REPUBLIQUE DU CAMEROUN *REPUBLIC OF CAMEROON*

CAMEROUN

MISE EN ŒUVRE DE LA DECLARATION D'ENGAGEMENT SUR LE VIH/Sida

RAPPORT DE PROGRES N°3

UNGASS

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA
NATIONAL AIDS CONTROL COMMITTEE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 2

ACRONYMES 4

AVANT PROPOS 6

I. RESUME D'ORIENTATION 7

- *Santé* 9
- *Education* 9
- *Monde du travail* 9
- *Orphelins et enfants vulnérables (OEV)* 10
- *Droits de la personne* 10
- *Recherche* 10

II. APERÇU DE L'EPIDEMIE DE SIDA AU CAMEROUN 17

II.1 ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES 17

a- Séroprévalence dans la population générale 17
b- Féminisation et juvénilisation de l'épidémie 17
c- Prévalence dans les groupes spécifiques les plus à risque 17

II.2 ASPECTS SOCIO COMPORTEMENTAUX 18

a-Aspects socio comportementaux dans la population générale 18
b-Aspects socio comportementaux chez les jeunes de 15-24 ans 18
c-Aspects socio comportementaux chez certains groupes spécifiques et vulnérables 19

II.3 IMPACT DE L'INFECTION 20

III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA 21

III.1 ENGAGEMENT POLITIQUE 21

a- Leadership 21
b- Multisectorialité de la riposte nationale 22
c- Dépenses publiques affectées à la riposte nationale 22

III.2 REALISATIONS DANS LES DOMAINES PRIORITAIRES 23

a- Santé 23
b- Education 30
c- Monde du travail 32
d- Soutien aux orphelins et enfants vulnérables 34
e- Droits et devoirs des personnes vivant avec le VIH 35
f- Surveillance épidémiologique 36
g- Recherche 37
h- Partenariat avec la société civile 38

III.3 CADRE INSTITUTIONNEL 38

a- Au niveau central 38
b- Au niveau décentralisé 38

IV. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTRICES 39

1- OBSTACLES OU CONTRAINTES ----------39
a- La crise des ressources humaines ----------39
b- L'approvisionnement et distribution des médicaments ----------39
c- La mobilisation des ressources financières ----------39
2- MESURES CORRECTRICES ----------40

V. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT 40

VI. SUIVI ET EVALUATION 40

VII. CONCLUSION 41

ANNEXES 42

METHODOLOGIE ----------42
a- L'étude documentaire ----------42
b- Interviews individuelles approfondies ----------42
REFERENCES ----------71
LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPE A L'ELABORATION DU RAPPORT UNGASS 2007 72

ACRONYMES

ACDI	Agence de Coopération et de Développement International
ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
AES	Accident d'exposition au sang
AGR	Activités génératrices de revenus
ANRS	Agence Nationale (française) de Recherche sur le SIDA
ARV	Antirétroviraux
BIT	Bureau International de Travail
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCM	Country Coordination Mechanism (Mécanisme de Coordination Pays)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CDV	Centre de dépistage volontaire
CERAC	Cercle des Amies du Cameroun
CMS	Commission Mixte de Suivi
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPLS	Comité Provincial de Lutte contre le SIDA
CPN	Consultation prénatale
CRESAR	Centre de Recherche pour la Santé des Armées
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre le Pauvreté
CSLS	Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA
CSN	Cadre Stratégique national
CTA	Centre de Traitement Agréé
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DRH	Direction des Ressources Humaines
DROS	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS III	Enquête démographique et de santé au Cameroun (3ème enquête)
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
EMP	Education en Matière de Population
EVF	Education à la Vie Familiale
GFTAM	Fonds Global de Lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose
GICAM	Groupement Inter-patronal du Cameroun
GTC/GTP	Groupe Technique Central/Provincial

GTZ	Coopération Technique allemande
IDA	International Developement Agency
IO	Infections opportunistes
IRESCO	Institut pour la Recherche, le Développement Socio-économique et la Communication
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
KFW	Kreditanstalt für Wiederaufbau(Banque allemande de développement)
LCIS	Lutte Contre les IST et le SIDA
MAP	Programme Multisectoriel de lutte contre le SIDA
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MINEFI	Ministère de l'Economie et des Finances
MSF	Médécins sans Frontières
OEV	Orphelins et Enfants vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/ SIDA
PEC	Prise en charge
PECP	Prise en charge pédiatrique
PMLS	Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
PNDP	Programme National de Développement Participatif
PSN SIDA	Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH/ SIDA
RECAP+	Réseau Camerounais des Personnes Vivant avec le VIH/Sida
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNU	Système des Nations Unies
TB	Tuberculose
UM	Unité Mobile
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour la Science et la Culture
UNFPA/FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/ SIDA
UPEC	Unité de Prise en charge

AVANT PROPOS

Le présent document est le troisième rapport sur la Déclaration d'engagement issue de la Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/Sida. Il est une synthèse de la mesure des indicateurs des actions et engagements nationaux, des connaissances et des comportements ainsi que ceux de l'impact de l'UNGASS, conçus pour évaluer les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et des stratégies de riposte au VIH au niveau national. Outil précieux pour le Cameroun au moment où le second plan stratégique 2006/2010 a été lancé en 2006, la Déclaration constitue un tableau de bord permettant d'orienter la stratégie nationale dans le cadre de la riposte nationale à la pandémie. Le présent rapport vient ainsi à point nommé donnant une idée du chemin parcouru depuis 2003, date d'élaboration du premier rapport, considéré comme base de départ pour des questions similaires.

Le présent rapport a été élaboré grâce à la large implication des différents partenaires des secteurs concernés par le Programme multisectoriel de lutte contre le Sida, et des autres partenaires au développement, dont les Agences du Système des Nations Unies, les organismes de coopération bilatérale, la société civile (ONG nationales et internationales) et le secteur privé. Des informateurs clés issus de la société civile ont aidé à la collecte des données, le processus de recueil des données ayant été complété par un apport documentaire.

Ce rapport a été préparé par une équipe restreinte composée des professionnels de la Direction de la Lutte contre la Maladie, du Comité National de Lutte contre le SIDA, de l'OMS et de l'ONUSIDA. Sa révision est l'œuvre d'un comité élargi aux représentants des ministères, des membres du Système des Nations Unies, et des acteurs de la société civile.

Le Gouvernement du Cameroun est heureux de présenter ce rapport au Secrétaire Général de l'ONU et se réjouit à l'idée de recevoir le concours de l'ONUSIDA durant les prochaines années concomitamment avec la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement à l'échelle nationale.

I. RESUME D'ORIENTATION

La Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies, qui s'est réunie en juin 2001 à New York et essentiellement consacrée au VIH/Sida, a fixé un certain nombre d'objectifs pour l'horizon 2010, par l'adoption d'une Déclaration d'engagement des Etats membres sur le VIH. Souscrivant à cette Déclaration d'engagement, à l'instar des 188 autres Etats membres, le Gouvernement du Cameroun a engagé un certain nombre d'actions, dans le cadre de la riposte nationale au VIH, sur la base d'un Plan stratégique quinquennal, élaboré en 2006, en vue de la réalisation des buts et des objectifs fixés pour 2010. Afin de mesurer les progrès réalisés vers l'atteinte de ces objectifs, des mécanismes de suivi ont été conçus et des rapports de progrès résultant desdits mécanismes présentés tous les deux ans au Secrétaire Général de l'ONU. Le présent rapport constitue le troisième de cette série, après un premier présenté en 2003.

Le rapport a été élaboré grâce à un travail de collecte des données auprès des informateurs clés identifiés suivant les thématiques spécifiques liées au VIH. Ce travail a été complété par des sources documentaires incluant aussi bien des documents de base (tels que le Plan stratégique et multisectoriel de lutte contre le SIDA), que des rapports d'études d'envergure nationale (tels que l'EDSC III, l'enquête MICS 2006, le rapport d'élaboration du cadre de dépenses à moyen terme pour la lutte contre le SIDA 2008–2010, les enquêtes de séroprévalence dans les groupes spécifiques, etc.), et quelques lois et textes de base en relation avec la santé, en général, et le sida en particulier.

Avec une **séroprévalence** à 5,5% au sein de la population des adultes âgés de 15 à 49 ans (EDS 2004)[1], l'infection à VIH constitue un véritable problème de santé publique au Cameroun. Comme partout ailleurs en Afrique sub-saharienne,les jeunes de 15-24 ans (3,2%) et les femmes (6,8%) payent le plus lourd tribut de la pandémie. Cette épidémie se caractérise par ailleurs par des disparités régionales, les provinces du Nord-Ouest (8,7%) et de l'Est (8,6%) étant les plus touchées par opposition à celles du Nord (1,7%) et de l'Extrême-Nord (2%). En outre, le milieu urbain semble plus propice à la propagation de l'épidémie que le milieu rural.

L'**impact social et économique** de cette pandémie est considérable, le nombre de personnes vivant avec le VIH étant estimée à 543 294 en 2007 parmi lesquels 44 800 enfants. Par ailleurs, un total de 46.000 décès d'adultes liés au sida a été enregistré la même année, ramenant ainsi le nombre d'orphelins du sida à près de 305 000 (contre 240 000 en 2005).

[1] Ce taux de prévalence ne diffère pas significativement des estimations et projections faites par l'OMS et ONUSIDA qui s'élève à 5.1% en 2007 (IC : 3.1% - 7.1%).

La situation de l'épidémie au Cameroun est en partie liée au faible niveau de **connaissance approfondie** de la maladie et des **comportements sexuels** à haut risque où le multi partenariat, les relations sexuelles occasionnelles, et/ou payants sont fréquents notamment chez les jeunes de 15-24 ans. En effet, selon l'enquête nationale la plus récente ciblant uniquement les femmes (MICS 2006), seulement 32% des jeunes filles de 15-24 ans déclarent connaître deux moyens de prévention et rejettent les idées locales erronées (contre 27,4% en 2004[2]). La connaissance d'un moyen de prévention est demeurée au même niveau au cours des deux dernières années (près de 70% pour l'utilisation de condoms et moins de 80% pour la fidélité).

La **connaissance du statut sérologique** est encore plus inquiétante. En effet, toujours selon la même enquête, seulement 33% des femmes en âge de procréer déclarent avoir effectué le test de dépistage et retiré les résultats (contre 10% en 2004) alors que la fréquence des rapports sexuels à haut risque reste toujours élevée surtout parmi les jeunes filles de 15-24 ans (45% en 2006 contre 44,2% en 2004). Toutefois, on note une nette amélioration dans la protection de tels rapports avec 62% de jeunes filles déclarant avoir utilisé un condom lors du dernier rapport sexuel à haut risque (contre 46,5% en 2004). Ces progrès sont en grande partie liés aux efforts du gouvernement notamment dans le cadre de la promotion du préservatif.

Cette **riposte nationale** précoce a bénéficié de l'**appui politique** de la plus haute autorité de l'Etat, le Président de la République ayant, dès 1999, érigé la lutte contre le VIH au rang des priorités nationales. Le gouvernement s'est ainsi doté, pour la période 2006-2010, d'un plan stratégique de lutte contre le SIDA, multisectoriel et décentralisé, impliquant fortement la société civile, le secteur privé et les communautés, avec pour cadre d'action, un programme multisectoriel de lutte contre le sida (PMLS), mis sur pieds en 2001. Pour refléter cet engagement, l'**allocation des ressources nationales** à la lutte à connu un accroissement important, passant de USD 2 400 000 en 2002 à USD 9 617 262 en 2007.

La **société civile** est de plus en plus impliquée dans la mise en œuvre du nouveau plan national stratégique 2006/2010. De fait, elle a apporté une contribution significative au renforcement de l'engagement politique des personnalités haut placées et à la formulation des politiques nationales. Cette participation dans la formulation, l'exécution et l'évaluation des politiques sur le VIH s'est améliorée au cours des années se traduisant par la participation fréquente d'un nombre plus élevé d'ONG et associations aux différentes réunions et surtout leur implication dans la prise de décision.

La riposte nationale est actuellement organisée autour de six axes stratégiques. Le VIH est également pris en compte comme un domaine transversal dans les stratégies sectorielles de développement, le document de stratégie de réduction

[2] Toutes les données socio-comportementales de 2004 mentionnées dans ce rapport proviennent de l'EDS III 2004

de la pauvreté, et les autres programmes de développement du pays, à l'exemple du FRPC, PNDP, UNDAF.

Les réalisations enregistrées dans cette riposte suscitent par ailleurs des espoirs dans tous les domaines du programme national (*voir Tableau sur l'évolution des indicateurs clés en page 12*) même si des efforts supplémentaires sont nécessaires pour le passage à l'échelle des interventions prioritaires:

- ***Santé***

Au niveau du programme PTME, après une phase pilote lancée en 2000, le gouvernement est entrain de mettre en œuvre son plan de passage à échelle PTME et Prise en Charge Pédiatrique basée sur l'approche district (validé en septembre 2007). Il a ainsi réussi à implanter plus de 700 sites de PTME répartis dans les 10 provinces du pays à la fin 2007. Le conseil et dépistage volontaire occupent une place clé dans ce programme avec un taux moyen d'acceptabilité autour de 70%. Au 31 octobre 2007, 180 960 femmes enceintes avaient été testées. De plus, l'impact des interventions de ce programme a été accru avec le passage en octobre 2004 de la monothérapie ARV à la bithérapie dans quelques sites. Au total, environ 10% des femmes enceintes ont déjà bénéficié des services du programme PTME en fin 2007.

La prise en charge des PVVIH s'articule autour de la prise en charge clinique, psychosociale, et des soins communautaires. Un total de 24 CTA et 85 UPEC couvrant les 10 Provinces sont actuellement fonctionnels. En novembre 2007, 45 817 PVVIH étaient sous ARV au Cameroun, la couverture étant passée de moins de 1,5% en 2003 à 53% en fin novembre 2007 dont 3.7% sont des enfants. Cette amélioration spectaculaire de la couverture est en partie liée à la gratuité du traitement antirétroviral depuis le 1er mai 2007 sur toute l'étendue du territoire. Des efforts restent à faire pour améliorer le volet pédiatrique.

- ***Education***

Plusieurs actions ont été menées avec l'appui des partenaires pour réduire la prévalence du VIH en milieu scolaire. Parmi les plus importantes, il est essentiel de citer l'introduction en 2007 dans les enseignements primaire, secondaire et normal du module relatif à l'éducation à la vie familiale, éducation en matière de population et le VIH et Sida (EVF/EMP/VIH/SIDA) ainsi que le renforcement des capacités des enseignants des trois niveaux sus-cités à l'utilisation des curricula et des guides pédagogiques y afférents. Les interventions telles les journées d'enseignement sur les IST et le VIH, le programme « participation et développement de l'adolescent » axé sur la cartographie de risque et de vulnérabilité et l'apprentissage des pratiques de vie courante se sont également poursuivies. Ce programme est désormais mis en œuvre dans 127 établissements scolaires et 32 sites extrascolaires, répartis dans 32 communes.

- ***Monde du travail***

Dans le monde du travail pris dans sa globalité on enregistre encore des avancées notables dans l'engagement des partenaires sociaux : Sous l'égide du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, une déclaration nationale tripartite

de lutte contre le sida, intégrant les principes fondamentaux de lutte contre le VIH en milieu de travail, a été récemment validée par toutes les parties prenantes. La signature de cette déclaration par le Ministre du Travail et les représentants du « Groupement Inter patronal » du Cameroun et des organisations syndicales des travailleurs est imminente. Si une majorité des grandes entreprises met en œuvre un programme de lutte contre le VIH, l'implication des PME et PMI demeure un défi. La mise en place de la coalition des entreprises contre le sida est une des réponses à cette préoccupation. De même le renforcement des capacités des inspecteurs de travail responsables provinciaux est un atout pour le suivi de la prise en compte du VIH dans la visite d'entreprise.

- ***Orphelins et enfants vulnérables (OEV)***

La prise en charge des orphelins et des enfants rendus vulnérables fait partie des préoccupations majeures du Gouvernement. Le Programme National de Soutien aux OEV mis en place dans ce cadre est financé par le Fond Mondial et reçoit l'appui technique du Ministère des Affaires Sociales. Le programme a soutenu près de 30 000 OEV en 2007 tandis que Care et UNICEF ont appuyé près de 12 000 OEV. Dans le cadre du programme financé par UNICEF, des expériences pilotes d'assistance judiciaire, d'appui psychosocial, de renforcement des capacités économiques des familles des OEV sont en cours, et la prise en compte des OEV dans les dispositifs règlementaires et les instruments juridiques nationaux de protection de l'enfant est de plus en plus effective.

- ***Droits de la personne***

Bien que le législateur n'ait pas encore considéré spécifiquement la question du VIH en général et les droits et devoirs des PVVIH, en particulier, on peut noter l'existence de quelques lois et règlements permettant de légiférer aisément sur le sujet, en matière notamment, d'emploi, d'accès des PVVIH aux médicaments et aux soins, ainsi que de protection de la dignité humaine dans le cadre de la recherche sur le VIH sur des êtres humains. Le Gouvernement a également consenti des efforts dans l'élaboration des dispositions légales spécifiques au VIH.

- ***Recherche***

La promotion de la recherche est matérialisée par un certain nombre d'actions entreprises par le gouvernement au cours des dernières années : Il s'agit notamment de : (1) la mise en place dès 2003, d'un cadre institutionnel, à travers la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS) du Ministère de la Santé Publique; (2) la création récente du Centre International de Référence Chantal Biya (CIRCB) pour la Recherche sur la Prévention, la Prise en Charge et la surveillance des résistances du VIH et du sida ainsi que du Site ANRS Cameroun; (3) l'existence d'un comité d'éthique dont la mission est d'évaluer la recherche pour assurer la protection des êtres humains qui s'y prêtent; (4) les travaux de recherche sur des thèmes variés (origines du virus, sa diversité génétique, le diagnostic précoce, l'adhérence et l'observance thérapeutiques, les effets secondaires, les résistances des souches aux antirétroviraux, le vaccin, etc.); (5) la recherche socio-anthropologique portant

sur les comportements en matière de VIH; les problématiques portant sur la stigmatisation liée à l'infection et/ou à la maladie, la décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral vers les Unités de Prise En Charge, et l'impact des messages de prévention du VIH sur la population cible.
Il faut signaler l'existence d'autres structures de recherche : (i) le CRESAR qui est un laboratoire spécialisé pour la réalisation du diagnostic sérologique et moléculaire, (ii) le CDC qui est un centre de recherche sur la prévention du VIH et (iii) JOHN HOPKINS Foundation qui est un centre de recherche sur les infections émergentes.

Au vu du niveau de réalisation des indicateurs clés, le gouvernement a identifié un certain nombre de **défis** à relever à court et à moyen termes pour atteindre les objectifs UNGASS et tendre vers l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien, d'ici 2010. Le gouvernement entend ainsi :

- Passer à l'échelle pour les programmes relatifs à la prévention et à la prise en charge ;
- Développer une stratégie nationale de communication pour le changement de comportement cohérente et adaptée au contexte national ;
- Accélérer l'intégration du VIH dans les différents secteurs dans le cadre de la multi-sectorialité ;
- Mettre en œuvre le plan d'action 2008-2010 du guide national de suivi et évaluation validé lors de la dernière réunion du CNLS de novembre 2007, l'objectif principal étant l'amélioration du système national d'information des différents secteurs, en particulier celui de la santé.

Pour atteindre ces objectifs, le gouvernement entend poursuivre et renforcer le dialogue avec tous les partenaires – dans le cadre des Trois Principes – à travers le renforcement du cadre institutionnel de la lutte contre le sida et les différents mécanismes existants (Forum de Partenariat National, Comité National de Lutte contre le SIDA, Groupe de Coordination des Partenaires à volet Opérationnel, Country Coordination Mechanism du FM) incluant les personnes vivant avec le VIH, le secteur privé, les agences bilatérales et le système des Nations Unies.

EVOLUTION DES INDICATEURS CLES NATIONAUX DU PLAN NATIONAL STRATEGIQUE SIDA

Indicateurs clés	2004	2005	2006	2007	Sources de données et/ou observations
DEPENSES					
Dépenses intérieures pour la lutte contre le SIDA (en $US)	1 334 544	4 411 183	6 002 497	9 617 262	Rapport de l'élaboration du Cadre de Dépenses à Moyen Terme pour la lutte contre le SIDA au Cameroun 2008 - 2010
Dépenses internationales pour la lutte contre le SIDA (en $US)	22 949 539	38 762 442	27 935 338	28 208 699	
Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le SIDA (en $US)	24 284 083	43 173 625	33 937 835	37 825 961	
PROGRAMMES NATIONAUX					
Nombre de condoms distribués		21.637.070	24.119.020	26.173.205	Association Camerounaise pour le Marketing Social, principale agence de distribution de condoms
Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 - 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat					- Chiffres pour 2004 : EDS III - Chiffres pour 2006 : MICS
Hommes	13,9%		ND		
Femmes	9,7%		33%		
Pourcentage de *Professionnelles du sexe* ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	32,4%				Enquête séro-épidémiologique et comportementale dans les groupes spécifiques réalisée en 2004
Pourcentage de *Militaires* ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat		63,0%			Enquête séro-épidémiologique et comportementale dans les Forces de Défense réalisée en 2005
20-24 ans		72,1%			
25 ans et +		62,1%			
Pourcentage de *Professionnelles du sexe* que les programmes de prévention parviennent à atteindre	78,0%				Enquête séro-épidémiologique et comportementale dans les groupes spécifiques réalisée en 2004
Pourcentage de *Militaires* que les programmes de prévention parviennent à atteindre		59,3%			Enquête de séro prévalence du VIH et de l'étude comportementale dans les Forces de Défense, Cameroun, 2005

Indicateurs clés	2004	2005	2006	2007	Sources de données et/ou observations
Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire		< 1%	3.3%		Données de programme obtenues des Ministères de l'Education de base et secondaire/UNESCO 2005 : 17 établissements sur un total de 12201 2007 : 399 sur 12201
Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant		4,2%	8,1%	10,0%	Les données par année sont recueillies dans les sites PTME du pays. Elles sont agrégées mensuellement, trimestriellement et annuellement
Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux		19,8%	33,4%	53,0%	Données de programme obtenues à travers les registres des malades sous traitement ARV en 2005, 2006 et 2007
Hommes		20,2%	32,7%	51,2%	
Femmes		20,2%	33,8%	54,0%	
<15 ans		6,5%	10,2%	17,0%	
15 ans et +		22,0%	36,5%	57,7%	
Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie anti rétrovirale				96,2%	Données de programme obtenues à travers les registres des malades sous traitement ARV en 2007
Hommes				96,1%	
Femmes				96,2%	
<15 ans				97,1%	
15 ans et +				96,1%	
Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 - 17 ans) vivant dans les foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge		10,7%	8,6%	15%	Données de programme obtenues dans le cadre de la prise en charge des OEV en 2005, 2006 et 2007
Ration de scolarisation actuelle entre orphelins et non orphelins âgés de 10 à 14 ans	0,98		0,87		Chiffre 2004 : EDSIII Chiffre 2006 : MICS

Indicateurs clés	2004	2005	2006	2007	Sources de données et/ou observations
Pourcentage des cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement anti tuberculeux et un traitement contre le VIH			33,8%	ND	Données issues du programme Tuberculose en 2006. Les rapports de 2007 sont toujours attendus
CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS					
Pourcentage des jeunes âgés de 15 - 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	G : 34,5% F : 27,4%		F : 32,0%		EDS III 2004 MICS 2006
15 – 19 ans	G : 33,8% F : 26,5%		F : 32,0%		
20 – 24 ans	G : 35,3% F : 28,4%		F : 32,1%		
Connaissance d'un moyen de prévention • Utilisation des condoms	G : 82% F : 69%		F : 66,4%		
Connaissance d'un moyen de prévention • Fidélité	G : 88% F : 81%		F : 76,7%		
Pourcentage de jeunes femmes et d'hommes de 15 à 24 ans ayant eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans	G : 23% F : 34,5%		F : 14,2%		EDS III 2004 MICS III 2006
15 – 19 ans	G : 23,1% F : 31,9%		F : 13,4%		
20 – 24 ans	G : 22,9% F : 37,7%		F : 15,1%		
Pourcentage de jeunes de 15 - 24 ans ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire autre que le mari ou concubin	G : 90,5% F : 44,2%		F : 44,9%		
15 – 19 ans	G : 96,6% F : 55,7%		F : 55,2%		
20 – 24 ans	G : 86,8%		F : 38,9%		

Indicateurs clés	2004	2005	2006	2007	Sources de données et/ou observations
	F : 36,2%				
Pourcentage de jeunes de 15 – 24 ans qui déclarent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec un partenaire autre que le mari ou concubin	G : 57,4% F : 46,5%		F : 61,8%		EDS III 2004 MICS 2006
15 - 19 ans	G : 55,8% F : 47,4%		F : 61,5%		
20 - 24 ans	G : 58,4% F : 45,4%		F : 62%		
Pourcentage de *professionnelles du sexe* possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	81,0%				Enquête séro-épidémiologique et comportementale dans les groupes spécifiques, 2004
Pourcentage de *professionnelles du sexe* déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	71,0%				Enquête séro-épidémiologique et comportementale dans les groupes spécifiques réalisée en 2004
IMPACT					
Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 infectés par le VIH	3,2%				EDS III 2004
Hommes	1,4%				
Femmes	4,8%				
15 - 19 ans	1,4%				
20 - 24 ans	5,5%				
Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque : *Professionnelles du sexe*	26,4%				Enquête séroépidémiologique et comportementale dans les groupes spécifiques réalisée en 2004
Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque : *Militaires*		11,2%			Enquête de séro prévalence du VIH et de l'étude comportementale dans les Forces de Défense, Cameroun 2005
Hommes		11,5%			

Indicateurs clés	2004	2005	2006	2007	Sources de données et/ou observations
Femmes		3,6%			
< 25 ans		3,6%			
25 ans et +		11,2%			
Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH			19,5%	19,1%	Données de programme obtenues à travers les registres de suivi des femmes enceintes dans les sites PTME en 2006 et 2007

II. APERÇU DE L'EPIDEMIE DE SIDA AU CAMEROUN

Selon les données de l'EDSIII, le Cameroun est toujours en fin 2004 en contexte d'épidémie généralisée touchant ainsi la population générale. Les jeunes, les femmes et certains groupes spécifiques ayant des comportements à haut risque sont considérés comme des groupes très vulnérables.

II.1 Aspects épidémiologiques

a- Séroprévalence dans la population générale

La séroprévalence, estimée à travers un système de surveillance sentinelle auprès des femmes en consultation prénatale est passée de 0,5% en 1987 à 10,8% en 2000 (Ministère de la santé publique, 2000 et 2001). L'ONUSIDA, par le biais des résultats des enquêtes sentinelles estimait la séroprévalence à 7% en 2001 et à 6,9% en 2003 (UNAIDS/WHO, 2004). En 2004, La troisième enquête démographique et de santé établit à 5,5% la prévalence au sein de la population dite générale (15-49 ans) et à 3,2% chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (EDSIII, 2004). Il faut remarquer que cette valeur moyenne de 5,5% cache des disparités provinciales. En effet, elle varie de 1.7% dans la Province du Nord à 8,7% au Nord-Ouest. Il est toutefois difficile de tirer des conclusions quant à l'évolution de l'épidémie au cours des dernières années compte tenu des différences dans la méthodologie utilisée par les enquêtes sentinelles et EDS.

Les estimations faites sur la même base par l'ONUSIDA/OMS en 2007 révèlent que la prévalence dans la population des 15– 49 ans se situe autour de 5,1 % avec 543 294 personnes infectées.

b- Féminisation et juvénilisation de l'épidémie

Les jeunes et les femmes représentent la face cachée de l'épidémie. En effet, selon les données de l'EDSIII 2004, le taux de prévalence augmente régulièrement selon l'âge, partant d'un minimum de 1,4% chez les 15-19 ans pour culminer à 9% dans la tranche d'âge des 30-34 ans, avant de décroître ensuite régulièrement jusqu'à la tranche 45-49 ans (4,7%). De plus, les femmes sont les plus touchées avec un ratio de 170 femmes infectées pour 100 hommes soit 6,8% et 4,1%. Par ailleurs, les variations de la prévalence selon l'âge diffèrent entre les hommes et les femmes, où les personnes les plus à risque d'infection sont âgées de 35 à 39 ans chez les hommes (9%), alors qu'elles sont nettement plus jeunes (25-29 ans) chez les femmes (10,3%).

c- Prévalence dans les groupes spécifiques les plus à risque

A côté de ces chiffres au sein de la population générale, il faut relever que certains groupes sont particulièrement touchés. Il s'agit des transporteurs routiers (16,3%), des populations riveraines du tracé du pipe-line Tchad-Cameroun (19,8%), des professionnelles du sexe (26,4%) (CNLS/MINSANTE, 2004). D'autre part, selon les statistiques du secteur de la Défense, la prévalence au sein de l'armée a régulièrement augmenté au fil des ans, passant de 3,1% en 1990 à 6,0% en 1993 et 14,8% en 1996. L'enquête séro épidémiologique et comportementale menée dans l'armée en 2005 établit ce taux à 11,2%.

II.2 Aspects socio comportementaux

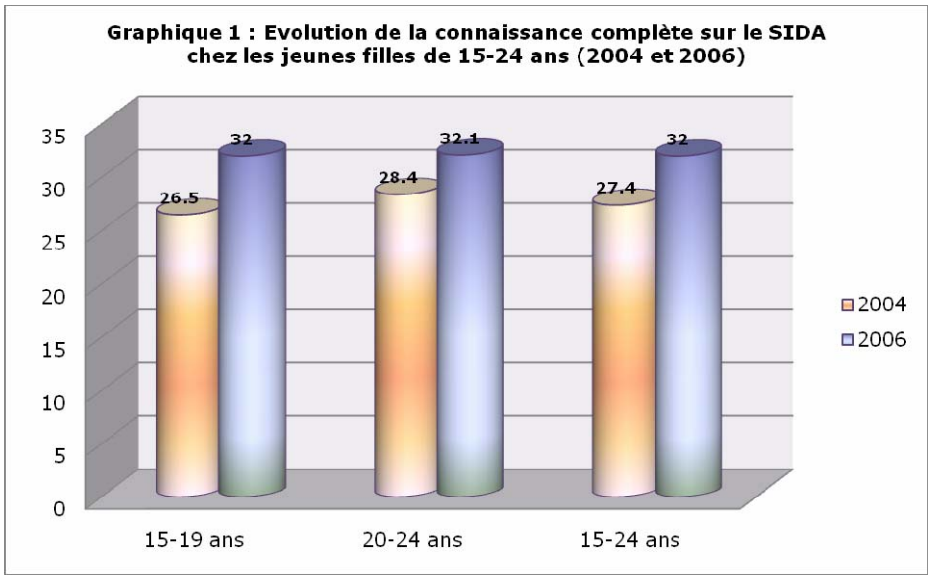
Les données sur les aspects socio comportementaux montrent que d'importants efforts restent à faire dans le changement de comportement. La différence reste nette entre le niveau de connaissance en matière de VIH et l'application effective des mesures de prévention notamment chez les jeunes de 15-24 ans. Il est par conséquent essentiel d'intensifier et d'étendre les programmes de communication pour le changement de comportement en adaptant les messages aux contextes locaux.

a-Aspects socio comportementaux dans la population générale

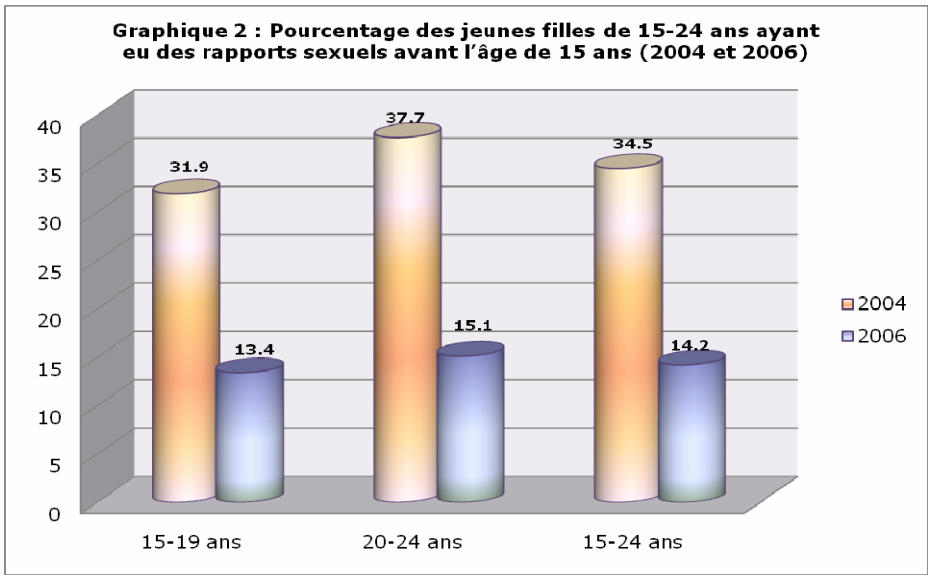
Selon les données les plus récentes de l'enquête MICS 2006 qui ne cible que les femmes de 15-49 ans, le niveau de connaissances complètes[3] (29% contre 22,5% en 2004[4]) ainsi que celui d'un seul moyen de prévention (66% contre 68,7% pour l'utilisation du condom et 77% contre 81,4% pour la fidélité en 2004) n'a pas beaucoup changé au cours des deux dernières années. Par ailleurs, seulement 33% déclarent avoir effectué le test de dépistage et obtenu les résultats du test (contre à peine 10% en 2004).

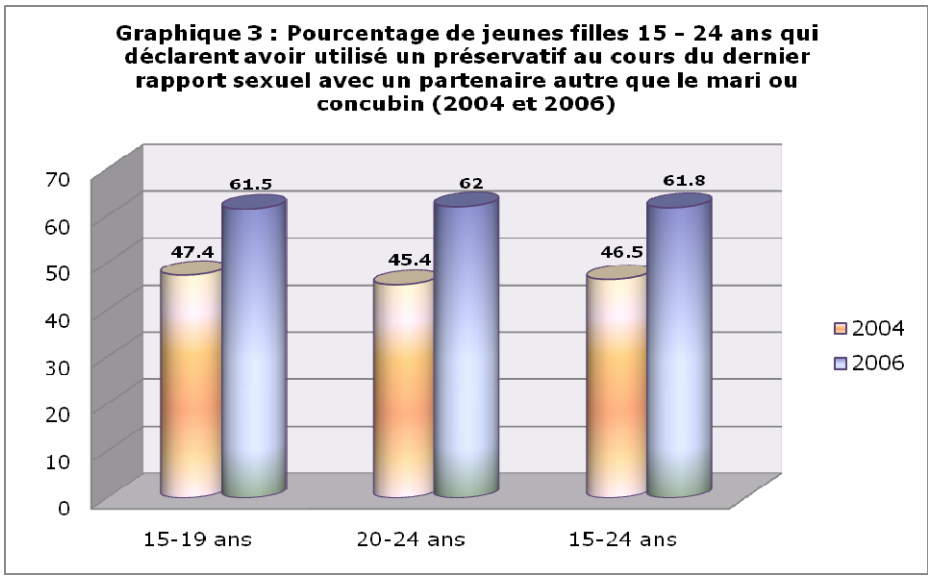
b-Aspects socio comportementaux chez les jeunes de 15-24 ans

Même si le niveau de connaissances complètes chez les jeunes de 15-24 ans n'a pas changé de manière significative au cours des deux dernières années (Graphique 1), on observe une nette amélioration dans certains comportements sexuels notamment l'entrée dans la vie sexuelle (Graphique 2) et l'usage du condom lors du dernier rapport sexuel à haut risque (Graphique 3). Ceci est en partie lié aux efforts de prévention notamment dans le cadre de la promotion du préservatif masculin.



[3] Connaissance de deux méthodes de prévention de la transmission du VIH et le rejet de trois idées erronées sur le VIH
[4] Toutes les données socio-comportementales de 2004 mentionnées dans ce rapport proviennent de l'EDS III 2004





c-Aspects socio comportementaux chez certains groupes spécifiques et vulnérables

Chez certains groupes spécifiques et vulnérables (voir Tableau 1 en page 20), on observe comme dans la population générale que la grande majorité a entendu parler du VIH et du SIDA. Toutefois il existe un contraste avec la dynamique du test (20–79%) et l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel occasionnel (22–71%). L'âge au premier rapport sexuel varie entre 16 et 18 ans, traduisant ainsi l'extrême exposition de ces groupes à des IST, VIH et au SIDA. Une cartographie du commerce du sexe est en cours, nous permettant d'obtenir des données plus récentes sur cette population à haut risque.

Tableau 1: Niveau de connaissances et comportements sexuels des groupes à risque

Sous groupes	% ayant déjà entendu parler du VIH et du SIDA	% ayant déjà effectué le test du VIH et ayant retiré les résultats	% ayant utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel occasionnel	Age moyen au premier rapport sexuel
Professionnels du sexe*	100,0%	32,4%	71,0%	16
Militaires**	99,7%	63,0%	22,1%	ND
Transporteurs routiers*	100,0%	29,8%	39,0%	18
Population riveraine du pipeline Tchad – Cameroun *	99,0%	20,8%	26,0%	17
Etudiants*	100,0%	37,4%	69,0%	18
Personnel de santé	100,0%	78,9%	34,0%	18

Source: CNLS/MINSANTE 2004, Rapport enquête de séroprévalence dans les forces de la Défense, 2005
* données 2004
** données 2005

II.3 Impact de l'infection

L'impact humain, social et économique de cette pandémie est préoccupant. Partant des estimations de l'ONUSIDA/OMS, le nombre d'adultes infectés au VIH s'établirait à 543 294 en 2007 pour 44 813 enfants infectés. De même, de près de 850 000 femmes enceintes attendues en 2007, on estime à 67 000 celles qui sont infectées au VIH et à 11 000 les naissances d'enfants séropositifs, correspondant à un taux moyen de transmission mère-enfant de 19%. Le nombre de décès cumulés liés au VIH/Sida en 2007 s'élèverait à 43 632. Au plan social, on assiste à un accroissement important du nombre d'orphelins liés au SIDA. Estimé entre 2004 et 2006 à 240 000 (ONUSIDA et OMS 2006), ce nombre se situerait à près de 305 000 en 2007, nécessitant ainsi une réponse adéquate des pouvoirs publics pour leur prise en charge.

Tableau 2: Impact socio-économique du sida

Année	Nombre de nouvelles infections enfants	Nombre d'enfants infectés	Nombre de personnes infectées	Nombre de femmes enceintes séropositives
2005	11 000	35 000	505 000	60 000
2006	11 000	43 000	510 000	65 000
2007	11 000	44 813	543 294	67 000

Source: *ONUSIDA/WHO CNLS*

Par ailleurs, les infections opportunistes, notamment la tuberculose (39 à 50% de co-infection VIH/TB) sont en nette recrudescence. Du fait du VIH, on note un taux d'occupation des lits d'hospitalisation dans les formations sanitaires de 30% en moyenne, par les malades du Sida, ce qui entraîne une surcharge de travail des personnels de santé et des besoins de plus en plus accrus en personnels de santé qualifiés pour une riposte efficace à l'évolution de la pandémie.

L'impact de cette pandémie s'étend à d'autres secteurs de la société, notamment l'éducation et le monde du travail où quelques données sont disponibles. Dans le secteur éducatif par exemple où la séroprévalence dans le corps enseignant varierait de 5% à 28% selon les régions (UNESCO/UNAIDS, 2005), on observe une baisse quantitative et qualitative de l'offre d'éducation, du fait de la séropositivité des enseignants qui, dans 95% des cas, ont des problèmes de ponctualité et d'assiduité, ainsi que des difficultés à préparer aisément leurs cours (UNESCO/UNAIDS, 2005). En milieu de travail, l'infection au VIH affecte 6% de la main d'œuvre (GICAM, 2006), ce qui entraîne d'importantes pertes de productivité et de profit.

III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA

L'arrimage du Cameroun aux objectifs fixés lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2001 montre la détermination et la volonté avec laquelle le pays entend œuvrer pour l'arrêt de la propagation du VIH. Cet objectif est d'autant plus préoccupant que la stratégie nationale de réduction de la pauvreté du Cameroun le présente comme central pour la lutte contre la pauvreté.

III.1 Engagement politique

L'engagement politique pour la riposte nationale à la pandémie du VIH au Cameroun, plus marqué à partir de la fin de l'année 1999, est caractérisé par un leadership remarquable des pouvoirs publics dans la lutte contre le Sida.

a- Leadership

La participation personnelle du Chef de l'Etat à différents sommets et la ratification des conventions internationales relatifs aux objectifs suivants : Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la Protection des Enfants, sommet des Chefs d'Etat Africains à Abuja, Déclaration d'engagement pour la lutte contre le VIH/Sida (UNGASS) marque sa volonté personnelle de lutter contre ce fléau.

Plus récemment encore, dans son discours du 27 septembre 2007 lors de la 62ème Assemblée Générale des Nations Unies à New York, le Chef de l'Etat camerounais précisait : «*Il me semble en effet capital que tous les efforts nécessaires soient déployés pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement… Il est primordial que les engagements pris soient tenus dans toute la mesure du possible* ». Ces mots forts témoignent une fois de plus la détermination personnelle du Chef de l'Etat à atteindre les OMD parmi lesquels figure en bonne place l'arrêt de la propagation de l'épidémie du VIH.

Dans les faits, cela se traduit par :

- L'engagement personnel de la Première Dame à travers l'ONG « Synergies Africaines de lutte contre le VIH/Sida et les Souffrances », le Cercle des Amis du Cameroun (CERAC) et la fondation Chantal Biya qui est le premier centre de prise en charge pédiatrique;
- La mise sur pied du Plan stratégique 2000/2005 et du Programme Multisectoriel de Lutte, financé par la Banque Mondiale mettant l'accent sur la décentralisation

de la riposte ainsi que le lancement et la mise en œuvre du 2ème Plan Stratégique de lutte contre le SIDA 2006 – 2010 ;

- L'admission au Fonds Mondial à travers les rounds 3, 4 et 5 avec en prime la gratuité des ARV ;
- L'implication et la participation totales de tous les secteurs concernés, de la société civile et des communautés, aussi bien à la phase de planification qu'à la session de validation ;
- L'intégration de la lutte contre le SIDA dans les divers documents relatifs au développement : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), la Facilité pour la Réduction de la pauvreté et la croissance (FRPC), le Programme National de Développement Participatif (PNDP) et le cadre d'aide au développement des Nations Unies (UNDAF).

b- Multisectorialité de la riposte nationale

Grâce au leadership des pouvoirs publics, la riposte nationale au VIH au Cameroun est organisée autour d'un cadre national d'intervention multisectoriel, coordonné dans une approche décentralisée. Elle est définie par un plan stratégique national quinquennal, dont le deuxième a été lancé le 1er mars 2006.

Ce plan qui se voulait multisectoriel et décentralisé a été renforcé par un programme multisectoriel de lutte contre le SIDA, élaboré et mis sur pied par le gouvernement en 2001 et visant à impliquer tous les secteurs et acteurs de la vie nationale dans la lutte contre cette maladie en vue d'un ciblage complet et adéquat des interventions. La réponse nationale a ainsi été élargie à différents secteurs de la vie nationale et ouverte à différents partenaires nationaux et internationaux.

En vue de rendre effective cette approche multisectorielle, différentes formes de partenariats ont été élaborées, à l'instar du partenariat public/privé dans la lutte contre le VIH. L'objectif est de définir un cadre de travail formel pour l'implication des secteurs autres que la santé dans la lutte.

La forte implication de tous les acteurs a été confirmée par les informateurs clés dans le cadre de l'enquête qualitative sur l'indice de politique nationale. En effet, il ressort de cette étude que la participation active de la société civile à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans stratégiques ainsi qu'à l'évaluation du premier plan a été remarquable. S'agissant des ministères, dix-huit disposent actuellement de plans sectoriels et de points focaux spécialisés dans les questions de VIH. Les coopérations bilatérales, les organisations et associations non gouvernementales internationales, le Système des Nations Unies et le Fonds Mondial ont également été impliqués.

c- Dépenses publiques affectées à la riposte nationale

Les dépenses provenant de l'Etat et injectées dans la lutte contre le SIDA n'ont cessé d'augmenter au fil des ans même si des efforts supplémentaires sont requis compte tenu du pourcentage des dépenses publiques par rapport à l'apport financier externe. Le cadre de dépenses à moyen terme de la lutte contre le SIDA 2008 – 2010 élaboré par le CNLS, en collaboration avec l'ONUSIDA montre que ces dépenses sont passées en USD de 1 334 544 en 2004 à 9 617 262 en 2007. A partir de 2005, grâce au soutien constant des bailleurs de fonds et avec l'appui financier du Fonds Mondial, les dépenses

internationales ont connu une évolution importante, passant entre 2004 et 2007 de $US 22 949 539 à $US 28 208 699, atteignant les $US 38 762 442 en 2005. Au total, entre 2004 et 2007, $US 139 221 504 ont été injectés dans la lutte contre le sida.

Tableau 3: Evolution des dépenses pour la lutte contre le sida (2004-2007)

	2004	2005	2006	2007
Dépenses intérieures (en $US)	1 334 544	4 411 183	6 002 497	9 617 262
Dépenses internationales (en $US)	22 949 539	38 762 442	27 935 338	28 208 699
Dépenses intérieures et internationales (en $US)	24 284 083	43 173 625	33 937 835	37 825 961

Source : Rapport CDMT SIDA Cameroun 2008-2010, 2007

III.2 Réalisations dans les domaines prioritaires

La présentation des réalisations dans les différents domaines classés prioritaires dans le cadre de la riposte multisectorielle permet de se faire une idée du chemin parcouru dans la lutte contre le VIH au Cameroun. Ces domaines prioritaires sont les suivants :

- La Santé ;
- L'Education (y compris la communication pour le changement de comportement);
- Les Entreprises ;
- Les Orphelins et enfants vulnérables ;
- La Protection et la promotion des droits et devoirs des PVVIH ;
- La Promotion de la recherche et
- Le Partenariat avec la société civile.

a- Santé

La mise en œuvre du plan stratégique du secteur santé est assurée par la Direction de Lutte contre la Maladie, avec l'appui de la « Section Appui à la Réponse Santé du GTC/CNLS ». La lutte contre le Sida dans ce secteur vise essentiellement à:

- réduire la morbidité et la mortalité liée au VIH à travers la prévention des nouvelles infections (par le Conseil et dépistage du VIH, la prévention et traitement des IST, la prise en charge des accidents d'exposition au sang, la PTME, la sécurité transfusionnelle, etc.) ; et
- assurer la prise en charge médicale, nutritionnelle et psychosociale des personnes infectées (par la prévention des I.O, le traitement des PVVIH au stade sida, etc.).

En vue d'atteindre ces objectifs spécifiques, deux grands domaines stratégiques orientent la mise en œuvre des activités de la réponse santé. Il s'agit des domaines techniques et des stratégies d'appui à partir desquels plusieurs axes stratégiques sont définis.

Les axes stratégiques du domaine technique :

- La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle ;
- La prévention de la transmission du VIH par voie sanguine ;
- La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- La lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ;
- La prise en charge globale des cas de SIDA y compris par les ARV et les médicaments des infections opportunistes.

La mise en œuvre des stratégies développées dans les domaines stratégiques techniques sus-cités doit s'accompagner des interventions relevant des ***axes stratégiques d'appui*** suivants:

- La formation ;
- L'accessibilité aux médicaments, aux consommables médicaux, aux réactifs et consommables de laboratoire ;
- La mobilisation des ressources et le financement des interventions ;
- Le renforcement des activités des laboratoires ;
- Le suivi et l'évaluation des interventions ;
- La surveillance épidémiologique et comportementale et la recherche;
- Le renforcement du leadership du secteur santé en matière de lutte contre le VIH;
- Le renforcement des capacités institutionnelles.

Actions réalisées par domaine d'intervention

- **Prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle : Conseil et dépistage volontaire**

En 2004, seulement 5.4 % d'hommes et de femmes ont déclaré avoir été testés au VIH et connaissent leur résultat (EDS 2004). L'enquête MICS réalisée en 2006 montre une légère amélioration chez les femmes (33% contre 10% en 2004). Pour remédier à cette situation, le gouvernement entend d'ici à 2010 (i) augmenter à 75% la proportion d'hommes et de femmes ayant effectué un test de dépistage du VIH et retiré les résultats et (ii) améliorer l'offre de service du dépistage volontaire dans les groupes vulnérables au VIH.

Cette volonté s'est matérialisée à travers la dotation de chacune des dix provinces d'une unité mobile pour le conseil et le dépistage volontaire. Ce service de proximité permet à ce jour de couvrir 2 000 à 2 500 personnes par mois et par province. Les problèmes budgétaires limitent néanmoins le fonctionnement régulier de ces unités mobiles.

Au cours des années précédentes, le niveau d'activité de dépistage dans les formations sanitaires a été faible. En 2006 par exemple, seulement 28% de l'objectif en terme de personnes à dépister a été atteint soit 74 449 personnes correspondant en moyenne à 29 dépistages par formation sanitaire et par an. Les carences structurelles liées à l'insuffisance des intrants, à l'insuffisance du personnel et au coût élevé du test ont été les principaux facteurs démotivants dans un environnement où de plus en plus de personnes veulent connaître leur statut sérologique. La baisse récente du coût du test de dépistage à ($US1 dans les formations sanitaires et $US 0 dans les unités mobiles

de dépistage) constitue un point fort dans la stratégie de vulgarisation du dépistage. Elle s'est accompagné de la mise en œuvre de nouvelles approches visant à rapprocher les services des populations notamment les « équipes mobiles » et les « campagnes de dépistage en stratégies avancées» dans les districts. Les résultats obtenus sont prometteurs et l'extension de ces nouvelles approches est une priorité des années à venir.

Jusqu'en octobre 2007, 414 415 personnes (y compris les femmes enceintes) ont été dépistées et ont retiré leurs résultats. Parmi ces personnes, 96% avaient entre 15 et 49 ans (399 750), soit un taux de dépistage de 4,8% de la population totale de cette tranche d'âge.

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans ayant été testé au VIH dans les 12 derniers mois et qui connaissent le résultat : **4,8 %**
Source : GTC/CNLS, 2007

- **Sécurité transfusionnelle**

La sécurité transfusionnelle quant à elle, a fait l'objet de réformes institutionnelles notamment l'adoption en décembre 2003 d'une loi sur la transfusion sanguine et la publication d'une décision du Gouvernement rendant gratuite la prise en charge des accidents d'exposition au sang et des viols. Depuis 2004 une avancée considérable de la mise en œuvre des activités du « programme de sécurité transfusionnel » s'est traduite par la formation ou le recyclage des personnels en assurance qualité de la transfusion, la création d'associations de donneurs. Les directives en matière de dépistage des poches de sang exigent que toute poche de sang soumise au dépistage VIH subisse systématiquement les deux tests dont le premier de sensibilité et le deuxième de spécificité, quelque soit le résultat du premier test. L'objectif du PSN est d'augmenter le pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH. Les données collectées en 2006 (Rapport annuel CNLS 2006) montrent que 26 079 unités de sang ont été collectées et soumises au dépistage VIH dans les formations sanitaires du pays. 2 477 unités ont été dépistées positives soit une prévalence de 9.5% parmi les donneurs en 2006.

Des défis majeurs restent cependant à relever dans le cadre de la transfusion sanguine, notamment la création d'un centre national de transfusion sanguine et la dotation des hôpitaux provinciaux en banques de sang. Cette mise en place/renforcement des capacités des structures en transfusion sanguine contribuera entre autres à prendre en charge un nombre plus important d'AES et produits sanguins et à assurer l'effectivité de la politique de fidélisation des donneurs de sang.

- **Prévention de la transmission de la mère à l'enfant**

Le Cameroun vient de se doter d'un plan national de passage à échelle de la PTME et Prise en charge pédiatrique selon l'approche district visant à atteindre au moins 80% districts de santé en fin 2009. Selon ce plan, 80% des 174 districts de santé offriront des services de PTME et PECP. Par ailleurs, dans chaque district de santé, un paquet complet de services PTME sera offert par au moins 80% des formations sanitaires disposant de SMI ; la PEC par ARV des femmes enceintes et les enfants infectés devra

être effective dans tous les UPEC, lesquels seront « tutorés » par des CTA en vue d'accélérer le démarrage des activités.

L'offre de service est disponible dans les secteurs publics, privés, confessionnels et laïcs. Par ailleurs, les interventions de sensibilisation massives ciblant les femmes enceintes et celles en âge de procréer sont menées par les associations, les ONG, et les leaders d'opinion en milieu urbain et rural.

En 2003 et 2004 respectivement, on comptait 160 et 272 sites PTME. En 2005, on comptait 400 sites PTME couvrant 64% des districts de santé du pays. En 2007, avec le passage à l'échelle, les données PTME proviennent de près de 739 sites couvrant 70% des districts de santé.

Le conseil et dépistage volontaire occupent une place clé avec un taux d'acceptabilité ayant évolué de 70% en 2005 à 77.5% en 2007[5]. Les femmes enceintes dépistées séropositives sont orientées après accouchement vers les structures spécialisées de prise en charge. Certaines formations sanitaires ont démarré la mise en place des services PTME qui comportent la prise en charge du couple mère-enfant et du partenaire. Ainsi, au 31 octobre 2007, 180 960 femmes enceintes ont été testées dont 14 092 sont positives au VIH soit un taux de prévalence de 7,8%. Les résultats du dépistage sont fort encourageants lorsqu'on sait que 42 872 ont été testées en 2003, 28 934 en 2004[6], 52 163 en 2005 et 90 238 en 2006.

Depuis octobre 2004, la bi prophylaxie (associant la Névirapine à l'AZT ou l'AZT à la lamivudine) est proposée, et les services PTME sont intégrés dans le paquet minimum de la Santé de la Reproduction. Entre 2005 et 2006, le pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant reçu la prophylaxie ARV a évolué de 3.7% à 7%. Le gouvernement entend poursuivre ces efforts pour accroître la couverture nationale, estimée actuellement à 10%.

Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant PTME : **10%**
Source : GTC/CNLS, 2007

- **Promotion du préservatif**

La distribution du préservatif masculin n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années (de 21.637.070 à 26.173.205 pour ACMS, l'agence principale de distribution) même si des efforts restent à faire en termes de couverture géographique (zones les plus délocalisées en points de vente de préservatifs) et en quantité absolue. En effet, cette couverture demeure encore insuffisante par rapport à la demande : sur les 71 000 000 de préservatifs masculins estimés nécessaires en 2007, seulement 37% soit 26 173 205 préservatifs ont été distribués. Quant au préservatif féminin, seulement 14 822 (4,2% des besoins réels) ont été distribués en 2007.

[5] Rapport 1er semestre 2007
[6] Rapport annuel CNLS 2003 et 2004

La politique de distribution des préservatifs doit s'accompagner d'un renforcement de la communication afin d'induire le changement de comportement, d'un renforcement de la force de vente existante, et d'une volonté effective de toucher les zones enclavées et de pouvoir amener ces populations à la pratique des comportements sexuels à moindre risque.

- **Suivi sérologique des enfants nés de mères séropositives**

Le but ultime de la PTME est de réduire au plus bas niveau le taux de séropositivité parmi les enfants nés de mères séropositives. A cet effet, ceux-ci sont testés après au moins 15 mois. Les résultats obtenus au niveau national en 2006 révèlent que sur les 950 enfants nés de mères séropositives testés après 15 mois, 185 ont été testés positifs soit un taux de séropositivité des enfants nés de mères séropositives de 19.5%. En 2007, ce taux au premier semestre se situe à 19.1%.

De plus, des efforts louables sont faits en matière de dépistage précoce et de prise en charge des enfants exposés au VIH avec l'appui de l'OMS et de l'UNICEF. L'idée est de déterminer plus rapidement la sérologie de l'enfant (six semaines après sa naissance) et d'assurer une prise en charge et un suivi quasi immédiat du nouveau né. En 2006, 4.315 enfants nés de mères séropositives ont reçu des ARV à titre préventif, correspondant à un taux de 54,9 %. Le niveau de cet indicateur au premier semestre 2007 était de 36%.

Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives
et infectés par le VIH: **19.1%**
Source : GTC/CNLS, 2007

- **Prévention de la transmission sexuelle des IST/VIH et SIDA**

Bien qu'elle reste faible parmi la population sexuellement active, la prévalence des IST, de l'ordre de 5% (6.4% chez les hommes et 4.5% chez les femmes) n'en demeure pas moins une préoccupation pour le gouvernement camerounais. Le nouveau PSN 2006-2010 ambitionne de réduire de 50% la prévalence des IST au sein de la population générale et particulièrement chez les groupes à risques. Seulement 47.488 cas d'IST ont été notifiés au niveau national en 2006 dont 78.4% des cas étaient des femmes. Pour relever ce niveau, le gouvernement s'est engagé dans le renforcement de la prise en charge syndromique des IST. Un document de politique nationale, normes et directives de la prise en charge des IST a été élaboré et les algorithmes y relatifs élaborés en utilisés pour la formation de nombreux prestataires dans les structures de santé des secteurs santé, éducation et défense nationale. Par ailleurs, une feuille de route visant l'intégration de la prise en charge syndromique des IST dans les curricula de formation des écoles médicales et paramédicales élaborée. Cette intégration sera effective dès 2008 dans toutes les écoles ciblées. En outre, l'accent a aussi été mis sur l'intégration des IST dans le paquet minimum des services dans les centres socioéducatifs des jeunes. Ceci a évidemment pour pré-requis le passage à l'échelle de la formation du personnel médical et paramédical à la maîtrise et à l'utilisation des algorithmes de prise en charge des IST selon l'approche syndromique.

- **Prise en charge des PVVIH**

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

- L'appui du Fonds Mondial dans le cadre de la subvention pour les antirétroviraux à partir de 2005 et le renouvellement de cet appui en février 2007 par le passage à la deuxième phase de financement ;
- L'appui de la Clinton Foundation par la mise à disposition des protocoles de 1ère et 2ème lignes depuis janvier 2007 pour les enfants ainsi que la fourniture gratuite des réactifs pour CD4.

Ces faits confortent les objectifs de passage à l'échelle pour ce qui est de l'accès universel aux traitements et soins en faveur des enfants et adultes vivant avec le VIH. La matérialisation de cette volonté s'est traduite par la création de 38 nouvelles unités de prise en charge en 2007, l'extension progressive des activités de prise en charge dans tous les districts de santé, la gratuité du traitement antirétroviral ainsi que les médicaments pour les infections opportunistes, la subvention des examens de suivi biologique ainsi que le bilan pré-thérapeutique et l'accélération de la prise en charge psychosociale des PVVIH et communautaire dans le cadre du continuum des soins.

- **Prise en charge des personnes vivant avec le VIH par les antirétroviraux**

La baisse continuelle des prix des ARV couplée à l'extension progressive des services de prise en charge dans toute l'étendue du territoire a favorisé la croissance du nombre de PVVIH éligibles sous traitement antirétroviral.

Error! Not a valid link.

Le nombre de formations sanitaires assurant la prise en charge médicale effective des PVVIH est passé de 40 en 2005 réparties sur 14 districts de santé à 109 en 2007 couvrant 82 des 174 districts de santé que compte le Cameroun.

En fin 2007, 53 % d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sont sous antirétroviraux en fin novembre 2007 contre 22% en 2005. Plus précisément, ce sont 45 817 malades parmi lesquels 44 123 adultes et 1 694 enfants qui ont accès au traitement ARV en fin novembre 2007, représentant respectivement 57,7 % des 76 500 adultes et 17 % des 9 953 enfants éligibles.

Le profil par sexe et par âge des patients sous ARV révèle que 65% sont des femmes et 69% ont moins de 40 ans. Ceci interpelle non seulement sur l'urgence (i) de renforcer la prévention chez les jeunes et les femmes, (ii) de passer à l'échelle en matière de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, mais également (iii) de construire des politiques pérennes de subvention des antirétroviraux.

Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux : **45 817 / 86 453 soit 53%**
Source : GTC/CNLS, 2007

- **Prise en charge pour les infections opportunistes et la réalisation des examens de suivi**

La prise en charge pour les infections opportunistes a connu de réels progrès depuis 2005, grâce à la provision continue des médicaments tels que le cotrimoxazole, le fluconazole, l'acide folinique, etc. Entre 2005 et 2007, le nombre de malades ayant reçu une prophylaxie gratuite au cotrimoxazole est passé de 7 835 à 19 208. Le nombre de patients traités gratuitement pour la cryptococcose et la toxoplasmose cérébrale a également évolué comme le montre le tableau ci-dessus. Ceci est dû à l'approvisionnement et distribution continue des médicaments tels que le cotrimoxazole, le fluconazole, l'acide folinique, etc. Avec la subvention du suivi biologique pour les PVVIH sous antirétroviraux, et la mise en place des appareils pour le comptage CD4 dans les centres de prise en charge, l'on est passé de 3087 en 2005 à 51 659 malades ayant effectué un examen de suivi biologique en 2007.

Tableau 4: Nombre de malades pris en charge pour les infections opportunistes

Année	Nombre de malades sous prophylaxie gratuite au cotrimoxazole en fin d'année	Nombre de malades traités gratuitement pour la toxoplasmose cérébrale	Nombre de malades traités gratuitement pour la cryptococcose	Nombre d'examens de suivi biologique réalisé	Nombre de malades ayant bénéficié d'une prise en charge psychosociale
2005	7 835	155	167	3 087	184
2006	6 064	217	82	28 929	8 928
Fin novembre 2007	19 208	531	204	51 659	16 193

Source : CNLS, 2007

- **Prise en charge psychosociale**

La prise en charge psychosociale constitue un volet important dans la prise en charge des PVVIH. Elle vise à amener les patients infectés (tous ceux qui sont reconnus positifs et ceux fréquentant les centres de santé) à comprendre la signification de son statut sérologique et les implications en terme de comportement sexuel, d'adhérence et d'observance au traitement ainsi qu'en terme d'hygiène de vie. A cet effet, 400 agents de relais communautaires ont été recrutés en 2006 et 108 en 2007 grâce au financement Fonds Mondial. Ils ont été déployés dans toutes les structures de prise en charge. En novembre 2007 16 193 PVVIH ont bénéficié d'une prise en charge psychosociale contre seulement 184 en décembre 2005.

- **Survie des patients sous traitement antirétroviral**

En 2007, sur la base des données des registres de prise en charge, 96,2% des patients ayant débuté la thérapie antirétrovirale étaient toujours en vie en novembre 2007. Des 1 822 patients dont 68 enfants ayant débuté le traitement en janvier 2007, 1 752 dont 66 enfants sont encore vivant en fin décembre 2007 soit un taux de survie de 96.2%. Chez les enfants, il s'établit à 97.1%. Ces résultats traduisent les efforts constants réalisés en matière de prise en charge, aussi bien (i) dans le cadre de l'approvisionnement en antirétroviraux, (ii) dans la formation du personnel médical à la prise en charge des malades et (iii) la le déploiement des activités de prise en charge psychosociale.

Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale : **96.2%**
Source : CNLS, 2007

- **Suivi nutritionnel des patients VIH**

Dans le cadre de l'amélioration de la survie des PVVIH, un programme de nutrition de ces derniers a été mis en place en 2007. Il vise principalement à :

- Améliorer le niveau de connaissance des PVVIH en matière nutritionnel pour éviter la progression du VIH au stade de SIDA;
- Assurer une prise en charge nutritionnelle adéquate des malades infectés et leur famille.

Dans ce cadre, cinquante formateurs nationaux ont été formés dans ce domaine. Ces derniers ont formé à leur tour 120 responsables nutritionnels chargés de prodiguer des conseils au PVVIH dans les CTA/UPEC pour ce qui est de leur alimentation. Cette activité débutera en 2008 dans tous les CTA/UPEC.

b- Education

- **En milieu scolaire**

Le Plan stratégique National de lutte contre le SIDA ambitionne d'atteindre les objectifs suivants d'ici à 2010 :

- Amener 90% du personnel du secteur Education à adopter un comportement sexuel à moindre risque ;

- Amener 90% des enseignants à connaître leur statut sérologique ;
- Assurer la prise en charge médicale et psychosociale de tous les PVVIH dans les 10 inspections médico-sanitaires.

La signature solennelle le 18 janvier 2007 de l'arrêté interministériel introduisant l'EVF/EMP/VIH et SIDA dans le curriculum officiel camerounais traduit l'engagement des Ministères de l'Education de base et de l'Enseignement secondaire d'intensifier la prévention éducative et de promouvoir une réponse globale et intégrée contre le SIDA dans le système éducatif avec l'assistance de l'UNESCO. L'objectif visé est de voir toute la communauté éducative camerounaise abandonner les comportements à risque et adopter des comportements protecteurs par l'appropriation des compétences de vie courantes essentielles.

Grâce à l'appui de l'UNESCO, 1896 enseignants du public maîtrisent en 2007 les contenus des curricula et l'utilisation des guides pédagogiques (contre 150 en 2005) dans près de 400 établissements (contre 17 en 2005) et plus de 60 000 élèves du primaire, du secondaire et normal sont enrôlés à ce programme, contre 23 775 en 2005. Pourtant, le nombre d'enseignants et d'élèves visés par ce projet pilote est insignifiant lorsqu'on se réfère aux données statistiques enregistrées au cours de l'année scolaire 2006-2007 à l'Education de base uniquement : 3 345 126 élèves et 86 418 enseignants.

- **En milieu non-scolaire**

Dans le domaine de l'éducation, les interventions de première génération avaient essentiellement trait à la communication pour le changement des comportements. Cette forme de communication, essentiellement dispensée en milieu non-scolaire a connu une évolution, passant d'un ciblage global de la population générale, de portée très limitée, à un ciblage spécifique par groupes particuliers (jeunes et adolescents, travailleuses de sexe, camionneurs, hommes en tenue, etc.), jugé plus efficace.

Actuellement, le Cameroun a adopté une stratégie de prévention de deuxième génération qui consiste à donner des conseils et encourager la connaissance du statut sérologique en vue de susciter un changement de comportement et d'adopter des comportements à moindre risque. Les groupes les plus vulnérables sont particulièrement ciblés notamment : les jeunes scolaires et non scolaires, les femmes en milieux urbain et rural, et certains groupes spécifiques. Les stratégies utilisées sont les campagnes d'informations et de sensibilisation, la promotion de l'usage des préservatifs masculins et féminins, la promotion du conseil et du dépistage volontaire et la réduction du coût du dépistage dont la valeur du test est fixée à 1 USD dans les formations sanitaires et nulle au niveau des unités mobiles. Les activités de prévention sont soutenues par des outils communicationnels : des affiches, dépliants, chansons, bandes dessinées, magazines, sketchs, spots télé, spots radio, émissions radio de proximité en langues locales et l'éducation par les pairs.

Chez les jeunes, un certain nombre de stratégies ont été mises en œuvre : l'utilisation d'un outil basé sur l'éducation par les pairs (l'analyse comportementale en 10 étapes) combinant la cartographie des risques et vulnérabilité et les compétences de

vie; activités menées par les clubs santé dans les écoles et universités ; campagnes et activités spécifiques au cours d'événements de mobilisation de masse tels que, la Fête nationale de la jeunesse et l'opération «Vacances sans SIDA». Dans le cadre de cette dernière activité, le nombre de jeunes testés n'a cessé d'évoluer chaque année. 47 693 jeunes ont été testés lors de l'édition 2007 contre 10 600 en 2005 (*rapport d'activités 2005 et 2007 du GTC/CNLS*).

Le Cameroun est sur la bonne voie dans la mise en place d'une réponse globale du secteur Education. Il reste cependant à passer à l'échelle en couvrant l'ensemble du système éducatif et à prendre en compte les autres points d'entrée mentionnés plus haut de cette réponse globale par des moyens et une coordination renforcée.

c- Monde du travail

Dans le monde du travail pris dans sa globalité on enregistre encore des avancées notables dans l'engagement des partenaires sociaux :

Au niveau national

- Sous l'égide du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, une **déclaration nationale tripartite** de lutte contre le VIH, intégrant les principes fondamentaux de lutte contre cette pandémie en milieu de travail, a été récemment validée par toutes les parties prenantes. La signature de cette déclaration par le Ministre du Travail et les représentants du « Groupement Inter patronal » du Cameroun, et des organisations syndicales des travailleurs est imminente ;

- La **coordination** et la coopération entre les mandants tripartites ainsi que le niveau national du cadre politique pour la lutte contre le VIH ont été améliorés à travers la création et le fonctionnement d'un Conseil Consultatif de Projet tripartite ;

- Les **capacités** des mandants tripartites (18 inspecteurs de travail parmi lesquels les 10 délégués provinciaux des 10 provinces du Cameroun), des juges sociaux et des assesseurs (employeurs et travailleurs) venant des 10 provinces, et des 35 points focaux des centrales syndicales des travailleurs ont été améliorées pour leur plus grande implication dans la riposte et la prise en compte des droits des travailleurs ;

- S'agissant du **secteur informel**, le Bureau Sous Régional du BIT a procédé en décembre 2007 au lancement du projet VIH/SIDA-COOP qui se propose de réduire l'impact du sida dans ce secteur en mobilisant les Coopératives et les groupes associatifs communautaires. A la suite du lancement officiel, un atelier participatif sur l'intégration et la planification de la lutte contre le VIH dans les activités des Coopératives et groupes associatifs a eu lieu. L'atelier a réuni 21 cadres (Présidents de Conseil d'Administration et Managers) des Coopératives et Organisations à la base et a abouti entre autres à l'élaboration de politiques et de plans d'actions de lutte contre le VIH adaptés à leurs contextes. L'année 2008 sera marquée par l'intégration effective et la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH au bénéfice des coopérateurs et de leurs familles.

Au niveau des entreprises

- La prise de conscience quant à la nécessité de développer des politiques de lutte contre le VIH sur le lieu de travail s'est accrue en partie grâce au soutien financier et technique du CNLS dans le cadre du partenariat public/privé (35 entreprises concernées entre 2006 et 2007) et les formations appuyées par le BIT. En effet, davantage d'entreprises ont un point focal et des comités (73[7] membres de comités SIDA appartenant à neuf entreprises formés en 2007). La connaissance des principes fondamentaux de lutte contre le VIH en milieu de travail s'est nettement améliorée avec la dissémination des directives pratiques du BIT sur le sida au niveau du CNLS, des mandants tripartites, et des entreprises partenaires du programme. En outre, à partir de la mise en œuvre de la trousse CCC développée par FHI et le BIT, des outils spécifiques ont été produits pour une plus grande efficacité de la réponse. Des stratégies CCC spécifiques aux secteurs de l'agro industrie et de la foresterie-bois et des transports aérien, fondées sur une meilleure connaissance des attitudes, pratiques et des déterminants des comportements vis à vis du VIH par les travailleurs de ces secteurs économiques sont disponibles pour un passage à l'échelle dans ces secteurs. Ces outils ont été développés de façon participative avec les travailleurs des secteurs concernés.

- Au niveau individuel, les actions de CCC entreprises ont permis une prise de conscience, l'utilisation accrue des services sur le lieu de travail et la réduction de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Les travailleurs sont encouragés à connaître leur statut sérologique.

L'intérêt de plus en plus grand que le secteur des entreprises privées accorde à la lutte contre le sida, compte tenu de ses effets néfastes sur la production et la productivité, s'est traduit par une augmentation des activités de sensibilisation entre 2006 et 2007 (voir Tableau 6 ci-dessous).

Tableau 6: Evolution de la sensibilisation sur le lieu du travail

Année	Nombre de pairs éducateurs formés	Nombre de campagnes de sensibilisation menées auprès des familles et des travailleurs	Nombre de préservatifs distribués
2004 - 2005	572	130	929 800
2006 - 2007	1 890	958	1 033 181

Si une majorité des grandes entreprises met en œuvre un programme de lutte contre le VIH, l'implication des PME et PMI demeure un défi. La mise en place de la coalition des entreprises contre le sida est une des réponses à cette préoccupation. De même, le renforcement des capacités des inspecteurs de travail responsables provinciaux est un atout pour le suivi de la prise en compte du VIH dans la visite d'entreprise.

[7] La riposte, bulletin de liaison ONUSIDA, 2007

d- Soutien aux orphelins et enfants vulnérables

Apporter un soutien holistique à au moins 75% d'Orphelins et Enfants Vulnérables du SIDA d'ici à 2010, est l'objectif général que s'est fixé le Cameroun dans son Plan National Stratégique 2006-2010, pour un soutien et une protection des OEV.

Plus spécifiquement il s'agit d'accroître d'au moins 20% par an la proportion d'OEV dont les familles ont reçu un appui externe pour soutenir l'enfant, et de réduire à moins de 10% la proportion d'OEV dans les institutions spécialisées. Pour atteindre cet objectif, le Comité National de Lutte contre le SIDA, avec la collaboration technique du Ministère des Affaires Sociales, a mis en place le Programme National de Soutien aux OEV (PNS-OEV). Ce programme est mis en œuvre par 52 ONG/Associations dans 70 sites d'intervention qui couvrent l'ensemble du territoire et permet d'étendre la couverture de la prise en charge des OEV.

Une cartographie numérisée des interventions des partenaires a été élaborée et permet la localisation des interventions sur le terrain. De plus, une base dynamique de données sur les OEV a été constituée de manière à rendre compte fidèlement des progrès accomplis jusque là et des efforts à fournir. En 2005, 25 643 OEV ont été assistés avec Care (3 292), Plan Cameroun (16 418), l'UNICEF (3 200) et au niveau des communautés la base (2 733)[8]. En 2007, grâce au financement Fonds Mondial, à Care et UNICEF, 45 186 OEV[9] ont bénéficié d'une aide gratuite pour leur prise en charge, soit 15,0 % des 305 000 OEV estimés en 2007.

Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans les foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge : **45 186/305 000 soit 15%**

Source : CNLS, 2007

D'autres initiatives plus spécifiques ont été mises en œuvre par certains partenaires. Dans le cadre du projet Bi Multi (MINAS – UNICEF) ayant eu pour cibles 3171 OEV pour 2007, les capacités des intervenants gouvernementaux et de la société civile ont été renforcées dans les domaines du suivi-évaluation, de l'assistance juridique, de l'appui psychosocial et de l'éducation nutritionnelle. Les capacités économiques de 400 familles d'accueil des OEV ont été renforcées par un appui financier et technique pour la mise en œuvre des activités génératrices de revenus. Des mécanismes d'accès aux soins de santé et d'assistance judiciaire ont été mis en place. L'appui psychosocial a été assuré et les familles d'accueil ayant des PVVIH et des OEV séropositifs ont reçu un point alimentaire. Des campagnes de lutte contre la stigmatisation ont été organisées et un modèle de parrainage pour les OEV a été défini au cours d'un atelier national. En outre, des dispositions protégeant les OEV ont été insérées dans le projet de code de protection de l'enfant et dans l'avant-projet de Code des Personnes et de la Famille ; et des lettres circulaires interministérielles pour l'accès des OEV aux services de base ont été élaborées.

[8] Rapport annuel CNLS 2005
[9] Rapport annuel 2006

S'agissant de l'appui éducationnel, il faut louer les efforts du gouvernement camerounais, de l'UNICEF, de CARE et Plan par leurs actions sur le terrain à apporter une aide éducationnelle aux OEV. Le ratio de scolarisation des orphelins et non orphelins âgés de 10 à 14 ans est passé de 0.94 en 1998 à 0.98 en 2004. En 2006, l'enquête nationale à indicateurs multiples au Cameroun révèle un taux toujours élevé même s'il est légèrement plus faible que celui de 2004.

Scolarisation orphelins et non orphelins âgés de 10 à 14 ans : **0,87%**
Source : MICS III Cameroun, 2006

e- Droits et devoirs des personnes vivant avec le VIH

Il est établi qu'il n'existe pas de loi spécifique aux droits et devoirs des PVVIH au Cameroun. Il est néanmoins possible, en se fondant sur d'autres textes de loi et dispositions légales de légiférer sur ces questions, notamment en matière d'emploi, et en matière de protection de la dignité humaine dans le cadre des recherches sur le VIH portant sur des sujets humains. De plus, afin de défendre leurs droits, les PVVIH ont été encouragés à se regrouper en réseau (exemple : RECAP+ ; CANEP etc.) et en associations pendant que les pouvoirs publics, notamment le Ministère de la Santé Publique, s'activent pour l'adoption d'une législation spécifique au VIH et au SIDA au Cameroun en matière d'emploi et de protection de la dignité humaine dans le cadre des recherches sur le VIH portant sur des sujets humains.

Par principe général, et d'après la convention 111 de l'OIT concernant la discrimination (emploi et profession), ratifiée par le gouvernement camerounais, la réglementation en vigueur protège le travailleur camerounais contre toute forme de discrimination en matière d'emploi et de profession[10]. Par ailleurs, le Code camerounais du travail camerounais offre un certain cadre de protection au travailleur vivant avec le VIH au même titre que ceux atteints d'autres affections.

En outre, le Cameroun dispose d'un comité national d'éthique ayant pour mission de garantir la mise en application des dispositions existantes en matière de protection de la dignité humaine dans le cadre des recherches portant sur des sujets humains en général. Certes, ces dispositions ne mentionnent pas spécifiquement le VIH/Sida, mais elles ne l'excluent pas non plus de leur champ d'action. Il est à relever que la constitution des membres de ce comité n'est pas encore satisfaisante, puisque des membres de certaines communautés, et particulièrement les PVVIH n'y sont pas toujours représentés, notamment dans les recherches portant sur le VIH où les sujets humains sont impliqués.

- **Dans le domaine des devoirs des PVVIH et obligations relatives au VIH**

Dans le domaine des devoirs des PVVIH, la lecture du code pénal camerounais permettrait de relever certaines dispositions pouvant permettre d'ester en justice pour des comportements relatifs au VIH/Sida et plus particulièrement pour la propagation de la maladie.

[10] Les mots emploi et profession recouvrent l'accès à la formation professionnelle, l'accès à l'emploi et aux différentes professions, ainsi que les conditions d'emploi.

- **Des efforts du Gouvernement pour une législation spécifique au VIH**

Enfin, en dépit des dispositions générales de la loi camerounaise parfaitement compatibles avec le cas spécifique du VIH/Sida, des efforts du gouvernement ont été enregistrés dans le sens d'une législation spécifique au VIH/Sida. Ces efforts portent précisément sur la question de la promotion et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH et le SIDA. A cet effet, il est à souligner un premier projet de loi portant essentiellement sur les Droits et les obligations des PVVIH et dispositions pénales, dont l'élaboration a commencé en 2001 sur l'initiative du Ministre de la Santé Publique et dont l'approbation est attendue. Un deuxième projet de loi a été soumis à l'Assemblée Nationale pour approbation récemment. L'adoption d'une feuille de route incluant la révision de ces deux projets de loi à la lumière des instruments internationaux et dernières recommandations des experts est prévue pour le premier semestre 2008.

Selon les informateurs clés interviewés dans le cadre de l'indice de politiques nationales, malgré l'absence de lois spécifiques, des progrès timides ont été réalisés en matière de sensibilisation sur les droits et devoirs de PVVIH.

f- Surveillance épidémiologique

i. Surveillance épidémiologique

- **Notification des cas de Sida**

L'importance de la surveillance épidémiologique dans le contrôle d'une épidémie comme le VIH n'est plus à démonter. En effet, l'analyse des données de la surveillance épidémiologique permet de faire le point sur l'évolution de l'épidémie à travers l'appréciation des tendances.

En 2006, sur la base des données reçues des 10 Provinces, 8.569 cas de Sida ont été déclarés, dont 5.467 femmes, soit 64% des cas. Le ratio femmes/hommes est de 1,76. Les Provinces du Littoral, du Nord-Ouest et du Centre sont celles qui ont notifié le plus de cas, soit 48% du total.

La période 2006-2007 a été marquée par des efforts importants du programme notamment la relance de la surveillance sentinelle par le biais de l'étude sur l'utilisation des données de PTME à des fins de surveillance. Les résultats de cette étude apporteront une orientation majeure dans la surveillance sentinelle du VIH dans le pays, une activité qui sera renouvelée en 2008 et couvrira l'ensemble des 10 provinces. En outre, la surveillance des indicateurs de résistances aux traitements ARV s'est intensifiée avec le développement des actions dans les trois (3) axes recommandés par l'OMS. Les données sur l'observance des traitements, collectées et diffusées trimestriellement dans les «Rapports de progrès vers l'accès universel» indiquent des taux d'observance variant entre 96% et 97% entre 2006 et 2007.

Un Protocole national de surveillance des résistances aux ARV (résistances transmises) a été élaboré et utilisé pour mettre en œuvre cette surveillance dans les villes de Douala et Yaoundé qui sont les deux plus anciens sites de traitement par ARV au

Cameroun. Les données préliminaires des analyses indiqueraient un taux une prévalence inférieure à 5%.

ii. Surveillance de la coinfection TB/VIH

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

Les données sur la Tuberculose rendues disponibles au cours de l'année 2006 par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) montrent que 54% des 25 500 cas de tuberculose attendus soit 13 802 cas (8 198 hommes contre 5604 femmes) ont été enregistrés et traités. 8 637 cas ont été testés au VIH, 3.363 étaient positifs, soit 39% de co-infection Tuberculose-VIH, ce qui renvoie à 33.8 % le niveau de prise en charge par les ARV des patients tuberculeux infectés au VIH.

Pourcentage des cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement
anti tuberculeux et un traitement contre le VIH :
3 363/(39%* 25 500) = 33.8%
Source : GTC/CNLS, 2006

g- Recherche

En vue de promouvoir la recherche comme domaine prioritaire de la riposte nationale, un cadre institutionnel a été mis en place à travers la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS). En outre, un Centre International de Référence Chantal Biya (CIRCB) pour la Recherche sur la Prévention, la Prise en Charge et la surveillance des résistances du VIH a été crée ainsi qu'un Site ANRS Cameroun. Il existe par ailleurs un Comité national d'éthique dont la mission est d'évaluer la recherche pour assurer la protection des êtres humains qui s'y prêtent. Celui-ci délivre des clearances éthiques ou certificats de conformités aux principes d'éthique, pièce fondamentale pour obtenir une autorisation administrative, sans laquelle toute activité de recherche sur le territoire camerounais est considérée comme illégale.

CIRCB

Les laboratoires d'Immunologie, de Biochimie, d'Hématologie et de Virologie du CIRCB offrent un plateau technique de haut niveau qui permet non seulement de réaliser le diagnostic et le suivi des personnes vivant avec le VIH, mais aussi de conduire des projets de recherche fondamentale et appliquée, contribuant ainsi aux efforts qui sont menés dans le pays, en matière de recherche sur le Sida. Le Conseil Scientifique du CIRCB est créé en Juin 2006 par décision du Ministre de la Santé Publique. Il est composé d'éminents scientifiques nationaux et internationaux qui définissent les grandes orientations de recherche du Centre, valident les protocoles et évaluent les activités des chercheurs. Les principales orientations retenues pour ces premières années sont les projets relatifs au diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives et à la mise au point d'un vaccin pédiatrique. Créé en Octobre 2006 par le ministère de la Santé Publique du Cameroun, puis reconnu en janvier 2007 par le département des services de santé et des populations des Etats-Unis, le Comité d'Ethique du CIRCB examine les projets de recherche qui lui sont soumis et garantit que les droits fondamentaux de la personne humaine sont pris en compte et respectés.

Les axes de recherche sur le VIH/sida au Cameroun s'articulent autour de grandes thématiques telles que les origines du virus, sa diversité génétique, le diagnostic précoce, l'adhérence et l'observance thérapeutiques, les effets secondaires, les résistances des souches aux antirétroviraux, le vaccin, etc. La recherche socio-anthropologique n'est pas toutefois négligée ; les problématiques portant sur la stigmatisation liée à l'infection et/ou à la maladie, la décentralisation de l'accès au traitement antirétroviral vers les Unités de Prise En Charge, l'impact des messages de prévention du SIDA sur la population cible font l'objet de nombreuses études.

h- Partenariat avec la société civile

La société civile a, pour sa part a été fortement impliquée à plusieurs niveaux dans la lutte contre le VIH. De ce fait, elle a apporté une contribution significative :

- au renforcement de l'engagement politique des hautes personnalités et à la formulation des politiques nationales ;
- au processus de planification et de budgétisation du Plan stratégique national de lutte contre le VIH à travers l'assistance aux réunions de planification et à l'examen des projets ;
- au processus de suivi en tant que membre du Country Coordination Mechanism du Fond Mondial ; à l'évaluation du plan stratégique national 2000-2005 en juillet et Août 2005 et à l'élaboration du plan stratégique 2006/2010.

Cette tendance a été confirmée par les informateurs clés. En effet, la participation de la société civile dans la formulation, l'exécution et l'évaluation des politiques sur le VIH a été jugée plus forte en 2007 qu'en 2005, se traduisant par un nombre de plus en plus important d'ONG et associations impliquées dans la prise de décision et la participation fréquente aux différentes activités de lutte contre le VIH.

III.3 CADRE INSTITUTIONNEL

a- Au niveau central

La coordination du programme national est assurée au niveau central par le Secrétaire Permanent du GTC/CNLS en collaboration avec la Direction chargée de la Lutte contre la Maladie (DLM). Par ailleurs, l'arrivée des financements du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme a suscité la création d'un mécanisme de coordination pays multisectoriel (CCM) qui complète le mandat du CNLS en intégrant la composante VIH dans une approche plus globale de lutte contre les maladies transmissibles prioritaires.

b- Au niveau décentralisé

Le nouveau cadre de lutte contre le VIH en 2006 définit les comités des aires de santé et la commune comme les plus petites unités opérationnelles de lutte contre le Sida au niveau décentralisé. Les comités des aires de santé sont chargés d'assurer la mobilisation communautaire dans le cadre de la lutte contre le Sida dans leur aire de santé tandis que les comités communaux sont chargés de coordonner toutes les activités de lutte contre le VIH au sein de la commune.

Chaque comité communal est présidé par le Maire et est composé de toutes les forces vives de la population locale. Un nouveau document d'orientation définissant de manière plus précise les missions du correspondant communal dans le contexte du nouveau cadre de suivi et évaluation a été élaboré et sera diffusé en début février 2008.

IV. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTRICES

1- Obstacles ou contraintes

La réponse nationale au VIH a toujours souffert d'un certain nombre de maux qui fragilisent et ralentissent l'atteinte des OMD, les plus importants étant la crise des ressources humaines, l'approvisionnement régulier des médicaments et l'insuffisance de ressources financières.

a- La crise des ressources humaines

Le nombre actuel de personnels médicaux, tenant compte de la capacité annuelle de formation et de recrutement ne permet pas de couvrir l'ensemble des besoins du PSN. Pour ce faire, l'Etat devra mettre en œuvre une politique spéciale de recrutement de personnels de santé visant le personnel impliqué dans les domaines de prise en charge des IST et des PVVIH, de sécurité sanguine, de dépistage volontaire et de conseil. Aussi, 2 399 personnels de santé devraient être recrutés au cours de la période 2008-2010[11]. Le recrutement en octobre 2007 de 1 767 personnels infirmiers et médico sanitaires constitue déjà un pas en avant dans la politique de recrutement définie par le gouvernement.

b- L'approvisionnement et distribution des médicaments

Dans le contexte de l'accès universel, le traitement ARV est devenu gratuit pour tous ceux qui en ont besoin en mai 2007. Cette décision, certes louable, a eu des conséquences sur l'approvisionnement et la distribution régulière des médicaments. Des problèmes de ruptures de stock commencent à être identifiés qui à terme pourraient avoir un impact sur le suivi du patient et le taux d'observance. Le gouvernement, conscient de ce problème, est en train d'identifier les solutions pour y remédier au plus vite.

c- La mobilisation des ressources financières

En 2006, les dépenses effectivement exécutées dans le cadre de la lutte contre le VIH et le SIDA ne représentent que 53%[12] des ressources nécessaires pour l'année. De plus, la contribution de l'Etat reste encore faible. Entre 2004 et 2006, cette dernière s'élève en pourcentage à 12% du total des dépenses.

[11] Rapport CDMT 2008-2010
[12] Rapport CDMT 2008-2010 et PSN 2006-2010

2- Mesures correctrices

Il s'agit essentiellement de :

i. Poursuivre la politique spéciale de recrutement de personnels de santé visant le personnel impliqué dans les domaines de prise en charge des IST et des PVVIH et leur recyclage/formation permanent ;
ii. l'implication plus accrue de l'Etat ainsi que les partenaires dans le financement de la lutte, garantissant ainsi sa durabilité et la pérennisation des actions à tous les niveaux;
iii. la déconcentration du système de budgétisation et des responsabilités d'exécution financières, par la mise en place d'enveloppes budgétaires régionales, sectorielles ou de composantes et la simplification des mécanismes de financement;
iv. la collaboration inter sectorielle, base d'une action nationale multisectorielle efficiente contre le SIDA ; en effet, l'interaction entre activités de secteurs différents pourrait, en l'absence d'une telle collaboration, aboutir à des situations mettant en cause l'efficacité des actions entreprises ;
v. l'engagement grandissant des partenaires en faveur de l'appui technique et financier de la réponse nationale, et l'amélioration de la coordination de ces partenaires dans le cadre des groupes de coordination ;
vi. l'implication effective des acteurs de la société civile notamment dans les domaines de conseil, visites et traitement à domicile et suivi alimentaire tout en renforçant leurs capacités ; cette implication devrait tout particulièrement s'accompagner de leur spécialisation et de la décentralisation de leurs actions ;

V. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

Les progrès réalisés par le gouvernement camerounais, dans le sens de l'atteinte de l'OMD relatif au VIH ont été rendus possibles grâce à l'appui constant des partenaires du développement. Il s'agit de près d'une vingtaine d'organisations qui dans leurs domaines respectifs, assistent financièrement et techniquement le gouvernement dans l'atteinte des objectifs fixés s'ici à 2015. Il s'agit (i) du Fond Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, (ii) des agences de coopération bilatérale (GTZ, KFW, MSF, ESTHER etc.), (iii) des agences du système des Nations Unies (PNUD, ONUSIDA, OMS, UNESCO, UNICEF, UNFPA, BIT, etc.) et des ONG de développement (MSF, CARE, PLAN, etc.). Entre 2004 et 2006, plus de 82% des financements exécutées dans le cadre de la lutte contre le Sida proviennent de ces derniers.

VI. SUIVI ET EVALUATION

La multiplicité des intervenants, l'importance croissante des fonds investis rendent nécessaire le renforcement de l'organisation de la chaîne de l'information dans le but d'appréhender les effets de tous les projets/programmes. C'est dans ce sens que le CNLS, en collaboration avec l'ONUSIDA a élaboré le guide national de suivi et d'évaluation du PSN 2006-2010 en avril 2007. Son objectif principal est de standardiser les moyens à mettre en place pour apprécier les performances d'exécution du PSN au cours de la période. Plus précisément, ce guide:

1. décrit le **cadre unique de suivi et d'évaluation** adopté par le gouvernement et tous les partenaires pour la mise en œuvre du PSN; il contient également l'ensemble des fiches de collecte revues et validées avec les partenaires ;
2. présente tous les **acteurs de la lutte responsables du suivi** des programmes SIDA depuis la base jusqu'au niveau central et leurs termes de référence
3. propose un nouveau **circuit de l'information** dont le but est de renforcer les systèmes d'information existants (sanitaires et autres) ;
4. met l'accent sur l'**assurance qualité** à travers des formations continues et sur site ; et
5. présente les logiciels utilisés pour le traitement informatique de l'information et leur complémentarité.

Les activités proprement dites du suivi-évaluation du programme ont démarré en 2002, avec la confection d'un canevas d'élaboration et de programmation des activités; des outils de collecte des données pour les différentes composantes du programme, et d'un manuel de procédures de suivi-évaluation. Ces outils ont été révisés dans le nouveau guide de suivi évaluation et sont en cours de dissémination dans les structures opérationnelles.

Le plan d'action du suivi évaluation 2008 – 2010 du CNLS élaboré avec la collaboration de l'ONUSIDA, sur la base des objectifs du PSN 2008 – 2010 permettra de renforcer le dispositif du suivi évaluation à tous les niveaux pour un repérage plus fidèle des performances et contreperformances du programme.

VII. CONCLUSION

L'élaboration et la mise en œuvre du Plan stratégique national de lutte contre le SIDA pour la période 2006/2010 a marqué un tournant décisif dans la lutte contre le VIH et le Sida au Cameroun. Ce plan stratégique a été largement diffusé, Il a ainsi bénéficié de l'appui spécifique de différents départements ministériels et de la société civile pour assurer une large participation dans l'implémentation de la stratégie nationale de riposte au VIH et au SIDA. Il a également suscité une large mobilisation des communautés à la base. Un soutien de cette envergure permet d'espérer une avancée perceptible vers l'atteinte des buts/objectifs de l'UNGASS. Le guide de suivi et évaluation du PSN 2006 - 2010 permettra de renforcer la dynamique des résultats en définissant le cadre directionnel et l'approche technique visant à atteindre les résultats.

S'agissant des efforts déployés dans le cadre de l'accès universel, on peut affirmer que des progrès notables ont été réalisés dans le domaine du traitement laissant espérer que le Cameroun pourra atteindre l'objectif de 75% qu'il s'est fixé. Toutefois, des efforts supplémentaires sont requis dans le domaine de la prévention comme l'ont souligné les informateurs clés.

ANNEXES 1

Méthodologie

Les données nécessaires à l'élaboration du présent rapport ont été collectées grâce à une approche essentiellement qualitative, combinant deux sources de données dont : 1) une revue documentaire et 2) des interviews individuelles approfondies auprès des informateurs clés.

a- L'étude documentaire

L'approche a consisté dans un premier temps à former une équipe restreinte constituée des représentants de l'ONUSIDA, de l'OMS, de la DLM et du CNLS. Cette équipe avait pour missions de (i) identifier tous les documents de base indispensables á l'élaboration du rapport en ciblant aussi toutes les institutions susceptibles d'avoir de la documentation sur les indicateurs UNGASS en général, (ii) Mettre à jour les projections épidémiologiques du Cameroun en 2007, (iii) élaborer les termes de référence pour l'enquête qualitative relative à l'indice composite des politiques nationales et (iv) élaborer en collaboration avec toutes les parties prenantes le rapport UNGASS 2007. Certaines lois, textes de base et journaux (Cameroun Tribune, CamSantéNews) ont également été exploités.

b- Interviews individuelles approfondies

Elles ont été réalisées par une équipe de deux consultants et avait pour but une étude sur des politiques et stratégies nationales de lutte contre le SIDA auprès des informateurs clés identifiés dans les secteurs publics, au sein des organisations non gouvernementales, des agences de coopération bilatérale et du Système des Nations Unies.

C'est ainsi qu'une cinquantaine d'informateurs clés ont été soumis à un guide d'entretien construit autour des axes thématiques faisant l'objet du présent rapport. Les informations recueillies par cette source ont fait l'objet d'une triangulation avec les autres sources des données (confrontations entre différentes informations livrées par des informateurs, vérifications auprès des documents et textes disponibles).

ANNEXES 2

Partie A [Responsables publics]

I. Plan stratégique

1. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie /un cadre d'action multisectoriel(le) pour lutter contre le sida ? *(Les stratégies multisectorielles doivent inclure celles élaborées par les ministères énumérés sous 1.3 mais ne s'y limitent pas.)*

Oui	Période ouverte : 2006 - 2010

SI OUI, répondre aux questions 1.1 à 1.10 ; dans le cas contraire, passer à question 2

1.1 Depuis combien de temps le pays dispose-t-il d'une stratégie/ d'un cadre d'action multisectoriel(le) ? 7 ans (2000-2005 ; 2006-2010)

1.2 Quels sont les secteurs inclus dans la stratégie/ le cadre d'action multisectoriel(le) dont les activités comportent un budget affecté à la lutte contre le VIH ?

Secteurs inclus	Stratégie/cadre d'action	Budget affecté
Santé	Oui	Oui
Education	Oui	Oui
Emploi	Oui	Oui
Transports	Oui	Oui
Armée/Police	Oui	Oui
Femmes	Oui	Oui
Jeunes	Oui	Oui
Autres* : - Mines et Energie - Finances - Planification - Tourisme - Justice/Administration pénitentiaire - Affaires sociales - Agriculture - Communication - Relations extérieures	Oui	Oui

***** *L'un quelconque des ministères suivants : Agriculture, Finances, ressources humaines, Justice, Energie et Mines, Planification, travaux publics, Tourisme, Commerce et industrie*

1.3 La stratégie/ le cadre d'action multisectoriel(le) tient-elle (il) compte des populations cibles, des milieux et des questions transversales ci –dessous ?

Populations cibles	
a. Femmes et Filles	a. Oui
b. Jeunes femmes / Jeunes hommes	b. Oui
c. Sous populations vulnérables**	c. Oui
d. Orphelins et autres enfants vulnérables	d. Oui
Milieux	
e. Lieu de travail	e. Oui
f. Ecoles	f. Oui
g. prisons	g. Oui
Questions transversales	
h. VIH/sida et pauvreté	h. Oui
i. Protections des droits de la personne	i. Oui
j. Participations des PVVS	j. Oui
k. Lutte contre la stigmatisation et la discrimination	k. Oui
	l. Oui

I. Autonomisation des femmes et /ou égalité des sexes	

1.4 Les populations cibles ont-elles été recensées par un processus d'évaluation ou d'analyse des besoins ?

Oui

SI OUI, quand cette évaluation/analyse des besoins a-t-elle été menée ? Année : [indiquer ici] 2005 (Evaluation finale du plan 2000-2005)

1.5 Quelles sont les populations cibles dans le pays ? [indiquer ici] : Jeunes et Etudiants, Femmes et femmes enceintes, Professionnel(le)s du sexe, populations du secteur informel, Hommes en tenue, camionneurs, travailleurs, OEV et PVVIH, Refugiés, Populations incarcérées.

*** Les sous-populations qui ont été recensées au niveau local comme étant confrontées à un risque élevé de transmission du VIH (professionnel(le)s du sexe et leurs clients, camionneurs, hommes en tenue, réfugiés, personnes incarcérées, etc.).*

1.6 La stratégie/ le cadre d'action multisectoriel(le) inclut-elle (il) un plan opérationnel ? Oui

1.7 La stratégie/ le cadre d'action multisectoriel(le) ou le plan incluent-ils :

a. des objectifs programmatiques officiels ? Oui
b. des objectifs et /ou des jalons précis ? Oui
c. un budget détaillé des coûts pour chaque domaine programmatique ? Oui
d. des indications sur les sources de financement ? Oui
e. un cadre de suivi et d'évaluation ? Oui

1.8 Votre pays s'est-il assuré de l'implication et participation pleines et entières de la société civile*** à l'élaboration de la stratégie/ cadre d'action multisectoriel (el) ? Oui

**** La société civile inclut notamment : Les réseaux de personnes vivants avec le VIH, les organisations féminines, les organisations des jeunes, organisation confessionnelles, les organisations de prise en charge du sida, les organisations communautaire, les organisations des groupes les plus affectés(notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes les professionnel(le)s du sexe, les populations migrantes,/déplacées, les personnes incarcérées) ;les organisations des travailleurs, les organisations des droits des personnes, etc. Aux fins de l'Indice, le secteur privé fait l'objet d'une section distincte.*

Participation active

Si la participation a été active, expliquer brièvement comment cela s'est fait :

- Ayant été acteur dans la mise en œuvre du premier Plan stratégique 2000-2005, la société civile a participé à l'évaluation du précédent plan, la détermination des priorités (objectifs, groupes cibles et interventions) pour le plan 2006-2010.
- Les organisations de la société civile ont pris part à toutes les réunions et ateliers d'élaboration du plan stratégique 2006-2010, du plan opérationnel 2006-2008, du draft de plan d'action de suivi-évaluation 2008-2010.
- La société civile a également participé au forum national d'adoption du plan stratégique national de lutte contre le sida au Cameroun et aux réunions nationales de validation du plan opérationnel 2006-2008 et du guide de suivi-évaluation.

1.9 La stratégie/ le cadre d'action multisectoriel(le) a-t-elle (il) été avalisée (e) par la plupart des partenaires externes du développement (bilatéraux, multilatéraux) ?

oui

1.10 Les partenaires du développement externe (bilatéraux, multilatéraux) ont-ils aligné et harmonisé leurs programmes de lutte contre le VIH et le sida sur la stratégie/le cadre d'action multisectoriel(le) ?

Oui, tous les partenaires

2. Votre pays a-t-il intégré la lutte contre le VIH et le sida dans ses plans généraux de développement notamment : a) plans nationaux de développement b) bilans communs des pays, plan-cadre des nations Unies pour l'aide au développement, c) cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté d) Approche sectorielle ?

Oui

2.1 Si OUI, dans quels plans de développement l'appui aux politiques de lutte contre le VIH et le sida est-il intégré ?

a) Plans nationaux b) Bilans communs des pays, plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement c) Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté d) Approche sectorielle

2.2 SI OUI, lesquelles parmi les politiques mentionnées ci- dessous sont-elles incluses dans ces plans de développement

✓ Cocher chaque politique/ stratégie incluse

Politique	**Plans de développement**				
	a)	b)	c)	d)	e
Prévention du VIH	x	x	x	x	
Traitement des infections opportunistes	x	x	x	x	
Traitement antirétroviral	x	x	x	x	
Soins et soutien (y compris la sécurité sociale ou d'autres régimes d'assurance)	x	x	x	x	
Atténuation de l'impact du sida	x	x	X	x	
Réduction des inégalités entre les sexes en ce qui concerne la prévention et le traitement, les soins et le soutien dispensés dans le cadre de la riposte au VIH	x	x	X	x	
Réduction des inégalités de revenu en ce qui concerne la prévention et le traitement, les soins et le soutien dispensés dans le cadre de la riposte au VIH	x	x	X	x	
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	x	x	X	x	
Dé marginalisation économique des femmes(notamment accès au crédit, à la terre et la formation professionnelle)	x	x	x	x	
Autre : [indiquer ici] :					

3. Votre pays a-t-il évalué l'impact du VIH et du sida sur son développement socioéconomique à des fins de planification ?

Non

3.1 **Si OUI**, dans quelle mesure cette évaluation a-t-elle influencé les décisions concernant les allocations de ressources ?

Faible — Forte

0 1 2 3 4 5

4. Votre pays dispose-t-il d'une stratégie/d'un cadre d'action lui permettant d'aborder les questions relatives au VIH et au sida au sein de ses services nationaux de personnels en uniforme, ses forces armées, ses forces de maintien de la paix, sa police et son personnel carcéral, etc. ?

Oui

4.1 **Si OUI,** lesquels parmi **les** programmes ci-dessous ont-ils été mis en œuvre au- delà de la phase pilote et atteint une partie importante des personnels en uniforme dans plusieurs services ?

Communication sur les changements de comportement	Oui
Fourniture de préservatifs	Oui
Conseil et test VIH*	Oui
Services IST	Oui
Traitement	Oui
Soins et soutien	Oui
Autres : [indiquer ici]	

***Quelle est l'approche adoptée en matière de conseil et test VHI ?** le test de dépistage du VIH est-il volontaire ou obligatoire (par exemple au moment du recrutement) ? Veuillez expliquer brièvement :

Le test de dépistage du VIH est volontaire et se fait avec les équipes en stratégie fixe et mobile. La stratégie « opt-out » est recommandée.

5. Votre pays a-t-il donné suite à ses engagements eu égard à l'accès universel souscrits lors de la rencontre de haut niveau sur le VIH/sida qui s'est tenue en juin 2006 ?

Oui

5.1 Le plan stratégique/ plan opérationnel national et le budget national de la lutte contre le VIH/sida ont-ils été révisés en conséquence ?

Oui

5.2 Les estimations relatives à la taille des principaux groupes cibles de population ont-elles été actualisées ?

Oui

5.3 Existe-t-il des estimations et des projections fiables du nombre d'adultes et d'enfants justifiables de la thérapie antirétrovirale et de leurs besoins futurs ?

Estimations et projections des besoins

5.4 La couverture programmatique de la lutte contre le VIH et le sida fait-elle l'objet d'un suivi ?

Oui

(a) SI OUI, la couverture est-elle évaluée par sexe (hommes femmes) ?

Oui

(b) SI OUI, la couverture est-elle évaluée par sous-groupes de population ?

Oui

SI OUI, par quels sous-groupes de population ?

Jeunes et Etudiants, Femmes et femmes enceintes, Professionnel(le)s du sexe, populations du secteur informel, Hommes en tenue, camionneurs, travailleurs, OEV et PVVIH, Refugiés, Populations incarcérées.

(c) SI OUI, la couverture est-elle évaluée par zone géographique ?

Oui

SI OUI, à quels niveaux (province, district, autre) ?

- province
- district
- urbain
- rural

5.5 Votre pays a-t-il élaboré un plan de renforcement des systèmes de santé, y compris l'infrastructure, les ressources et capacités humaines, les systèmes logistiques d'approvisionnements en médicaments ?

Oui

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de planification stratégique des programmes de lutte contre le VIH et le sida en 2007 et 2005 ?											
2007	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	*8*	9	10
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	*6*	7	8	9	10

Commentaires sur les progrès réalisés depuis 2005 :

Des progrès notables ont été réalisés en matière d'implication de tous les acteurs en particulier de la société civile.
Aussi le plan en cours d'exécution prend en compte les besoins exprimés par les bénéficiaires et les populations lors de l'évaluation du précédent plan.
La déclinaison du plan stratégique national en plans sectoriels (de 11 en 2005 à 18 en 2007) assortis de financements de plus en plus croissants.

CONCLUSION SUR LE PLAN STRATEGIQUE

Le processus a connu de progrès en termes de participation de différents acteurs et de prise en compte des spécificités de populations vulnérables. Ce plan prend en compte les différentes stratégies de lutte contre le VIH/sida lesquelles sont intégrées dans les documents de politiques de développement du pays.

Ce progrès est aussi observé à travers l'augmentation du nombre de plans sectoriels élaborés et budgétisés.

II. Appui politique

On considère que l'appui politique est solide lorsque les représentants gouvernementaux et politiques parlent haut, fort et souvent de la question du sida, président régulièrement des réunions importantes sur ce sujet, allouent des budgets nationaux de soutien aux programmes de lutte contre le sida et se servent judicieusement des organisations et interventions gouvernementales et de la société civile dans le but de soutenir les programmes de riposte au sida dont l'intérêt est avéré.

1. Les hauts fonctionnaires du gouvernement parlent-ils publiquement et positivement des efforts de lutte contre le sida devant les plus grandes instances nationales au moins deux fois par année ?

Président/ Chef du gouvernement	**Oui**
Autres fonctionnaires	**Oui**
Autres responsable des régions et /ou districts	**Oui**

2. Votre pays dispose-t-il d'un organe national de coordination/gestion multisectoriel relatif au VIH/ sida (conseil national du sida ou organe équivalent) reconnu par la loi ? **Oui**

2.1 SI OUI ; quand cet organisme a-t-il été créé ? Année : [indiquer ici] **1998**

2.2 SI OUI, qui le préside ?
[Indiquer ici son nom, son titre] **Mr André MAMA FOUDA, Ministre de la Santé Publique**

2.3 Si oui,

dispose-t-il d'un mandat ?	**Oui**
peut-il compter sur la participation et la direction active du gouvernement ?	**Oui**
a-t-il une composition prédéfinie ? inclut-il des représentants de la société civile ? ***SI OUI***, dans quelle proportion ? [8/38) dont 20% compte-t-il sur la participation des personnes vivant avec le VIH ? compte-t-il sur la participation du secteur privé ?	**Oui** **Oui** **Oui** **Oui** **Oui**
a-t-il un plan d'action ?	**Oui**
dispose-t-il d'un secrétariat opérationnel ?	**Oui**
se réunit-il au moins une fois tous les trois mois ? examine-t-il périodiquement les décisions stratégiques qui ont été prises ? promeut-il activement la mise en œuvre des décisions stratégiques ? donne –t-il à la société civile l'occasion d'influer sur la prise de décisions ? renforce-t-il la coordination des actions des donateurs pour éviter les financements parallèles et le chevauchement des efforts de programmation et d'établissement des rapports ?	**Non** **Oui** **Oui** **Oui** **Oui**

3. Votre pays dispose-t-il d'un conseil national de lutte contre le sida ou tout autre mécanisme qui encourage une interaction entre le gouvernement et les personnes vivant avec le VIH, la société civile et le secteur privé pour mettre en œuvre les stratégies et les programmes de lutte contre le VIH et le sida ?

Oui

3.1 ***SI OUI***, a-t-il ?

Un mandat	**Oui**
Une composition prédéfinie	**Oui**
Un plan d'action	**Oui**
Un secrétariat fonctionnel	**Oui**
Des réunions périodiques	**Oui, 1 fois par semestre**

SI OUI, Quelles sont les principales réalisations ? - **Mobilisation et implication effective de plusieurs acteurs nationaux et internationaux** - **Mise en application des trois (3) principes « 3-ones » : Elaboration des plans stratégiques nationaux (2000 – 2005 et 2006 – 2010), mise en place d'un organe de coordination et d'un système de suivi-évaluation.** - **Mobilisation croissante des financements nationaux (gouvernement, secteur privé) et internationaux.**
SI OUI ? Quelles sont les principales difficultés que cet organisme ait à surmonter pour remplir sa tâche? - **L'insuffisance de ressources humaines compétentes** - **L'insuffisance de financements par rapport aux besoins** - **La faiblesse de la coordination liée à la multiplicité des interventions et des intervenants surtout au niveau opérationnel.**

4. Quel pourcentage du budget national pour la lutte contre le VIH et le sida a été consacré à des activités réalisées par la société civile au cours de l'année écoulée ?

Pourcentage : [indiquer ici] **12,4% (prévision plan stratégique 2006-2010).**

5. Quel type d'appui le CNLS (ou l'organe équivalent) procure-t-il aux partenaires mettant en œuvre le programme national, en particulier aux organisations de la société civile ?

Information sur les besoins et les services prioritaires	**Oui**
Orientations/ matériels techniques	**Oui**
Achat/distribution des médicaments	**Oui**
Coordination avec les autres partenaires de la mise en œuvre	**Oui**
Renforcement des capacités	**Oui**
Autres : Appui financier**,** Mise à disposition des matériels éducatifs, des préservatifs et des unités mobiles de dépistage VIH	**Oui**

6. Votre pays a-t-il passé en revue les politiques et les lois nationales pour déterminer s'il en existe d'incompatibles avec les politiques nationales de lutte contre le sida ? **Non**

Dans l'ensemble, quelle note attribuez-vous aux efforts d'appui politique aux programmes de lutte contre le VIH et le Sida en 2007 et 2005										
2007	Faible									Elevée
0	1	2	3	4	5	6	7	*8*	9	10
2005	Faible									Elevée
0	1	2	3	4	5	6	*7*	8	9	10

Commentaires sur les progrès réalisés depuis 2005 :

- **Des progrès ont été réalisés en matière d'appui politique aux programmes en termes de décisions politiques en faveur de la décentralisation et de l'accessibilité aux services de lutte contre le VIH et le sida.**

CONCLUSION SUR L'APPUI POLITIQUE

Aux progrès réalisés entre 2000 et 2005, l'appui politique aux programmes s'est matérialisé à travers un engagement croissant en faveur de la décentralisation et de l'accessibilité aux services de lutte contre le VIH et le sida. Cependant quelques défis restent à surmonter notamment dans les domaines des ressources humaines, des financements des activités et de la coordination au niveau surtout au niveau opérationnel.

III. Prévention

1. Votre pays a-t-il mis au point une politique ou une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication (I EC) sur le VIH auprès de l'ensemble de la population ?

Oui

1.1 SI OUI, quels sont les messages les plus diffusés ?

✓ Cocher les messages faisant l'objet d'une promotion explicite

Pratiquer l'abstinence sexuelle	X
Reporter à plus tard la première expérience sexuelle	X
Etre fidèle	X
Limiter le nombre de partenaires sexuels	X
Utiliser régulièrement le préservatif	X
Adopter les pratiques sexuelles à moindre risque	X
Eviter le commerce du sexe	X
S'abstenir de consommer les drogues injectables	X
Utiliser les aiguilles et seringues propres	X
Combattre la violence faite aux femmes	X
Mieux accepter les personnes vivant avec le VIH et leur participation	X
Encourager une plus grande participation des hommes aux programmes de santé reproductive	X

1.2 Au cours de l'année dernière, votre pays a-t-il mis en œuvre une activité ou programme de promotion d'informations précises sur le VIH par l'intermédiaire des médias ?

Oui

2. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou stratégie de promotion d'une éducation sur la santé sexuelle et reproductive abordant la question du VIH destinée aux jeunes ?

Oui

2.1 L'enseignement relatif au VIH fait-il partie du programme d'études dans :

Les écoles primaires ?	Oui
Les écoles secondaires ?	Oui
La formation des enseignants ?	Oui

2.2 Le programme d'études prévoit-il le même enseignement sur la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes hommes et les jeunes filles ?

Oui

2.3 Votre pays dispose-t-il d'une stratégie d'instruction relative au VIH à l'égard des jeunes non scolarisés ?

Oui

3. Votre pays a-t-il mis au point une politique ou une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication et d'autres interventions de santé préventives à l'intention des sous-populations vulnérables ?

Oui

SI OUI, quelles sous-populations sont-elles ciblées et quels éléments de prévention du VIH leur sont-ils dispensés par la politique/ stratégie ?

✓ Cocher les politiques /stratégies existantes

	CDI	HSH	Professionnel(le)s du sexe	Clients du professionnel (le)s du sexe	Personnes incarcérées	Autres sous-populations* [Transporteurs Etudiants Hommes en tenue]
Information ciblée sur la réduction des risques et éducation relative au VIH			X	X	X	X
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination			X	X	X	X
Promotion des préservatifs			X	X	X	X
Conseil et test VIH			X		X	X
Santé reproductive y compris la prévention et le traitement des IST			X	X	X	X
Réduction de la vulnérabilité (création de revenus, par exemple)	S/O	S/O	X	X	S/O	X
Thérapie de substitution médicamenteuse	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O
Echange d'aiguilles et seringues	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O

Dans l'ensemble, quelle note attribuez-vous aux efforts des politiques de prévention du VIH en 2007et 2005 ?											
2007	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires sur les progrès réalisés depuis 2005 :

Les programmes de prévention mettant l'accent sur l'information, l'éducation et la communication sont restés stagnants ; l'accent ayant mis sur la consolidation des acquis.

4. Votre pays a-t-il recensé les districts (ou les circonscriptions équivalentes sur le plan géographique/de la décentralisation) pour lesquels des programmes de prévention du VIH sont nécessaires ?

Oui

SI OUI, dans quelles mesures de programmes ci-dessous de prévention du VIH ont-ils été mis en œuvre dans les districts* pour lesquels la prévention du VIH est nécessaire ?

✓ Cocher les niveaux de mise en œuvre pour chaque activité ou indiquer par S/O si les questions sont sans objet

Programme de prévention du VIH	L'activité est menée dans		
	Tous les districts qui en ont besoin	La plupart des districts* qui en ont besoin	Quelques-uns des districts* qui en ont besoin
Sécurité transfusionnelle			X
Précautions universelles en milieu sanitaire			X
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH		X	
IEC sur la réduction des risques	X		
IEC sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination	X		
Promotion des préservatifs	X		
Conseil et test de dépistage du VIH	X		
Réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables	S/O		
Réduction pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	S/O		
Réduction pour les professionnels (le)s du sexe			X
Programme en faveur d'autres sous-populations vulnérables			X

Programme de prévention du VIH	L'activité est menée dans		
	Tous les districts qui en ont besoin	La plupart des districts* qui en ont besoin	Quelques-uns des districts* qui en ont besoin
Services de santé reproductive y compris la prévention et le traitement des IST		X	
Enseignement relatif au sida en milieu scolaire pour les jeunes			X
Programmes à l'intention des jeunes non scolarisés			X
Prévention du VIH sur le lieu de travail			X
Autre [indiquer ici] Les pratiques traditionnelles qui favorisent l'infection à VIH/Sida			X

Districts ou circonscriptions équivalentes sur le plan géographique/ de la décentralisation dans les zones urbaines et rurales

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de mise en œuvre des programmes de prévention du VIH en 2007 et 2005 ?											
2007	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	*6*	7	8	9	10
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	*8*	9	10

Commentaires sur les progrès réalisés depuis 2005 :

De 2005 à 2007, il n'y a pas eu de progrès significatifs sur les efforts de mise en œuvre de programmes de prévention du VIH en général.

CONCLUSIONS SUR LA PREVENTION

En général, les efforts de mise en œuvre des programmes de prévention du VIH sont restés stagnants. Cependant des progrès sur des aspects particuliers ont été réalisés notamment la prévention de la transmission mère-enfant, le conseil de dépistage du VIH.

IV. Traitement, soins et soutien

1 .Votre pays dispose-t-il d'une politique ou stratégie de promotion du traitement, des soins et du soutien complet pour le VIH ? (Les soins complets incluent, entre autres, le traitement, le conseil et le test VIH, la prise en charge psychosociale, les soins dispensés à domicile et dans la communauté).

Oui

1.1 SI OUI, prennent-elles suffisamment en compte les difficultés que rencontrent les femmes, les enfants et les populations les plus à risque ?

Oui

2. le pays a-t-il recensé les districts (ou leur équivalent sur le plan géographique/ de la décentralisation) qui nécessitent des services de traitement, de soins et de soutien pour le VIH et le sida ?

Oui

SI OUI, dans quelle mesure les services ci-après de traitement, de soins et de soutien pour le VIH et le sida ont-ils été mis en œuvre dans les districts* qui ont été recensés comme ayant besoin ?

✓ Cocher les niveaux de mise en œuvre pour chaque activité ou inscrire S/O si la question est sans objet

Services de traitements de soins et de soutien pour le VIH	L'activité est menée dans		
	Tous les districts* qui en ont besoin	La plupart des districts* qui en ont besoin	Quelques-uns des districts* qui en ont besoin
Traitement antirétroviral		X	
Soins nutritionnels			X
Traitement pédiatrique du sida			X
Traitement des infections sexuellement transmissibles	X		
Soutien psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH et leur famille		X	
Soins à domicile		X	
Soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH			X
Conseil et test de dépistage du VIH pour les patients atteints de tuberculose		X	
Dépistage de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH			X
Prophylaxie antituberculeuse parmi les personnes infectées par le VIH			X
Lutte contre la tuberculose dans les services de traitement et de soins du VIH		X	
Prophylaxie par cotrimoxazole parmi les personnes infectées par le VIH		X	
Prophylaxie post-exposition (ex : exposition au VIH dans le cadre du travail, viol)		X	
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou système d'orientation-recours pour ce traitement par l'intermédiaire du lieu de travail			X
Soins et soutien pour le VIH sur le lieu de travail (y compris aménagement des horaires de travail)			X
Atres programmes : [Soutien **à l'allaitement maternel**]			

***** *districts ou circonscriptions équivalentes sur le plan géographique /de la décentralisation des zones urbaines et rurales.*

3. Votre pays dispose-t-il d'une politique de mise au point /d'utilisation de médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour le VIH ?

Oui

4. Votre pays a-t-il accès à des mécanismes régionaux d'achat et d'approvisionnement en produits de base essentiels tels que les antirétroviraux, les préservatifs et les médicaments de substitution ?

Non

SI OUI, de quels produits s'agit-il ? : [Indiquer ici] :

5. Votre pays dispose –t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite les besoins s supplémentaires au VIH ou au sida des orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) ?

Oui

5.1 ***SI OUI***, le pays utilise-t-il une définition opérationnelle des OEV ?

Oui

5.2 ***SI OUI***, le pays a-t-il mis au point un plan d'action national destiné expressément ?

Oui

5.3 ***SI OUI***, le pays a-t-il estimé le nombre d'OEV qui bénéficient des interventions en place ?

Oui

SI OUI, quel est le pourcentage d'OEV ayant actuellement accès à ces interventions ? *15%*

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez- vous aux efforts engagés pour répondre aux besoins des orphelins et des autres enfants vulnérables en 2007 et 2005 ?											
2007	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	*5*	6	7	8	9	10
2005	Faible										Elevée
	0	1	*2*	3	4	5	6	7	8	9	10
Commentaires sur les progrès réalisés depuis 2005 : **Il est mis en place d'un cadre structurel et organisationnel pour le soutien aux orphelins et autres enfants vulnérables et l'effectivité de la prise en charge.**											

CONCLUSIONS SUR LE TRAITEMENT, LES SOINS ET LE SOUTIEN

Les informateurs interviewés affirment que des progrès importants ont été réalisés dans le domaine du traitement, des soins et du soutien des PVVIH ainsi que dans la prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables.

V. Suivi et Evaluation

1. Votre pays dispose-t-il d'un plan national unique de suivi et d'évaluation (S/E) ?

Oui	Période couverte : 2006 -2010

1.1 Si Oui, a-t-il été avalisé par les partenaires clés du suivi et d'évaluation ? Oui

1.2 Le plan de suivi et d'évaluation a-t-il été élaboré en consultation avec les représentants de la société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH ? Oui

1.3 Les partenaires les plus importants ont-ils aligné et harmonisé leurs critères en matière de suivi et d'évaluation (y compris leurs indicateurs) avec le plan national ?

Oui, tous les partenaires

2. Le plan de suivi et d'évaluation inclut-il ?

Une stratégie de collecte et d'analyse des données	Oui	
La surveillance comportementale	Oui	
La surveillance du VIH	Oui	
Un ensemble normalisé défini d'indicateurs	Oui	
Des directives sur les instruments de collecte des données	Oui	
Une stratégie pour évaluer la qualité et l'exactitude des données	Oui	
Une stratégie de diffusion et d'utilisation des données	Oui	

3. Le plan de suivi et d'évaluation est-il assorti d'un budget ?

Oui	Période couverte : 2008 - 2010

3.1 Si Oui, le financement est-il assuré ? Non

4. Existe-t-il une unité ou un département opérationnel de suivi et d'évaluation ?

Oui

4.1 Si Oui, à quelle entité l'Unité/Département S/E est-elle/il rattaché(e) ?

Au CNLS ou à l'organe équivalent ?	Oui	
Au ministère de la santé ?	Non	
Ailleurs ? (*Indiquer*)		

4.2 Si Oui, combien et quel type de cadres sont-ils employés de façon permanente ou temporaire par l'Unité/Département de S/E ?

Nombre d'employés permanents : 4	Plein temps	Depuis quand ?
Fonction : Chef section Suivi-Evaluation	**X**	2005
Responsable S/E activités prise en charge ARV	**X**	2005
Responsable S/E des autres activités du secteur santé (CDV, PTME, surveillance épidémiologique, etc.)	**X**	2005
Responsable S/E activités prise en charge des OEV et activités des autres secteurs	**X**	2005

Nombre d'employés temporaires :	**00**

4.3 Si Oui, existe-t-il des mécanismes permettant de s'assurer que tous les principaux partenaires chargés de la mise en œuvre remettent leurs données/rapports relatifs au S/E à l'Unité/département de S/E pour examen et inclusion dans les rapports de situation nationaux ?

Oui

Si oui, ce mécanisme fonctionne-t-il ? Quelles sont les difficultés les plus importantes ?
Ce mécanisme n'est pas très opérationnel. Les difficultés majeures sont : la faible organisation du système de collecte et transmission des données dans les sous secteurs, faible complétude et promptitude des rapports et l'insuffisance en financements et ressources humaines compétentes alloués au suivi-évaluation.

4.4 Si Oui, dans quelle mesure les institutions des Nations Unies, les organismes bilatéraux et d'autres institutions partagent-ils les résultats de leurs enquêtes de suivi et d'évaluation ?

Faible					Grande
0	1	2	*3*	4	5

5. Existe-t-il un comité ou groupe de travail qui se réunit régulièrement pour coordonner les activités de suivi et d'évaluation ?

Oui, de manière régulière

Si Oui, date de la dernière réunion : 7 Novembre 2007

5.1 Comprend-il des représentants de la société civile, notamment des personnes vivant avec le VIH ?

Oui

Si Oui, décrire le rôle joué au sein du groupe de travail par les représentants de la société civile et les personnes vivant avec le VIH.

- Ils jouent le même rôle que les autres.

6. L'Unité de suivi et d'évaluation gère-t-elle une base de données nationale centralisée ?

Oui

6.1 Si Oui, de quel type ? Base de données Microsoft Excel, Access et CRIS

6.2 Si Oui, la base de données inclut-elle des informations sur le contenu, les populations cibles et la couverture géographique des activités du programme ainsi que sur les organisations qui les mettent en œuvre ?

Oui

6.3 Existe-t-il un système opérationnel* d'information sur la santé ?

Echelon national	Oui
Niveau sous-national Si oui, à quel(s) niveau(x) ?	Oui : Provincial et district de santé

*(*qui communique régulièrement des données en provenance des services de santé, qui sont agrégées au niveau du district et envoyés au niveau national ; les données sont en outre analysées à différents niveaux).*

6.4 Votre pays publie-t-il au moins une fois par an un rapport de suivi et d'évaluation sur le VIH, y compris des rapports de surveillance du VIH ?

Oui

7. Dans quelle mesure les données de suivi et d'évaluation sont-elles utilisées pour la planification et la mise en œuvre ?

Faible					Grande
0	1	2	*3*	4	5

Quels sont les exemples de données utilisées ?

- Données comportementales (connaissances, utilisation des condoms, etc.) ;
- Données séro-épidémiologiques (prévalence par province/région, par sous-populations) ;
- Données d'impact (Nombre de PVVIH y compris sous traitement, nombre de patients TB/VIH, nombre d'OEV, etc.).
- Données financières (financements mobilisés et taux d'utilisation, etc.)

Quels sont les principaux obstacles à l'utilisation des données ?

- insuffisance dans la complétude des données ;
- faible représentativité des données ;
- insuffisance des données actualisées ;
- fiabilité de certaines données.

8. Une formation au suivi et à l'évaluation a-t-elle été dispensée au cours de l'année écoulée ?

Au niveau national ?	Oui	
Si oui, nombre de personnes formées : 34		
Au niveau sous-national ?	Non	
Si oui, nombre de personnes formées :		
Incluant la société civile ?	Oui	
Si oui, nombre de personnes formées : 10		

Dans l'ensemble, quelle note attribuez-vous aux efforts de suivi et d'évaluation des programmes de riposte au sida réalisés en 2007 et 2005 ?

2007	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	*7*	8	9	10
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	*5*	6	7	8	9	10

Commentaires sur les progrès réalisés depuis 2005 ?

- Des progrès ont été réalisés dans le domaine de suivi-évaluation à travers l'élaboration d'un document normatif, l'harmonisation des indicateurs et outils de suivi-évaluation ainsi que la formation des acteurs clés au niveau central et provincial.

CONCLUSIONS SUR LE SUIVI-EVALUATION

Des progrès notables au niveau de l'organisation technique du suivi-évaluation, le renforcement des capacités (logistiques et humaines) des structures centrales et provinciales, la collecte, diffusion et utilisation des données programmatiques.

Partie B [Responsables des ONGs, organismes bilatéraux et organisations du système de l'ONU]

I. Droit de la personne

1. Question (Q.) Le pays dispose-t-il de lois et de règlements visant à protéger les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination ? *(notamment des dispositions générales non discriminatoires ou des dispositions mentionnant spécifiquement le VIH, s'articulant autour de la scolarisation, du logement, de l'emploi, des soins de santé, etc.)*

   Réponse (R) : Non

2. Q. Le pays dispose-t-il de lois ou de règlements non discriminatoires qui stipulent des protections pour les sous-populations vulnérables ?

   R. Non

3. Q. Y-a-t-il dans le pays des lois, des règlements ou des politiques qui font obstacle à la prévention et au traitement, à des soins et à un soutien efficaces liés au VIH pour les sous-populations vulnérables ?

   R. Non

4. Q. La promotion et la protection des droits de la personne sont-elles explicitement mentionnées dans toute politique ou stratégie de lutte contre le VIH ?

   R. oui.

5. Q. Existe-t-il un mécanisme permettant d'enregistrer, de documenter et de traiter les cas de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et/ou des populations les plus à risque ?

   R. Non

6. Q. Le gouvernement a-t-il, par le biais d'un appui politique et financier, favorisé la participation des populations les plus à risque à la conception des politiques publiques et à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH ?

   R. Oui,
   Les jeunes à travers leur réseau, les femmes à travers leur association et les PVVIH ont participé à l'élaboration et la validation de documents stratégiques tels que le plan stratégique national 2006-2010, le plan opérationnel 2006-2008 et sont aussi des acteurs importants dans la mise en œuvre;

7. Q. Le gouvernement mène-t-il une politique des services gratuits pour :

   Réponse

les services de prévention du VIH	**Oui**
le traitement antirétroviral	**Oui**
Les interventions de soins et de soutien liés au VIH	**Oui**

Il y a la mobilisation des financements auprès de partenaires tels : Fond Mondial, Banque Mondiale, UNITAID, Fondation Clinton et financement de l'Etat (fond PPTE, Fond de solidarité, budget de l'Etat).

8. Q. Le pays dispose-t-il d'une politique garantissant aux hommes et aux femmes un accès égal à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien ? En particulier, l'accès des femmes à ces services en dehors du contexte de la grossesse et de l'accouchement ?

   R. Oui

9. Q. Le pays dispose-t-il d'une politique garantissant un accès égal des populations les plus à risque à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien ?

   R. Oui

   9.1 Q. Existe-t-il des approches différentes pour les différentes populations les plus vulnérables ?

   R. Oui

Les jeunes sont ciblés à travers les clubs de jeunes, en milieu scolaire et dans le cadre des programmes spécifiques aux jeunes tels que les campagnes « vacances sans sida » programme « Education à la vie et à l'amour » etc.

Les femmes aussi sont ciblées à travers des programmes et interventions spécifiques en leur faveur telles que les campagnes de sensibilisation et de dépistage lors des journées commémoratives pour les femmes, la PTME et l'offre gratuit de conseil et du dépistage du VIH.

Les orphelins et enfants vulnérables bénéficient de programmes spécifiques de soutien médical, nutritionnel, scolaire visant à atténuer l'impact du VIH et Sida.

10. Q. Le pays dispose-t-il d'une politique interdisant le dépistage du VIH dans le cadre global de l'emploi *(recrutement, affectation/mutation, nomination, promotion, licenciement)* ?

    R. Non

11. Q. Le pays dispose-t-il d'une politique garantissant que les protocoles de recherche sur le VIH/Sida impliquant des sujets humains sont examinés et approuvés par un comité d'éthique national/local ?

    R. Oui

    11.1 Q. *Si oui, le comité d'éthique inclut-il des représentants de la société civile et des personnes vivant avec le VIH ?*

    R. *Oui.*

Ce comité d'éthique intervient dans l'évaluation des protocoles de recherche afin de s'assurer que les aspects éthiques y sont pris en compte ~~dans le protocole~~. En cas d'avis favorable, il assure le suivi du respect des aspects éthiques lors de la réalisation de cette recherche.

12. Q. Le pays dispose-t-il des mécanismes ci-après de suivi et d'application des droits de la personne ?

a) *Existence d'instructions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de la personne, y compris les commissions pour les droits de la personne, des commissions pour la reforme des lois, des observateurs et des médiateurs s'occupant des questions relatives au VIH et au Sida dans le cadre de leur fonction.*

R. Oui (la Commission Nationale des Droits de l'Homme et des Libertés)

b) *Points focaux au sein du ministère de la santé et d'autres ministères ayant pour fonction de surveiller les infractions aux droits de la personne et la discrimination liées au VIH dans les domaines comme le logement ou l'emploi.*

R. Non

c) *Indicateurs de performance ou de référence concernant :*

- *le respect des droits de la personne dans le contexte des efforts de lutte contre le VIH*

  R. Non

- *la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH*

  R. Oui

Dans l'enquête EDS 2004, il s'agit du pourcentage d'enquêtées qui seraient prête à s'occuper chez ell d'un parent vivant avec le VIH (69,3%), pourcentage d'enquêtées qui achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH (41,2%), pourcentage d'enquêtées qui pensent qu'une enseignante vivante avec le VIH devrait être autorisée à continuer d'enseigner (47,9%) et pourcentage d'enquêtées qui pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH(37,8%)

13. Q. Les membres du système judiciaire (notamment les conseils de prud'hommes/tribunaux du travail) ont-ils été formés/sensibilisés aux questions touchant le VIH, le Sida et les droits de la personne qui peuvent se poser à eux dans le cadre de leurs fonctions ?

R. Oui

14. Q. Les services d'appui juridique suivants existent-ils dans le pays ?

- *Systèmes d'assistance juridique pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et le Sida ;*

  R. Oui (Programme OEV avec MINAS)

- *Cabinets de conseil juridique du secteur privé ou centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à prix réduit aux personnes vivant avec le VIH ;*

  R. Oui (ex. ACAFEJ)

- *Programmes d'éducation et de sensibilisation destinés aux personnes vivant avec le VIH au sujet de leurs droits ;*

  R. Oui

15. Q. Existe-t-il des programmes dont le but est d'amener le public à accepter et à comprendre les personnes touchées par le VIH et le Sida plutôt que les stigmatiser ?

R. Oui

Si oui, comment ces programmes sont-ils véhiculés ?

par les médias	Oui
par l'enseignement scolaire	Oui
par des personnalités s'exprimant régulièrement à ce sujet	Oui

par les témoignages à visage découvert	Oui
par des clubs scolaire et extrascolaire	Oui
par des initiatives diverses telles « vacances sans sida »	Oui
par des causeries éducatives dans les associations de PVVS, les entreprises privées	Oui

16.

Dans l'ensemble, quelle note attribuez-vous aux politiques, lois et règlements relatifs aux VIH/Sida en vigueur en 2007 et 2005 ?											
2007	Faible										Elevée
	0	1	*2*	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Faible										Elevée
	0	1	*2*	3	4	5	6	7	8	9	10
Commentaires sur les progrès réalisés depuis 2005 ? Des politiques, lois et règlements existants n'ont pas encore été révisés pour intégrer les aspects spécifiques liés au VIH et Sida.											

Dans l'ensemble, quelle note attribuez-vous aux efforts destinés à faire appliquer les politiques, lois et règlements en vigueur en 2007 et 2005 ?											
2007	Faible										Elevée
	0	1	2	*3*	4	5	6	7	8	9	10
2005	Faible										Elevée
	0	1	*2*	3	4	5	6	7	8	9	10
Commentaires sur les progrès réalisés depuis 2005 ? Malgré l'absence des lois spécifiques, des progrès timides ont été réalisés en matière de sensibilisation sur les droits et devoirs des PVVIH.											

CONCLUSIONS SUR LES DROITS DE LA PERSONNE

- Il y a manifestation d'intérêt en matière de politique, lois et règlements relatifs au VIH et sida quand bien même la réalité n'est pas encore palpable.
- Le projet de lois relatives aux droits des personnes vivant avec le VIH/Sida soumis à l'Assemblée Nationale depuis 2004 n'est jusqu'à nos jours pas examiné.

II. Participation de la société civile

1. Dans quelle mesure la société civile a-t-elle contribué au renforcement de l'engagement politique des principaux dirigeants et à la formulation des politiques nationales ?

Faible					Grande
0	1	2	3	*4*	5

2. Dans quelle mesure les représentants de la société civile ont-ils participé au processus de planification et de budgétisation du Plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida ou au plan d'action actuel (ex : en assistant aux réunions de planification et en révisant les projets) ?

Faible					Grande
0	1	2	3	4	*5*

3. Dans quelle mesure les services dispensés par la société civile dans les domaines de la prévention, du traitement, des soins et du soutien relatifs au VIH sont-ils inclus ?

   a. dans les plans stratégiques et les rapports nationaux ?

Faible					Grande
0	1	2	3	*4*	5

   b. dans le budget national ?

Faible					Grande
0	1	2	*3*	4	5

4. Le pays a-t-il fait participer la société civile à l'examen national du Plan stratégique national ?

Oui

   Si Oui, quand cet examen national a-t-il eu lieu ?

   L'examen a eu lieu en **2004** et **2005**

5. Dans quelle mesure la représentation du secteur de la société civile dans les efforts de lutte contre le VIH/Sida reflète-t-elle sa diversité ?

Faible					Grande
0	1	2	*3*	4	5

Enumérer les types d'organisations de la société civile qui sont représentées dans les efforts de lutte contre le VIH et le sida :

- **Réseaux d'associations de PVVIH (RECAP+, CANEP),**
- **Associations des tradipraticiens,**

- **Organisations confessionnelles (catholique, protestant, musulman)**
- **Organisations professionnelles (ordre des pharmaciens, des médecins, etc.)**
- **Organisations communautaires (FAWECAM, Horizon_femmes, etc.)**
- **Organisations du patronat (GICAM),**
- **Syndicats des travailleurs (CSTC, CTU, etc.)**
- **Réseau des jeunes**
- **Etc.**

La société civile inclut notamment : les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les organisations féminines, les organisations des jeunes, les organisations confessionnelles, les organisations de services relatifs au sida, les organisations communautaires, les organisations de personnes appartenant aux sous-populations vulnérables, les organisations de travailleurs, les organisations consacrées aux droits humains, etc.

6. Dans quelle mesure la société civile a-t-elle la possibilité d'avoir accès à :

   a. une aide financière suffisante pour mettre en œuvre ses activités dans le domaine du VIH ?

Faible					Grande
0	1	2	*3*	4	5

   b. un soutien technique adéquat pour mettre en œuvre ses activités dans le domaine du VIH ?

Faible					Grande
0	1	2	*3*	4	5

Dans l'ensemble, quelle note attribuez-vous aux efforts visant à accroitre la participation de la société civile en 2007 et 2005 ?											
2007	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	*9*	10
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	*8*	9	10

Commentaires sur les progrès réalisés depuis 2005 ?

Progrès importants visant à accroitre la participation de la société civile à tous les niveaux ont été accomplis entre 2005 et 2007 y compris en matière de financement de leurs actions.

CONCLUSION SUR LA PARTICIPATION DE LA SOCIETE CIVILE

La participation de la société est de plus en plus visible dans le cadre de l'élaboration des politiques et stratégies, ainsi que la mise en œuvre des actions de lutte contre le VIH et Sida. Ceci a été rendu possible grâce aux efforts du gouvernement et des partenaires au développement, à travers le renforcement de leurs capacités, l'octroi de financements et la mise en place des mesures incitatives.

III. Prévention

1. Le pays a-t-il recensé les districts (ou leurs équivalents géographiques/périphériques) dans lesquels des programmes de prévention du VIH sont nécessaires ? **Oui**

Si Oui, dans quelle mesure les programmes de prévention du VIH ci-dessous ont-ils été mis en œuvre dans les districts qui en ont besoin ?

✓ *Cocher les niveaux de mise en œuvre pour chaque activité ou inscrire S/O le cas échéant*

Programme de prévention du VIH	**L'activité est menée dans**		
	Tous les districts qui en ont besoin	La plupart des districts* qui en ont besoin	Quelques-uns des districts* qui en ont besoin
Sécurité transfusionnelle			X
Précautions universelles en milieu sanitaire			X
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH		X	
IEC sur la réduction des risques	X		
IEC sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination	X		
Promotion des préservatifs	X		
Conseil et test VIH	X		
Réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables	S/O		
Réduction pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	S/O		
Réduction pour les professionnels (le)s du sexe			X
Programme en faveur d'autres sous-populations vulnérables			X
Services de santé reproductive y compris la prévention et le traitement des IST		X	
Enseignement relatif au sida en milieu scolaire pour les jeunes			X
Programmes à l'intention des jeunes non scolarisés			X
Prévention du VIH sur le lieu de travail			X
Autre [indiquer ici] Les pratiques traditionnelles qui favorisent l'infection à VIH/Sida			X

*(*Districts ou circonscriptions équivalentes sur le plan géographique/de la décentralisation dans les zones urbaines et rurales)*

Dans l'ensemble, quelle note attribuez-vous aux efforts engagés pour la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH en 2007 et 2005 ?											
2007	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	*6*	7	8	9	10
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	*7*	8	9	10

Commentaires sur les progrès réalisés depuis 2005 ?

En 2000-2005, le plan stratégique national a mis un accent sur la prévention avec le financement Banque mondiale. Depuis 2006, la prévention a subi une nette baisse à cause de l'insuffisance de financements.

CONCLUSION SUR LA PREVENTION

Les programmes de prévention semblent moins évidents à l'échelle nationale ; l'accent est plus mis sur l'accès universel aux ARV et les dépenses de fonctionnement (salaires, véhicules du personnel, etc.) au détriment des activités de prévention.

IV. Traitement, soins et soutien

1. Le pays a-t-il identifié les districts (ou leur équivalent sur le plan géographique/de la décentralisation) ou des services de traitement, de soins et de soutien sont nécessaires ?

Oui

Si Oui, dans quelle mesure les services de traitement, de soins et de soutien liés au VIH ci-dessous ont-ils été mis en œuvre dans les districts qui ont été recensés comme en ayant besoin ?

✓ Cocher les niveaux de mise en œuvre pour chaque activité ou inscrire S/O le cas échéant.

Services de traitement, de soins, et de soutien relatifs au VIH et au Sida	Le service est disponible dans :		
	Tous les districts qui en ont besoin	La plupart des districts qui en ont besoin	Quelques-uns des districts qui en ont besoin
Thérapie antirétrovirale		**X**	
Soins nutritionnels			**X**
Traitement pédiatrique du sida		**X**	
Traitement des infections sexuellement transmissibles	**X**		
Soutien psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH et leur famille		**X**	
Soins à domicile		**X**	
Soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH		**X**	
Conseil et test VIH pour les patients atteints de tuberculose			**X**
Dépistage de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH			**X**
Prophylaxie antituberculeuse chez les personnes infectées par le VIH **(2)**			**X**
Lutte contre la tuberculose dans les services de traitement et de soins liés au VIH			**X**
Prophylaxie par cotrimoxazole chez les personnes infectées par le VIH		**X**	
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours pour ce traitement par l'intermédiaire du lieu de travail			**X**
Soins et soutien liés au VIH sur le lieu de travail (notamment aménagement des horaires de travail) **(2)**			**X**

Dans l'ensemble, quelle note attribuez-vous aux efforts engagés par les programmes de traitement, de soins et de soutien du VIH et du Sida en 2007 et 2005 ?											
2007	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	*8*	9	10
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	*5*	6	7	8	9	10

Commentaires sur les progrès réalisés depuis 2005 ?

Des progrès énormes ont été réalisés dans le domaine du traitement à travers la réduction du coût des ARV, des examens biologiques, du traitement des infections opportunistes à moindre coût et enfin la gratuité des ARV en Mai 2007 et la création des unités de prise en charge à l'échelle nationale.

2. Quel pourcentage de programmes et services ci-après pour le VIH est-il, selon les estimations, assumé par la société civile ?

Prévention pour les jeunes	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Prévention pour les populations les plus vulnérables : - CDI - HSH - Professionnel(le)s du sexe	<25% <25% <25%	25-50% 25-50% 25-50%	50-75% 50-75% 50-75%	>75% >75% >75%
Conseil et test	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Services cliniques (IO/ART)	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Soins à domicile	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Programmes en faveur des OEV	<25%	25-50%	50-75%	>75%

IO/ART : Infections opportunistes
OEV : Orphelins et Enfants Vulnérables

3. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite les besoins supplémentaires relatifs au VIH/Sida des orphelins et d'autres enfants vulnérables (OEV) ?

Oui

3.1 Si Oui, le pays utilise-t-il une définition opérationnelle des OEV ?

- **Oui**

3.2 Si Oui, le pays dispose-t-il d'un plan d'action national destiné expressément aux OEV ?

Oui

3.3 Si Oui, le pays a-t-il estimé le nombre d'enfants qui bénéficient des interventions en place ?

Oui

Si Oui, Quel est le pourcentage d'OEV qui en bénéficie ? 15%.

CONCLUSIONS SUR LE TRAITEMENT, LES SOINS ET LE SOUTIEN

Les progrès dans le domaine du traitement, des soins et du soutien sont palpables mais des efforts importants doivent être fournis pour couvrir l'arrière pays.
La prise en charge des OEV est effective mais un accent doit être mis sur le suivi et la pérennisation.

ANNEXES 3

REFERENCES

- Enquête Démographique et de Santé 2004
- Enquête Séro-épidémiologique et Comportementale dans les Groupes spécifiques, CNLS/MINSANTE 2004
- Guide de suivi et évaluation du PSN 2006 – 2010
- Guide PTME Cameroun, 2006
- Institut pour la Recherche, le Développement socio économique et la Communication (IRESCO). 2001. Enquêtes de Surveillance des comportements Relatifs aux VIH/Sida au Cameroun, Rapport de synthèse. Rapport d'étude, FHI/IRESCO
- Institut National de la Statistique (INS) [Cameroun]. 2001. Enquête à Indicateurs Multiples, 2000 (MICS 2000, 2006. Yaoundé, Cameroun : DSCN.
- Institut National de la Statistique (INS). Enquête Camerounaise auprès des Ménages, 2001, 2003Yaoundé, Cameroun : Ministère des Affaires Economiques, de la Programmation et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT).
- La Riposte 2007, ONUSIDA
- Marginal Budgeting for Bottlenecks (MBB) 2006
- Nations Unies. 2003. Rapport Pays : Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Yaoundé, Cameroun : Nations Unies.
- Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida. Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base, ONUSIDA. 2007.
- Plan d'action CNLS 2007
- Plan Opérationnel 2006-2008 CNLS
- Plan Stratégique de lutte contre le SIDA 2000 - 2005, 2006 – 2010
- Rapports annuels CNLS 2003, 2004, 2005 et 2006
- Rapport à mi parcours du CNLS, septembre 2007
- Rapport de l'élaboration du Cadre de dépenses à moyen terme pour la lutte contre le SIDA 2008 – 2010
- Rapport de l'Enquête de séroprévalence du VIH et de l'étude comportementale dans les forces de Défense 2005
- Rapport de Progrès CNLS N° 2, 3, 4, 5, 6 et 7
- Rapport du premier semestre CNLS 2007
- Rapport ONUSIDA 2006
- Rapport GICAM 2006
- Rapport UNGASS 2005
- Rapport de mission de supervision de la société civile dans le cadre du suivi de la Déclaration d'engagement UNGASS. IRESCO 2007
- Stratégie sectorielle de santé 2001-2010. Edition 2002.
- Etude sur la mesure de l'impact du VIH/SIDA sur le système éducatif camerounais. UNESCO/CNLS/UNAIDS 2005

ANNEXES 4

LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPE A L'ELABORATION DU RAPPORT UNGASS 2007

• Pr. KOULLA SHIRO Sinata	Vice-président CNLS et Conseiller Technique N°1 auprès de MINSANTE
• Pr. BELLA ASSUMPTA Lucienne	Directeur, Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) MINSANTE
• Dr ZOUNG KANYI - BISSEK Anne Cécile	Sous Directeur chargé des IST/VIH, Direction de la Lutte contre la Maladie MINSANTE
• Dr FEZEU Maurice	Secrétaire Permanent GTC/CNLS
• Dr NNOMZO'O Etienne	Secrétaire Permanent Adjoint GTC/CNLS
• Dr IBILE ABESSOUGUIE	Chef SPSE/GTC/CNLS
• Mme MASSOUD Nicole	Coordinatrice ONUSIDA Cameroun
• Dr KAGNASSY SY Dado	Conseiller Suivi Evaluation ONUSIDA Cameroun
• Mme NYEMECK Evelyne	Assistant Exécutive ONUSIDA Cameroun
• Dr MILENGE Pascal	Administrateur Technique, OMS Cameroun
• Mr KEMBOU Etienne	Conseiller National VIH/SIDA, OMS Cameroun
• Mr MACAULEY BABILA Isaac	Chef de Bureau de Prise en Charge Médicale DLM
• Dr. Spéciose HAKIZIMANA	Chef, Section SIDA et Point Focal SIDA UNICEF
• Dr. Helen CHENDI	Chargé de programmes Prévention chez les jeunes UNICEF
• Mr. Bernard NGAMO	Chargé de programmes, OEV UNICEF
• Dr. Linda Ethel NSAHTIME-AKONDENG	Chargé de programmes, PTME UNICEF
• Dr. Antoinette Gody BOKA-YAO	Chargé de programmes, PTME UNICEF
• Mme Delphine HIOL BISSEK	Point Focal SIDA UNESCO
• Mr. William NGUE	Expert en innovation pédagogique, UNESCO
• Dr. Flavien YELE	Point Focal SIDA UNFPA
• Dr. Valentine Douala MOUTENG	Point Focal SIDA BIT
• Mr TENDOH TEBON Peter	Cadre Section Suivi Evaluation GTC/CNLS
• Mr DASSI Nicolas	Cadre Section Suivi Evaluation GTC/CNLS
• Mr MBOUI BILONG Etienne Gérard	Cadre Section Suivi Evaluation GTC/CNLS
• Mr. AROGA Désiré	Point Focal SIDA Ministère de l'Education de Base
• Mr DJELASSEM SAKOR	Consultant pour l'enquête INCP Société Civile
• Mr TEKE JOHNSON	Consultant pour l'enquête INCP Société Civile