services rendus, la qualité des données, etc.

Au niveau régional, les GTR ont apporté un appui à l'organisation des comités de rétention des structures de prise en charge, ces comités ont été des occasions pour la FOSA de coordonner l'offre de service de diagnostic et prise en charge des PvVIH au sein de la FOSA.

En ce qui concerne les réponses des autres secteurs au VIH, on note l'absence d'un cadre de concertation et de coordination entre les niveaux centraux et les niveaux régionaux et périphériques. Malgré l'existence des plans sectoriels de lutte contre le VIH dans plusieurs secteurs, les interventions restent faibles et peu coordonnées entre le niveau central et le niveau régional. Les activités sont généralement mises en œuvre au niveau central avec la collaboration du GTC/CNLS sans l'implication des niveaux périphériques.

Certains secteurs (MINPROFF, MINTOUL, MINESEC...) ont élaboré leurs plans d'actions annuelles 2016 validés et intégrés dans le plan d'action national GTC/CNLS. Des 6 réunions des secteurs prévues pour l'année, 4 ont été tenues. A ces réunions s'ajoutent celles tenues en préludes à la commémoration des événements spéciaux mois camerounais (Journée Mondiale de Lutte contre le Sida CAN Féminine, journée internationale de la Femme, Journée internationale de la famille, journée mondiale de la femme rurale, Vacances Sans Sida etc). Ces réunions ont permis d'orienter la lutte sur le plan sectoriel. Il s'est agit d'harmoniser les plan de reporting et le suivi de la mise en œuvre des activités planifiées

5.2. Mobilisation des ressources

5.2.1. Ressources humaines

Le CNLS a été renforcé

- Au niveau de la coordination centrale ; par la nomination d'un SPA, la nomination de 06 chefs d'unités, de 02 assistants et par le recrutement d'un informaticien, de 04 cadres comptables et 05 assistantes de direction, 03 chauffeurs, de 02 agents d'entretien et du personnel des Unités Mobiles constitué des laborantins, des Conseillers psycho-sociaux et des infirmières ;

- Au niveau des 10 GTRs ; le recrutement d'un ACUPSE ; d'un cadre comptable, d'une secrétaire, d'un chauffeur, d'un agent d'entretien et de 02 personnels des UM ;
- Au niveau des FOSA ; APS, ACRR
- Au niveau des secteurs par la désignation des points focaux dans les ministères

5.2.2. Ressources financières(voir SGAF)

RAPPORT FINANCIER

I- Organisation administrative et financière

Le Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (PMLS) au Cameroun est conçu et supervisé par le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS). Le Ministre de la santé publique est le président du CNLS. Ce dernier délègue ses pouvoirs au Secrétaire Permanent (SP) pour la gestion quotidienne des activités. Le CNLS est constitué, au niveau central, du Groupe Technique Central du CNLS (GTC/CNLS), et au niveau régional, des Groupes Techniques Régionaux de Lutte contre le SIDA (GTR).

Placé sous l'autorité du Secrétaire Permanent (SP), assisté d'un Secrétaire Permanent Adjoint (SPA), le GTC/CNLS est l'organe exécutif du CNLS. A ce titre, il assure la coordination et la gestion du Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (PMLS) sur l'ensemble du territoire national, en collaboration avec les administrations, les partenaires nationaux et internationaux concernés, ainsi que la gestion des fonds mis à la disposition du CNLS par l'Etat et les différents bailleurs de fonds.

Les financements mis à disposition par les bailleurs de fonds dans le cadre des projets gérés par le GTC/CNLS sont domiciliés dans des comptes bancaires ouverts par la Caisse Autonome d'Amortissement (CAA) dans des banques commerciales de premier ordre. La CAA est l'agence fiduciaire de l'Etat du Cameroun en matière de gestion des financements extérieurs. Les pouvoirs de signature dans les comptes bancaires sont détenus par la Direction Générale de la CAA qui exécute tous les paiements à la demande du Ministre de la santé publique et/ou du SP du GTC/CNLS en fonction du montant de la dépense à effectuer. Cependant, bien que ce dispositif soit essentiel de part son rôle dans la chaîne de validation de la dépense, il constitue, par moment, un goulot d'étranglement pour l'absorption des fonds dans la mesure où la durée moyenne de traitement des dossiers de paiement oscille entre 14 et 20 jours.

Par ailleurs, à la demande du Ministre de la santé publique, la Direction Générale de la CAA peut procéder à l'ouverture des sous comptes bancaires. Ces sous comptes fonctionnent suivant le principe de double signature. Les pouvoirs de signature sont détenus par des responsables du GTC/CNLS et/ou des GTR désignés par le Ministre de la santé publique.

Les financements reçus par le CNLS sont des fonds publics. A ce titre, ils sont gérés conformément aux lois, textes, procédures de gestion et de contrôle des finances publiques en vigueur au Cameroun. Cependant, la réglementation camerounaise permet d'intégrer dans les accords de financement, des dispositions permettant au CNLS de prendre en compte, dans ses procédures (manuel), les exigences de chaque bailleur de fonds en matière de gestion et de reporting financier.

Les états financiers de chaque projet sont élaborés suivant le système comptable OHADA par le GTC/CNLS. Chaque fin d'exercice, les états financiers sont audités par un cabinet d'audit agréé par le bailleur de fonds. Ce cabinet produit son rapport au plus tard 180 jours après la fin de l'exercice audité. Par ailleurs, à une fréquence variable, les comptes des différents projets mis en œuvre par le CNLS sont soumis au contrôle des institutions telles que le Ministère des Finances, le Ministère de l'Economie, du Plan et de l'Aménagement du Territoire, la Chambre des Comptes de la Cours Suprême et le Contrôle Supérieur de l'Etat.

Le GTC/CNLS dispose en son sein d'une Section Gestion Administrative et Financière (SGAF) ayant à sa tête un Chef de section. Ce dernier assiste le SP CNLS dans la gestion quotidienne des fonds, la tenue des comptes consolidés du CNLS, l'organisation des tâches administratives et financières, et le suivi des audits des comptes des différents projets mis en œuvre par le GTC/CNLS.

La SGAF comporte deux Unités à savoir, l'Unité Administrative et du Personnel et l'Unité Comptable. Chaque Unité dispose d'un Chef d'Unité, des cadres et des agents. Le nombre de cadre et d'agent est fonction du portefeuille projet du CNLS, du volume des financements reçus et de la charge de travail. Par ailleurs, chaque GTR (10 au total) dispose d'un Chef d'Unité Comptable (CUC) qui dépend hiérarchiquement du Coordonnateur du GTR et fonctionnellement du Chef d'Unité Comptable (CUC) du GTC/CNLS.

Les logiciels de gestion utilisés sont ceux de la gamme TOMPRO, notamment TOM²PRO et TOM²PAIE. Cependant, il y a nécessité d'une part de compléter cette gamme en y ajoutant TOM²MARCHE et TOM²CONSO, et d'autre part d'assurer la maintenance desdits logiciels et renforcer les capacités des utilisateurs.

Pour garantir la production d'une information financière de qualité et assurer une bonne reddition des comptes du GTC/CNLS, un accent particulier est mis sur la définition des procédures de gestion administrative, financière et comptable, le recrutement d'un personnel financier et comptable de qualité, la dotation des outils de travail, le renforcement des capacités de ce personnel, l'archivage des documents comptables, la supervision et le contrôle régulier de la qualité des données financières.

Cependant, le problème de rangement et d'espace de stockage des documents comptables se pose déjà avec acuité. De même, la supervision des acteurs au niveau régional, le contrôle et la validation de la qualité des données financières ainsi que le renforcement des capacités du personnel financier sont autant de domaines qui nécessitent la mobilisation des ressources humaines et financières supplémentaires.

II- Prévisions budgétaires de l'exercice 2016

Les prévisions budgétaires de l'exercice 2016, s'inscrivent dans le cadre du Plan Stratégique National (PSN) 2014-2017 de lutte contre le VIH/SIDA adopté par le Cameroun en 2014 et se chiffre à la somme de **112 455 117 780 FCFA**.

Au cours de cet exercice, le montant des financements disponibles que prévoyait mobiliser le CNLS auprès de ces différents bailleurs de fonds pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le sida au Cameroun, s'élevait à **27 840 961 785 FCFA**. Soit un gap de financement de **84 614 155 995 FCFA**. Cependant, il est important de préciser ici que le gap ci-contre n'est pas définitif dans la mesure où les fonds à mobiliser susmentionnés concernent uniquement ceux gérés par le GTC/CNLS. Les financements gérés par les autres administrations et les organisations telles que CARE Cameroun, CRS, ICAP, CHAI, EGPAF, CAMNAFAW, etc... ne sont pas pris en compte. Le rapport de l'étude NASA permettra de confirmer l'existence ou non d'un gap de financement en 2016.

Les tableaux ci-dessous présentent, respectivement, l'affectation des projections de mobilisation des ressources financières par domaines d'activité, domaines d'intervention et par bailleurs de fonds en 2016.

T1- AFFECTATION DES FONDS A MOBILISEES EN 2016 PAR DOMAINES D'INTERVENTION

| N° | COMPOSANTE | % | MONTANT (F CFA) |
|-----------|---|----------|------------------------|
| 1 | Prevention programs for other vulnerable populations (please specify) - Behavioral change as part of programs for other vulnerable populations | 2% | 386 156 321 |
| 2 | Prevention programs for other vulnerable populations (please specify) - HIV testing and counseling as part of programs for other vulnerable populations | 10% | 1 586 744 454 |
| 3 | Prevention programs for other vulnerable populations (please specify) - Other interventions for other vulnerable populations - Please specify | 1% | 118 760 200 |
| 4 | PMTCT - Prong 1: Primary prevention of HIV infection among women of childbearing age | 5% | 880 695 265 |
| 5 | PMTCT - Prong 3: Preventing vertical HIV transmission | 7% | 1 072 694 923 |
| 6 | PMTCT - Prong 4: Treatment, care & support to mothers living with HIV, their children & | 2% | 296 471 171 |
| 7 | Treatment, care and support - Pre-ART care | 11% | 1 794 619 805 |
| 8 | Treatment, care and support - Antiretroviral Therapy (ART) | 14% | 2 295 489 976 |
| 9 | Treatment, care and support - Treatment monitoring | 12% | 1 903 407 505 |
| 10 | Treatment, care and support - Treatment adherence | 5% | 827 996 050 |
| 11 | Treatment, care and support - Prevention, diagnosis and treatment of opportunistic infections | 9% | 1 385 832 101 |
| 12 | TB/HIV - TB/HIV collaborative interventions | 1% | 225 887 877 |
| 13 | Procurement supply chain management (PSCM) - Operationalization of procurement and supply chain management system | 2% | 265 622 074 |

| | | | |
|--------------|--|-------------|-----------------------|
| 14 | Procurement supply chain management (PSCM) - PSM infrastructure and development of tools | 1% | 178 142 978 |
| 15 | Health information systems and M&E - Routine reporting | 8% | 1 245 065 436 |
| 16 | Health information systems and M&E - Surveys | 4% | 567 031 867 |
| 17 | Program management - Policy, planning, coordination and management | 7% | 1 096 130 054 |
| TOTAL | | 100% | 16 126 748 055 |

L'essentiel des ressources à mobiliser étaient destinées à l'acquisition des médicaments et intrants pour la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH Sida (PV VIH).

T3- CONTRIBUTION ATTENDUES DES BAILLEURS DE FONDS AU BUDGET DE L'EXERCICE 2016

| N° | Bailleur de fonds | % | Budget (FCFA) |
|--------------|---|----------------|-----------------------|
| 1 | Etat du Cameroun | 35,56% | 9 900 000 000 |
| 2 | Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme | 57,92% | 16 126 748 055 |
| 3 | PEPFAR | 6,52% | 1 814 213 730 |
| TOTAL | | 100,00% | 27 840 961 785 |

Au cours de l'exercice 2016, le portefeuille du GTC/CNLS était constitué de deux projets, à savoir le NFM financé par le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le projet CDC financé par le PEPFAR. Le gouvernement camerounais quant à lui devait apporter sa contribution sous forme de fonds de contrepartie (FCP) dans le projet NFM et d'appui au fonctionnement du GTC/CNLS.

III- Réalisations de l'exercice 2016

3.1. Mobilisation des ressources financières

3.1.1. Contribution des principaux bailleurs de fonds

Au cours de l'exercice 2016, le GTC/CNLS a mobilisé **12 523 504 610 FCFA** pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/Sida au Cameroun. Cette somme représente **44,98%** des prévisions de mobilisation de fonds de cet exercice. Soit un gap de **15 317 457 175 FCFA**.

Nous présentons dans le tableau ci-dessous la situation des ressources financières mobilisées par le GTC/CNLS en 2016 auprès des différents bailleurs de fonds.

T4- ETAT DES SOMMES MOBILISEES AUPRES DES BAILLEURS DE FONDS EN 2016

| N° | Bailleur de fonds | % | Budget (FCFA) | Montant mobilisé (FCFA) | Ecart |
|--------------|---|---------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|
| 1 | Etat du Cameroun | 5,05% | 9 900 000 000 | 500 000 000 | 9 400 000 000 |
| 2 | Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme | 67,50% | 16 126 748 055 | 10 885 811 915 | 5 240 936 140 |
| 3 | PEPFAR | 62,71% | 1 814 213 730 | 1 137 692 695 | 676 521 035 |
| TOTAL | | 44,98% | 27 840 961 785 | 12 523 504 610 | 15 317 457 175 |

Par rapport à la contribution attendue des principaux bailleurs de fonds, le GTC/CNLS a mobilisé 67,50% des fonds attendus du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 5,05% des fonds attendus de l'Etat du Cameroun, et 62,71% des fonds attendus du PEPFAR.

Il convient de noter ici que :

- le Fonds Mondial a effectué au profit des agents d'achats et intrants de médicaments (IDA et PFSCM) et pour le compte du CNLS, des décaissements directs d'un montant global de 7 121 333 998 FCFA. Le total des fonds décaissés en numéraire, sur la même période, dans le compte spécial ouvert par la Caisse Autonome d'Amortissement (CAA) s'élève à 2 585 268 146 FCFA ;

3.1.2. Principales difficultés rencontrées dans la mobilisation des fonds

L'une des difficultés rencontrées en 2016 concerne la mobilisation totale et à temps des fonds de contrepartie de l'Etat.

En effet, sur un budget de fonds de contrepartie de 9 900 000 000 FCFA au titre de l'exercice 2016, le GTC/CNLS a reçu seulement 500 000 000 FCFA du trésor public. Ce montant a été décaissé en février 2017.

Il convient de noter ici que, le gap de fonds de contrepartie 2016 non mobilisés correspond au fonds destinés à l'acquisition et la distribution, des ARV, MIO et intrants pour bilans biologiques. Les marchés d'une valeur de **9 350 000 000 FCFA**, ont été passés par la CENAME, les fournisseurs ont effectués certaines livraisons et les factures CENAME d'une valeur de **9 052 830 256 FCFA** sont en attente de paiements au GTC/CNLS.

IV- Commentaire sur l'exécution budgétaire

4.1. Contribution du Fonds Mondial au budget 2016

Le tableau ci-dessous présente l'exécution de la contribution du Fonds Mondial au budget 2016 du CNLS

| Avec Engagement | | Pour la période se terminant le 31/12/2016 | | | | | |
|-----------------|---|--|-------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|--------------|
| | | (1) | (2) | (3)=(1) + (2) | (4) | (5)=(4) - (3) | (3)/(4) |
| Code | Libellé | Réalisations | Engagement | Total du Compte | Budget | Disponible | Exec (%) |
| 01 | Human Resources (HR) | 1 319 251 046 | 3 515 000 | 1 322 766 046 | 2 381 785 524 | 1 059 019 478 | 55,54 |
| 02 | Travel related costs (TRC) | 853 580 853 | 1 759 715 | 855 340 568 | 1 774 842 834 | 919 502 266 | 48,19 |
| 03 | External Professional services (EPS) | 38 922 365 | 3 250 000 | 42 172 365 | 372 725 337 | 330 552 972 | 11,31 |
| 04 | Health Products - Pharmaceutical Products (HPPP) | 4 047 030 748 | | 4 047 030 748 | 2 869 195 882 | -1 177 834 866 | 141,05 |
| 05 | Health Products - Non-Pharmaceuticals (HPNP) | 2 918 384 345 | | 2 918 384 345 | 3 173 101 475 | 254 717 130 | 91,97 |
| 06 | Health Products - Equipment (HPE) | 0 | | 0 | 557 425 167 | 557 425 167 | 0,00 |
| 07 | Procurement and Supply-Chain Management costs (PSM) | 199 657 090 | | 199 657 090 | 2 247 972 954 | 2 048 315 864 | 8,88 |
| 08 | Infrastructure (INF) | 16 154 025 | 450 000 | 16 604 025 | 11 819 597 | -4 784 428 | 140,48 |
| 09 | Non-health equipment (NHP) | 298 104 429 | 3 500 300 | 301 604 729 | 1 505 645 584 | 1 204 040 855 | 20,03 |
| 10 | Communication Material and Publications (CMP) | 54 577 675 | 33 443 600 | 88 021 275 | 520 033 686 | 432 012 411 | 16,93 |
| 11 | Programme Administration costs (PA) | 181 434 863 | 18 738 051 | 200 172 914 | 564 302 015 | 364 129 101 | 35,47 |
| 12 | Living support to client/ target population (LSCTP) | 0 | | 0 | 147 898 000 | 147 898 000 | 0,00 |
| | Total | 9 927 097 439 | 64 656 666 | 9 991 754 105 | 16 126 748 055 | 6 134 993 950 | 61,96 |

Le taux d'exécution budgétaire du projet NFM, sous financement Fonds Mondial est de 61,96% en 2016.

4.2. Contribution de l'Etat du Cameroun au budget 2016

Le tableau ci-dessous présente l'exécution de la contribution de l'Etat du Cameroun au budget 2016 du CNLS (Fonds de Contrepartie).

| | | Avec Engagement | | | Pour la période se terminant le 31/12/2016 | | |
|------|---|-------------------|----------------------|----------------------|--|-------------|---------------|
| | | -1 | -2 | (3)=(1)+(2) | -4 | (5)=(4)-(3) | (3)/(4) |
| Code | Libellé | Réalisations | Engagement | Total du Compte | Budget | Disponible | Exec(%) |
| 1 | primes du personnel non prise en charge par le Fonds Mondial | | 75 000 000 | 75 000 000 | 75 000 000 | - | 100,00% |
| 2 | paiement partiel des arriérés de primes du personnel non prise en charge par le Fonds Mondial | | 200 000 000 | 200 000 000 | 200 000 000 | - | 100,00% |
| 3 | Impôts et taxes patronaux sur les salaires et primes | | 20 000 000 | 20 000 000 | 20 000 000 | - | 100,00% |
| 4 | Achat et distribution des ARV de 1 ^{ère} , 2 ^{ème} et 3 ^{ème} ligne | | 8 800 000 000 | 8 800 000 000 | 8 800 000 000 | - | 100,00% |
| 5 | Achat et distribution de médicaments contre les infections opportunistes | | 140 000 000 | 140 000 000 | 140 000 000 | - | 100,00% |
| 6 | Achat et distribution de intrans pour les bilans biologiques | | 343 000 000 | 343 000 000 | 343 000 000 | - | 100,00% |
| 7 | Organisation de campagnes de sensibilisation et de dépistage des jeunes lors des vacances 2016 | 70 000 000 | - | 70 000 000 | 70 000 000 | - | 100,00% |
| 8 | Organisation de campagnes de sensibilisation et de dépistage lors de la semaine de la femme rurale dans le cadre de la PTME | | 50 000 000 | 50 000 000 | 50 000 000 | - | 100,00% |
| 9 | Achat des équipements chaises et tentes pour les Unités Mobiles de Dépistage mondial de lutte contre le sida 2016 | | 45 000 000 | 45 000 000 | 45 000 000 | - | 100,00% |
| 10 | Achat de préservatifs masculin et féminin | | | - | 100 000 000 | 100 000 000 | 0,00% |
| 11 | Organisation de campagnes de sensibilisation et de dépistage lors de la semaine Camerounaise de la femme et jour né mondial de lutte contre le sida | | | - | 50 000 000 | 50 000 000 | 0,00% |
| 12 | Prélèvement des intérêts créditeurs | | | - | 7 000 000 | 7 000 000 | 0,00% |
| | Total | 70 000 000 | 9 673 000 000 | 9 743 000 000 | 9 900 000 000 | - | 98,41% |

Au cours de l'exercice 2016, toutes les activités inscrites dans le mémoire de dépenses des fonds de contrepartie ont été engagées à l'exception de « l'organisation des campagnes de sensibilisation et de dépistage lors de la semaine de la femme rurale dans le cadre de la PTME ». Cependant, l'insuffisance de trésorerie dans le compte bancaire dédié aux fonds de contrepartie ne permet pas d'honorer tous les engagements, relatifs à l'acquisition des ARV, M.I.O et réactifs de laboratoire, vis-à-vis de la CENAME.

4.3. Contribution du PEPFAR au budget 2016

Le tableau ci-dessous présente l'exécution de la contribution du PEPFAR au budget 2016 du CNLS.

| Avec Engagement | | Pour la période se terminant le 31/12/2016 | | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|--|--------------------|----------------------|----------------------|--------------------|---------------|
| | | (1) | (2) | (3)=(1) + (2) | (4) | (5)=(4) - (3) | (3)/(4) |
| Code | Libellé | Réalisations | Engagement | Total du Compte | Budget | Disponible | Exec (%) |
| 1100 | Salary | 110 268 297 | 14 073 482 | 124 341 779 | 231 518 140 | 107 176 361 | 53,71% |
| 1200 | Benefits | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2100 | Travel | 158 982 773 | 11 859 492 | 170 842 265 | 392 994 700 | 222 152 435 | 43,47% |
| 2500 | Services: Contracts & Consultants | 49 061 534 | 21 230 360 | 70 291 894 | 72 140 250 | 1 848 356 | 97,44% |
| 2600 | Supplies | 192 047 890 | 8 965 000 | 201 012 890 | 301 904 680 | 100 891 790 | 66,58% |
| 3100 | Equipment | 76 574 476 | 405 641 462 | 482 215 938 | 507 225 950 | 25 010 012 | 95,07% |
| 4100 | Other | 187 809 887 | 11 239 700 | 199 049 587 | 308 430 010 | 109 380 423 | 64,54% |
| | Total | 774 744 856 | 473 009 496 | 1 247 754 352 | 1 814 213 730 | 566 459 378 | 68,78% |

Le faible taux d'exécution budgétaire du PEPFAR s'explique par le fait que le budget pris en compte ici couvre la période allant du 01 avril 2015 au 31 mars 2017.

5.1. Projection de financements attendus en 2017 par bailleurs de fonds

Les prévisions budgétaires de l'exercice 2017, s'inscrivent dans le cadre du Plan Stratégique National (PSN) 2014-2017 de lutte contre le VIH/SIDA adopté par le Cameroun en 2014 et se chiffre à la somme de **122 420 977 066 FCFA**.

Les projections de financement de l'exercice 2017 disponibles que prévoit mobiliser le CNLS auprès de ces différents bailleurs de fonds s'élèvent à la somme de **43 649 866 558 FCFA**, soit un **gap de financement de 78 771 110 508 FCFA**.

En absence d'un financement complémentaire, les objectifs du plan stratégique ne pourront être atteints.

| N° | Bailleurs de fonds | Montant | % |
|----|--------------------|-----------------------|----------------|
| 1 | Fonds Mondial | 36 874 358 162 | 84,48% |
| 2 | Etat du Cameroun | 4 901 294 666 | 11,23% |
| 3 | UNICEF | 60 000 000 | 0,14% |
| 4 | PEPFAR | 1 814 213 730 | 4,16% |
| | Total | 43 649 866 558 | 100,00% |

5.2.Ventilation des Fonds attendus de l'Etat du Cameroun en 2017

| N° | Postes de dépense | Montants | % |
|--------------|--|--------------------------|----------------|
| 1 | Achat des ARV de 1 ^{ière} , 2 ^{ième} et 3 ^{ième} lignes | 3 571 895 416 | 72,88% |
| 2 | Achat et distribution des médicaments contre les infections opportunistes | 240 000 000 | 4,90% |
| 3 | Achat et distribution des intrants pour les bilans biologiques | 400 000 000 | 8,16% |
| 4 | Organisation des campagnes de sensibilisation et de dépistage lors des vacances en direction des jeunes | 30 000 000 | 0,61% |
| 5 | Organisation des campagnes de sensibilisation et de dépistage lors de la semaine de la femme et la journée de la femme rurale dans le cadre de la PTME | 30 000 000 | 0,61% |
| 6 | Organisation des campagnes de sensibilisation et dépistage lors du mois camerounais et la journée mondiale de lutte contre le SIDA | 80 000 000 | 1,63% |
| 7 | Appui à l'appropriation de la lutte contre le VIH/Sida par les travailleurs de sexes et leurs clients au niveau des entreprises | 50 000 000 | 1,02% |
| 8 | Production des outils de gestion des intrants | 30 000 000 | 0,61% |
| 9 | Prélèvement des intérêts créditeurs | 10 000 000 | 0,20% |
| 10 | Prime du personnel non pris en charge par le Fonds Mondial | 141 090 000 | 2,88% |
| 11 | Paieement partiel des arriérés de primes du personnel | 280 060 000 | 5,71% |
| 12 | Renforcement des capacités du personnel du GTC/CNLS en gestion de programme, gestion de projet, suivi évaluation et gestion fiduciaire (participation aux séminaires de formation, formation continue) | 30 000 000 | 0,61% |
| 13 | Remboursement des dépenses déclarées inéligibles sur financement Round 10 du Fonds Mondial en 2015 | 8 249 250 | 0,17% |
| TOTAL | | 4 901 294 666 | 100,00% |

L'acquisition et la distribution des ARV, réactifs, intrants et tests de dépistage représentent environ 72,88 % des financements attendus de l'Etat du Cameroun en 2017.

5.1.Ventilation du financement attendu du Fonds Mondial

| N° | Intervention | Montant |
|----|---|---------------|
| 1 | Behavioral change as part of programs for other vulnerable populations | 126 433 940 |
| 2 | HIV testing and counseling as part of programs for other vulnerable populations | 1 323 562 330 |
| 3 | Other interventions for other vulnerable populations - Please specify | 30 284 800 |
| 4 | Prong 1: Primary prevention of HIV infection among women of childbearing age | 1 766 928 871 |
| 5 | Prong 3: Preventing vertical HIV transmission | 1 014 289 726 |

| | | |
|--------------|---|-----------------------|
| 6 | Prong 4: Treatment, care & support to mothers living with HIV, their children & | 400 857 512 |
| 8 | Pre-ART care | 2 392 729 909 |
| 9 | Antiretroviral Therapy (ART) | 19 305 978 503 |
| 10 | Treatment monitoring | 4 649 847 890 |
| 11 | Treatment adherence | 888 912 700 |
| 12 | Prevention, diagnosis and treatment of opportunistic infections | 1 852 230 796 |
| 13 | TB/HIV collaborative interventions | 352 917 785 |
| 15 | Operationalization of procurement and supply chain management system | 77 655 500 |
| 16 | PSM infrastructure and development of tools | 86 034 769 |
| 18 | Health information systems and M&E - Routine reporting | 1 462 551 965 |
| 19 | Analysis, review and transparency | 31 029 050 |
| 20 | Surveys | 168 429 558 |
| 22 | Policy, planning, coordination and management | 943 682 560 |
| Total | | 36 874 358 162 |

5.2.3. Ressources matérielles (acquisitions)

Sur la base des principaux financements mobilisés par le CNLS, à savoir le Fonds Mondial, PEPFAR, le budget de l'Etat 2016 et les Fonds de Contrepartie 2016, quarante-et-une (41) (voir annexe) opérations d'acquisition des biens et services (soit 17 par la procédure d'Appel d'Offres, 16 par Demande de Cotation, 06 par la procédure de gré à gré et 02 par autorisation spéciale) ont été retenues dans le Plan de Passation des Marchés 2016 du CNLS au terme de la conférence de programmation des marchés publics organisée par le MINMAP.

Ces opérations portaient essentiellement sur l'acquisition des :

- Outils de gestion et de suivi des malades dans les structures de prise en charge (CTA et UPEC);

- Documents de guides sur le diagnostic et la prise en charge globale du VIH/SIDA ;
- Équipements biomédicaux (extracteurs, appareils Point of Care) à l'effet de renforcer le plateau technique des laboratoires de certains CTA et UPEC, dans le cadre de la réalisation des examens de charge virale et de la prise en charge précoce des enfants infectés ;
- Médicaments et intrants pour le dépistage et la prise en charge des malades.

Au terme de l'année 2016, la procédure de passation de l'ensemble des marchés programmés a été conduite à travers :

- La mise à la disposition de la Section Passation des Marchés (SPM) par les sections techniques des spécifications techniques, termes de référence et fiches techniques relatifs aux biens et services à acquérir ;
- L'élaboration des Dossiers d'Appel d'Offres (DAO) et des Demandes de Cotation (DC) suivant le cas ;
- L'examen et la validation par la Commission Spéciale de Passation des Marchés auprès du CNLS (CSPM/CNLS) des DAO et DC à elle soumis ;
- L'attribution de certains desdits marchés après dépouillement par la CSPM/CNLS ;
- La réception de certains biens et service commandés.

Les états récapitulatifs de la réalisation des opérations d'acquisition sont ci-dessous présentés par source de financement et suivant la procédure de passation des marchés adoptée.

➤ *Opérations sur financement Fonds Mondial*

Sur la subvention du Fonds Mondial, sur **27** opérations d'acquisition programmées, la procédure de passation de **26** marchés a été déclenchée et **22** marchés attribués au terme de l'année 2016, soit un pourcentage de 78,57%. **02** marchés relatifs à l'acquisition des extracteurs ne sont pas encore attribués en attente de la non objection du FM, les montants des offres financières étant supérieurs au budget prévisionnel. Le **3^{ème}** marché non encore attribué et dont les offres ont été ouvertes

concerne l'acquisition de 181 SMS Printer pour les FOSA. L'attribution du marché y afférent est suspendue en attente de la décision du MINMAP au sujet du recours introduit par l'un des soumissionnaires concurrents.

➤ *Opérations sur financement PEPFAR*

Dans le cadre du financement CDC/PEPFAR, neuf (09) opérations des biens et services étaient prévues. La procédure de passation de l'ensemble desdits marchés a été engagée. Sur les 09 marchés prévus, six (06) ont été entièrement exécutés et réceptionnés et les dossiers transmis pour paiement. Trois (03) sont en cours d'exécution parmi lesquelles la fourniture du matériel bureautique et mobilier de bureau au Laboratoire National de Santé Publique (LNSP).

➤ *Opérations sur budget de Fonds de Contrepartie*

Dans le cadre du budget de Fonds de Contrepartie, deux opérations ont été passées parmi lesquelles un (01) appel d'offres et une (01) Demande de Cotation. Il convient de relever que la procédure de passation de marché desdites opérations a été déclenchée au mois de novembre 2016.

Le déblocage desdits fonds cause d'énormes difficultés dans la réalisation des activités liées à ce financement.

➤ *Opérations sur budget de l'Etat*

Dans le cadre du budget de l'Etat, le CNLS n'a bénéficié d'aucune allocation sur le Budget d'Investissements Publics (BIP) 2016 pour les acquisitions. Sur le budget de fonctionnement, une dotation a été allouée au CNLS principalement pour l'acquisition des réactifs pour les bilans biologiques et l'achat des tests pour le dépistage du VIH, l'organisation des campagnes de masse (production des t-shirts, des sacs à dos pour marcheurs, chasubles, casquettes, etc.).

La commande desdits réactifs et tests a été passée à la CENAME le 18 Avril 2016, conformément à l'autorisation n°B68/d/SG/PM du 10 décembre 2009 du Premier Ministre Chef du Gouvernement. Compte tenu de nombreuses factures impayées de la CENAME sur budget de l'Etat du fait des difficultés de déblocage dudit financement, celle-ci éprouve des difficultés à obtenir des offres de fourniture des produits médicaux auprès des fournisseurs dont les factures n'ont pas été payées.

La SPM-CNLS est saisie pour la conduite du processus d'acquisition du Logiciel VINDATA et de sélection d'un opérateur de téléphonie mobile pour la flotte téléphonique du CNLS. Dans l'attente de la validation des documents de procédures et des guides nationaux pour la prise en charge globale du VIH, la procédure de recrutement d'un cabinet pour la traduction des documents est encore à engager.

Un tableau récapitulatif de l'état des acquisitions est ci-dessous dressé avec la situation des économies obtenues du fait du principe de la concurrence en matière de passation des marchés. Par exemple sur le financement FM, les écarts entre le montant alloué par activité et le coût de réalisation (engagement) se présentent comme suit :

- Economies obtenues (budget alloué – coût de réalisation) : **99 750 873 Fcfa**
- Déficit budgétaire (montant de l'offre financière supérieur au coût prévisionnel) : **48 945 018 Fcfa**
- Le solde fait ressortir une économie globale de : **50 805 855 Fcfa**

Principales contraintes et difficultés

Dans le cadre de la passation des marchés, les principales contraintes ci-après sont à relever :

- la mise à disposition tardive des spécifications techniques et Termes de référence des biens et services à acquérir, avec pour corollaire le démarrage tardif de la procédure de passation des marchés ;
- la multiplicité des étapes de passation des marchés, la charge de travail de la CSPM/CNLS ;
- L'absence des études préalables entraînant une mauvaise estimation des coûts des biens à acquérir. D'où des cas des budgets prévisionnels insuffisants par rapport au coût réel du marché avec pour résultat des appels d'offres déclarés infructueux après une longue procédure ayant entraîné la mobilisation des ressources humaines, matérielle et temporelle ;
- Le dilatoire de certains soumissionnaires à travers des recours fallacieux, sans fondement après leur élimination pour offres jugées anormalement basses, auprès de l'autorité des marchés publics (MINMAP) qui bloquent l'évolution

du traitement du dossier et prolongent les délais de passation du marché concerné ;

- Les difficultés pour pouvoir traduire en anglais les Avis d'Appel d'Offres avant leur publication ;
- La mise à disposition tardive des spécimens de certains documents à traduire ou à produire ;
- Le non déblocage à temps des fonds de contrepartie qui entrave le paiement à temps des engagements du CNLS auprès des prestataires et partenaires ;
- Le budget alloué à la CSPM-CNLS pour les primes de sessions dues aux membres statutaires, personnels d'appui et sous-commissions d'analyse des offres très insuffisant ;
- Les commandes passées (matériels informatiques du personnel) à travers le mécanisme de l'UNICEF a pris un retard considérable et des échanges pas toujours fluides dans le traitement de ce dossier ;
- La livraison tardive des véhicules commandées à travers UNOPS (unités mobiles et autres) a eu un impact négatif sur l'atteinte des objectifs ;

Recommandations

- Les spécifications techniques, Termes de référence et l'estimation des couts des biens et services à acquérir doivent être déterminés par les services utilisateurs avec un expert du domaine concerné au moment de la budgétisation ;
- Tenir une réunion d'information avec la CSPM/CNLS, le MINMAP, l'Agence de Régulation des Marchés Publics (ARMP) pour présenter les enjeux de la lutte contre le VIH et le SIDA afin de susciter leur adhésion au souci de célérité dans le traitement des dossiers de passation de marchés du CNLS ;
- Tenir une réunion d'information publique avec les fournisseurs du CNLS afin de leur présenter le plan de passation de marchés de l'année et leur soumettre le code de bonne conduite du Fonds Mondial;
- Soumettre à la section Communication du CNLS les spécimens documents à traduire ainsi que les Avis d'Appel d'Offres 3 mois à l'avance ;

- La désignation d'une personne chargée du suivi du décaissement des Fonds de contrepartie donnerait un coup de pouce certain à ce processus ;

5.3. Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs

L'atteinte des objectifs nationaux et internationaux en matière de lutte contre le VIH/SIDA auxquelles le pays adhère passe par l'implication des tous les acteurs engagés dans cette lutte. Les principaux acteurs de cette lutte sont :

- Les PVVIH ;
- Les communautés ;
- Les organisations confessionnelles ;
- Les leaders d'opinion ;
- Les médias ;
- Les administrations publiques et privées ;
- Les Organisations de la société Civile (ONG, OBC, Associations...) ;
- Les organismes bis et multilatéraux.

Les partenaires bis et multilatéraux sont d'avantage des organismes d'appui techniques et financiers pour les acteurs clés opérationnels notamment les administrations publiques, privés, parapubliques et les organisations de la société civile.

En somme, les actions et activités menées dans le cadre du renforcement de la coordination, la mobilisation des ressources et la gestion de la riposte nationale révèlent que les mécanismes de coordination et de gestion étaient bien organisés à tous les niveaux et dans tous les secteurs malgré les difficultés dans la gestion financière à l'organe de coordination central (GTC/CNLS), avec une bonne appropriation de la lutte par les acteurs.

CONCLUSION

L'année 2016 a été marquée par le passage à échelle du dépistage et de la thérapie antirétrovirale pour atteindre l'objectif 90-90-90 de l'ONUSIDA en 2020 dans un contexte de coordination bien organisé, de disponibilité des ressources et d'appropriation de la lutte par l'ensemble des acteurs. Cet ensemble d'ingrédients a permis l'obtention de résultats d'impacts de et processus majeurs dont le dépassement des cibles en matière de dépistage et de nombre de PVVIH sous traitement ARV en fin 2016. Toutefois, l'absence d'un cadre performance ne permet pas une bonne appréciation des résultats de processus et d'impacts qui témoignent des efforts fournis par l'ensemble des acteurs. en outre le manque de visibilité sur le troisième 90 de l'objectif 90-90-90 de l'ONUSIDA reste une autre grande faiblesse dans la lutte.

REFERENCES

1. République du Cameroun. Enquête Démographique de Santé (EDS IV) : Rapport. Yaoundé : Institut National de la Statistique (INS) ; 2011.
2. ONUSIDA. 90-90-90 une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du SIDA. Genève : ONUSIDA ; 2014.
3. Comité National de lutte contre le VIH ET DU SIDA. Plan Stratégique National de Lutte Contre le VIH, Le SIDA et les IST 2014-2015. Yaoundé : CNLS ; Décembre 2013
4. Comité National de Lutte Contre le VIH ET DU SIDA. Rapport annuel 2015 des activités de lutte contre le VIH ET DU SIDA et les IST au Cameroun. Yaoundé : CNLS ; Mars 2015.
5. Comité National de Lutte Contre le VIH ET DU SIDA. Rapport annuel 2014 des activités de lutte contre le VIH ET DU SIDA et les IST au Cameroun. Yaoundé : CNLS ; Mars 2016.
6. République du Cameroun. Directives Nationales de prévention et prise en charge du VIH au Cameroun. Yaoundé : Ministère de la Santé Publique ; Janvier 2015.

ANNEXES

Annexe 1: Equipe de rédaction/validation

| COORDINATION DE LA REDACTION DU RAPPORT | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| N° | Noms Prénoms | Titre/Structure |
| 1 | Dr Jean Bosco ELAT NFETAM | Secrétaire Permanent du CNLS |
| 2 | Dr BONONO | Secrétaire Permanent Adjoint du CNLS |
| COR GROUPE DE REDACTION | | |
| N° | Prénoms Noms | Titre/Structure |
| 1 | Dr Serge BILLONG | GTC/CNLS |
| 2 | Arlette MESSEH LIENOU | GTC/CNLS |
| 3 | ANOUBISSI Jean de Dieu | GTC/CNLS |
| 4 | Dr ZEH MEKA Albert | GTC/CNLS |
| 6 | Mr FODJO Raoul | GTC/CNLS |
| 7 | M. Roger ONANA | GTC/CNLS |
| 8 | M Ernest MVILONGO | GTC/CNLS |
| 9 | Mr MOUDJI Gilles | GTC/CNLS |
| GROUPE TECHNIQUE DE VALIDATION | | |
| N° | Prénoms Noms | Titres/ Structures |
| 1 | Dr BONONO Léonard | SPA/CNLS |
| 2 | Dr BILLONG Serge | SPSE/CNLS |
| 3 | Dr NGO NEMB Marinette | CSASS/CNLS |
| 4 | Dr LONI EKALI | ETP/CNLS |
| 5 | M. LEBA N. Hyacinthe | SPM/CNLS |
| 6 | M. ANOUBISSI Jean de Dieu | GTC/CNLS |
| 7 | M. KENMOE Joseph | ACU/CNLS |
| 8 | Mme TOUBIOU Née NGANOU TCHOULA | SDPJ MINJEC |
| 10 | M. FODJO TOUKAM Raoul | GTC/CNLS |
| 11 | Mme KETCHAJI Alice | DLMEP |
| 12 | M. AMANYE BOTIBA Nestor | GFBC/RSE |
| 13 | Dr TAKPA K Vincent | M&E/ONUSIDA |
| 14 | Dr IBILE ABESSOUGUIE | CHAI |
| 15 | Dr TENE Gilbert | CBCHS |
| 16 | M. NGOTOM Robert-Fils | GTC/CNLS |
| 17 | Mme MENGUE OLANE Isabelle | Chef service Action Social/ MINTOUL |
| 18 | Mme NTENTIE NJOYA Reine | AD/CNLS |
| 19 | Mme MESSEH LIENOU Arlette | GTC/CNLS |
| 20 | M. MVILONGO ANABA Ernest | GTC/CNLS |
| 21 | M. DJAOUJAOUROU | GTC/CNLS |
| 22 | Mme ESSONO ASSOMO Annick | GTC/CNLS |
| 23 | M. BELECK Armand | M&E/ICAP |
| 24 | Dr TJEK BIYAGA Paul | DSF |
| 25 | M. ONGOLO Jean Marie | DLMEP |
| 26 | M. NYAMSI Jean Séraphin | GTC/CNLS |
| 27 | Mme MVOGO Anastasie | GTC/CNLS |

| | | |
|----|----------------------------|--------------------|
| 28 | M. NDENOU Boris | GTC/CNLS |
| 29 | M. EBOGO FOU DA | GTC/CNLS |
| 30 | M. ONANA ONANA Roger | GTC/CNLS |
| 31 | M. NGOUPAYOU MAMA | GTC/CNLS |
| 32 | Mlle NGO NDENGHA Marie | Stagiaire GTC/CNLS |
| 33 | Dr BRIAN BONGWONG | Stagiaire GTC/CNLS |
| 34 | M. DELI Jean de Dieu | Stagiaire GTC/CNLS |
| 35 | Dr ZEH MEKA Albert | Stagiaire GTC/CNLS |
| 36 | Mlle AMINATOU ADO Ametissa | Stagiaire GTC/CNLS |

Annexe 2: Tableau de complétude et promptitude des rapports d'activités des acteurs de la lutte contre le VIH ET DU SIDA

| Acteurs | Délai d'envoi | | Observation |
|---|---------------------|---------------------|------------------|
| | Avant le 15/01/2015 | Après le 15/01/2015 | |
| Administrations publiques et parapubliques | | | |
| MINRESI | | ✓ | |
| MINJUSTICE | | ✓ | |
| MINHDU | | ✓ | |
| MINDCAF | | ✓ | |
| MINMIDT | | ✓ | |
| MINMAP | | ✓ | |
| MINEDUB | | ✓ | |
| DGSN | | ✓ | |
| MINJEC | | ✓ | |
| MINTSS | | ✓ | |
| MINEE | | | |
| MINAC | | | |
| MINFOP | | | |
| MINREX | | | |
| MINPROFF | | | |
| MINAS | | | |
| CAMDIAGNOSTIC | | | |
| MINTOUL | | | |
| MINESEC | | | |
| Organisations de la société civile (ONG, OBC, Associations) et entreprises privées | | | |
| CIRCB | ✓ | | |
| GFBC | | ✓ | |
| CERAS | | ✓ | |
| RENATA | | ✓ | |
| KidAids | | ✓ | |
| ASCOVIME | | ✓ | |
| DESSAF | | ✓ | |
| ARIPIA | | ✓ | |
| RECAP+ | | ✓ | |
| RACSAV | | ✓ | |
| ACT | | ✓ | |
| CHEMONICS INTERNATIONAL | | ✓ | |
| HORIZON FEMMES | | ✓ | |
| HUMANITY FIRST | | ✓ | |
| ACMS | | ✓ | |
| AFASO | | ✓ | |
| IRESO | | ✓ | |
| CCAF+ | | ✓ | |
| CHIMMISSIONS | | ✓ | |
| CARE | | ✓ | |
| Partenaires bi et multilatéraux | | | |
| OMS | | ✓ | |
| OIT | | ✓ | |
| CBCHB, CHAI, EGPAF | | ✓ | |
| CDC/PEPFAR | | ✓ | |
| ONUSIDA/PNUD/UNICEF/UNFPA/ONUFEMMES/UNESCO/PAM/CNUDHD-AC | | ✓ | Rapport conjoint |

Annexe 3: Répartition du nombre de préservatifs distribués au cours de l'année par le secteur public et certaines ONG

| Structure de distribution | Préservatifs masculins | Préservatifs féminins | Total |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------|
| ACMS | 20 229 419 | 1 529 031 | 21 758 450 |
| CAMNAFAW | 4 146 048 | 142 469 | 4 288 517 |
| CARE | 309 782 | 166 830 | 476 612 |
| GTC/CNLS | 2 771 936 | 391 274 | 3 163 210 |
| CBCHB | 216 000 | 80 000 | 296 000 |
| CENAME | 2 603 664 | 37 000 | 2 640 664 |
| Total | 30 276 849 | 2 346 604 | 32 623 453 |

Annexe 4:Données PTME (1)

| Région | Nombre de FEC reçues en 1ere CPN | Nombre de FEC ayant effectué leur 1 ^{er} test VIH au cours cette grossesse en CPN | Nombre de FEC ayant retiré leurs résultats du test de dépistage VIH | Nombre de FEC en 1ere CPN qui ont été testées VIH+ | Nombre de FEC déjà connus VIH+ au moment de leur visite de 1 ^{ere} CPN | Nombre de FEC testées négatives en CPN1 qui ont été testées à nouveau pour le VIH à la 3 ^e ou 4 ^e CPN | Nombre de FEC testées négatives en CPN1 qui ont été testées à nouveau et diagnostiquées VIH à la 3 ^e ou 4 ^e CPN | Nombre de partenaires masculins des FEC reçues qui ont été testés pour le VIH | Nombre de partenaires masculins des FEC reçues qui ont été testés VIH+ | Nombre de FEC VHI+ ayant reçu la prophylaxie au CTX |
|---------------------|----------------------------------|--|---|--|---|---|---|---|--|---|
| Adamaoua | 44195 | 38998 | 38735 | 1366 | 811 | 4436 | 78 | 2427 | 258 | 1092 |
| Centre | 114801 | 102054 | 99624 | 3647 | 2696 | 17991 | 368 | 6470 | 677 | 5538 |
| Est | 47327 | 42803 | 41742 | 1933 | 761 | 7087 | 193 | 3500 | 327 | 1832 |
| Extreme-Nord | 124111 | 76749 | 74732 | 913 | 434 | 6036 | 34 | 885 | 145 | 443 |
| Littoral | 82261 | 75693 | 75034 | 1962 | 1859 | 17015 | 137 | 3683 | 311 | 3691 |
| Nord | 85038 | 76572 | 76535 | 1088 | 440 | 11116 | 50 | 2295 | 157 | 1486 |
| Nord-Ouest | 46692 | 45156 | 45086 | 1245 | 1339 | 7453 | 96 | 4552 | 247 | 2398 |
| Ouest | 60650 | 59069 | 58863 | 943 | 1003 | 14037 | 87 | 4536 | 182 | 1798 |
| Sud | 18515 | 17842 | 17698 | 808 | 348 | 3988 | 40 | 1884 | 155 | 841 |
| Sud-Ouest | 32896 | 31996 | 31861 | 896 | 741 | 4181 | 37 | 3498 | 151 | 1227 |
| Total | 656486 | 566932 | 559910 | 14801 | 10432 | 93340 | 1120 | 33730 | 2610 | 20346 |

Annexe 5 : Données PTME (2)

| Région | Nombre de FEC VIH+ qui ont initié la trithérapie ARV en CPN | Nombre de FEC VIH+ déjà sous trithérapie au moment de leur CPN | Nombre de FEC de statut non connues testées pour le VIH en salle d'accouchement | Nombre de FEC testées VIH+ en salle d'accouchement | Nombre de FEC testées VIH+ en salle d'accouchement et ayant initié en TAR | Nombre total d'accouchements effectués dans les FOSA | Nombre d'accouchements des FEC VIH+ dans les FOSA | Nombre total d'accouchements de femmes VIH+ enregistrés (accouchements dans les FOSA et en dehors) |
|--------------|---|--|---|--|---|--|---|--|
| Adamaoua | 1071 | 706 | 2668 | 272 | 257 | 22976 | 780 | 951 |
| Centre | 2610 | 1923 | 14217 | 1537 | 1146 | 80879 | 3313 | 3631 |
| Est | 1347 | 433 | 7321 | 509 | 395 | 22411 | 1136 | 1541 |
| Extreme-Nord | 396 | 244 | 4057 | 141 | 71 | 46088 | 471 | 801 |
| Littoral | 1735 | 1358 | 14636 | 598 | 464 | 65644 | 2639 | 2810 |
| Nord | 1004 | 381 | 3443 | 169 | 133 | 28323 | 582 | 695 |
| Nord-Ouest | 1239 | 1256 | 1336 | 150 | 96 | 41637 | 2161 | 2293 |
| Ouest | 825 | 749 | 5112 | 269 | 231 | 49619 | 1187 | 1133 |
| Sud | 817 | 327 | 3705 | 292 | 285 | 13152 | 629 | 748 |
| Sud-Ouest | 811 | 626 | 1165 | 99 | 61 | 26379 | 1283 | 1384 |
| Total | 11855 | 8003 | 57660 | 4036 | 3139 | 397108 | 14181 | 15987 |

Annexe 6 : Données PTME (3)

| Région | Nombre d'enfants nés des mères VIH+ qui ont débuté la Nevirapine prophylactique en post partum | Nombre de femmes VIH+ qui ont accouché hors des FOSA et sont venues avec leurs bébés dans les 72h suivant l'accouchement | Nombre d'enfants nés de mères VIH+ qui ont débuté le CTX à 6 semaines du post partum | Nombre total d'enfants nés de mères VIH+ vus à la visite de 12 mois au cours du moi | Nombre total d'enfants nés de mères VIH+ confirmé infecté au VIH par PCR ou par sérologie qui ont été enrôlés à la prise en charge et traitement ARV |
|--------------|--|--|--|---|--|
| Adamaoua | 784 | 180 | 530 | 163 | 16 |
| Centre | 3490 | 371 | 2986 | 1107 | 170 |
| Est | 1266 | 234 | 745 | 418 | 89 |
| Extreme-Nord | 539 | 510 | 184 | 380 | 23 |
| Littoral | 2791 | 345 | 2230 | 1000 | 132 |
| Nord | 653 | 404 | 617 | 225 | 79 |
| Nord-Ouest | 2086 | 132 | 1726 | 1103 | 52 |
| Ouest | 1121 | 165 | 1006 | 617 | 10 |
| Sud | 711 | 132 | 652 | 157 | 17 |
| Sud-Ouest | 1293 | 82 | 1250 | 474 | 38 |
| Total | 14734 | 2555 | 11926 | 5644 | 626 |

Annexe 7 : Données de PECC Décembre 2016

| Région | Nombre de nouvelles PVVIH mises sous ARV venues chercher le traitement au cours en déc. 2016 | Nombre total de PVVIH venus chercher le traitement en déc. 2016 | Nombre de Malades sous ARV de première ligne venus chercher le traitement en déc. 2016 | Nombre de PVVIH chez qui la tuberculose a été investiguée et documentée en déc. 2016 | Nombre de PVVIH décédées dans le mois de déc. 2016 |
|--------------|--|---|--|--|--|
| Adamaoua | 349 | 8106 | 7946 | 7517 | 24 |
| Centre | 1576 | 51501 | 47494 | 33055 | 74 |
| Est | 483 | 9653 | 9545 | 7202 | 45 |
| Extreme-Nord | 372 | 10308 | 10066 | 8706 | 37 |
| Littoral | 1037 | 40247 | 38501 | 28809 | 60 |
| Nord | 422 | 9284 | 9103 | 7285 | 54 |
| Nord-Ouest | 496 | 30378 | 27792 | 15670 | 103 |
| Ouest | 303 | 16847 | 16462 | 13417 | 47 |
| Sud | 248 | 7735 | 7676 | 7368 | 26 |
| Sud-Ouest | 437 | 21323 | 20321 | 13594 | 78 |
| Total | 5723 | 205382 | 194906 | 142623 | 548 |

Annexe 8: Données de dépistage

| Région | Dépistage en FOSA | | Dépistage en UM | | Dépistage transfusion sanguine | | Diagnostic précoce par PCR | |
|--------------|-------------------|---------------|-----------------|-------------|--------------------------------|-------------|----------------------------|------------|
| | Testés | Positifs | Testés | Positifs | Testés | Positifs | Testés | Positifs |
| Adamaoua | 103070 | 8634 | 18282 | 532 | 5728 | 227 | 648 | 50 |
| Centre | 333212 | 23013 | 66164 | 1464 | 34157 | 1300 | 4488 | 202 |
| Est | 223383 | 13517 | 21794 | 606 | 6129 | 182 | 1133 | 107 |
| Extreme-Nord | 131382 | 4964 | 19752 | 282 | 8155 | 188 | 358 | 37 |
| Littoral | 380463 | 19664 | 26491 | 362 | 38667 | 767 | 2810 | 125 |
| Nord | 151952 | 5483 | 29152 | 466 | 4635 | 77 | 637 | 48 |
| Nord-Ouest | 285865 | 10393 | 26207 | 288 | 8325 | 139 | 2358 | 91 |
| Ouest | 176884 | 6088 | 41041 | 386 | 8999 | 118 | 1130 | 39 |
| Sud | 58492 | 5455 | 22091 | 499 | 2812 | 95 | 689 | 44 |
| Sud-Ouest | 147766 | 8737 | 13203 | 264 | 9113 | 239 | 1369 | 68 |
| Total | 1992469 | 105948 | 284177 | 5149 | 126720 | 3332 | 15620 | 811 |