

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE
PUBLIQUE

COMITE NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA

GROUPE TECHNIQUE CENTRAL

SECRETARIAT PERMANENT

SECTION PLANIFICATION SUIVI
EVALUATION



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work - Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

NATIONAL AIDS CONTROL
COMMITTEE

CENTRAL TECHNICAL GROUP

PERMANENT SECRETARIAT

PLANNING MONITORING AND
EVALUATION SECTION

**RAPPORT ANNUEL 2010
DES ACTIVITES DU PROGRAMME
NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE
SIDA**



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONU/DG
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES FIGURES	V
ACRONYMES	VI
INTRODUCTION.....	1
AXE STRATEGIQUE I : VERS L'ACCES UNIVERSEL A LA PREVENTION EN FAVEUR DES GROUPES CIBLES PRIORITAIRES.....	3
I.1 CONSEIL ET DEPISTAGE	3
I.2 PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES IST.....	4
I.3 PROMOTION DU PRESERVATIF	5
I.4 SECURITE SANGUINE.....	7
I.5 PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT (PTME)	7
1.5.1 NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE PTME EN 2010	Error! Bookmark not defined.
I. Couverture géographique de la PTME au Cameroun	Error! Bookmark not defined.
II. Dépistage du VIH chez les femmes enceintes	Error! Bookmark not defined.
III. Couverture en ARV chez la femme enceinte séropositive.....	Error! Bookmark not defined.
IV Suivi de l'enfant né de mère séropositive	Error! Bookmark not defined.
V Implication des partenaires des femmes enceintes dans la PTME.....	Error! Bookmark not defined.
VI Mobilisation communautaire en faveur de la PTME	Error! Bookmark not defined.
VII Aperçu de la cascade de la PTME/PECP en 2010.....	Error! Bookmark not defined.
VIII Performances régionales en PTME/PECP et choix des zones d'interventions prioritaires.	Error! Bookmark not defined.
IX. Perspectives.....	Error! Bookmark not defined.
AXE STRATEGIQUE II : VERS L'ACCES UNIVERSEL AUX TRAITEMENTS ET SOINS EN FAVEUR DES ENFANTS ET ADULTES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA	24
II.1 ACCESSIBILITE DU TRAITEMENT ARV POUR LES ADULTES ET LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH	24
II.1.1 Facteurs favorables à l'accès universel aux traitements.....	24
i. La décentralisation progressive de la prise en charge	24
ii. Le recrutement du personnel paramédical.....	26
iii. La formation du personnel médical et paramédical	26
iv. Equipements des structures de prise en charge en matériels biomédicaux.....	26
v. Approche tutorat	27
vi. Subvention du traitement et des examens de suivi biologique.....	27
II.1.2 Progrès en matière de prise en charge des PVVIH sous ARV.....	27
i. Recrutement des PVVIH (Adultes et enfants)	27
ii. Dynamique de recrutement dans les régions	29
II.1.3 Traitement des infections opportunistes (IO).....	31
II.2 PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE ET NUTRITIONNELLE DES PVVIH	31
II.3 SURVEILLANCE DE L'EMERGENCE DES RESISTANCES AUX ARV	32
AXE STRATEGIQUE III: PROTECTION ET SOUTIEN AUX ORPHELINS ET ENFANTS VULNERABLES (OEV)	37
AXE STRATEGIQUE IV : APPROPRIATION DE LA LUTTE PAR LES ACTEURS	38
LE SECTEUR PUBLIC.....	38
ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ET SOCIETE CIVILE	40
AXE STRATEGIQUE V : SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET PROMOTION DE LA RECHERCHE	50
V-1 DOMAINE DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE	50
V.1.1 SURVEILLANCE SENTINELLE DU VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES.....	50
V.1.2 SURVEILLANCE DE L'EMERGENCE DES RESISTANCES AUX ARV	50
V-2 PROMOTION DE LA RECHERCHE.....	50
AXE STRATEGIQUE VI : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU PARTENARIAT ET DU SUIVI/EVALUATION ..	54

VI.1 COORDINATION ET GESTION ADMINISTRATIVE.....	54
6-1.1. <i>Les missions d'audit</i>	54
6-1.2 <i>Flux des dépenses en matière de lutte contre le Sida</i>	54
6.2 LE SUIVI EVALUATION.....	54
6.2.1 <i>Système de Suivi Evaluation actuel en 2010</i>	54
6.2. 2 - <i>Suivi des intrants</i>	55
6.2.2.1- Organisation de la chaîne d'approvisionnement des intrants.....	56
6.2.2.2 - Suivi de la mise en œuvre du plan d'approvisionnement et de gestion des intrants.....	
6.2.2.3- Assistance des partenaires au développement	57
6.2.2.4 Activités prévues dans le volet intrant en 2010.....	57
6.2.2.5- Etat des lieux de la gestion logistique en intrants en 2010 :	59
6.3- GESTION FINANCIERE (A COMPLETER PAR LA SPM ET SAF)	64
6.3.1 – <i>Géographie des ressources financières de l'année 2010 du GTC-CNLS</i>	
6.3.2 – <i>Acquisitions directes de l'année 2010 par le GTC-CNLS</i>	
CONCLUSION	68

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Niveau de réalisation des indicateurs de suivi du programme pour la période allant de 2006 à 2010	
-----	Error! Bookmark not defined.
Tableau 2 : Dépistage du VIH en CPN	----- Error! Bookmark not defined.
Tableau 3 : couverture de l'offre du bilan d'orientation CD4 aux femmes enceintes VIH+-----	Error! Bookmark not defined.
defined.	
Tableau 4 : analyse des besoins en appareil CD4 pour l'extension des services-----	Error! Bookmark not defined.
Tableau 5 : Prophylaxie ARV et Cotrimoxazole chez les femmes enceintes infectées et enfants nés de mères séropositives en 2010-----	Error! Bookmark not defined.
Tableau 6 : Contribution des différentes Régions au diagnostic pédiatrique à la 6ème semaine par ADN-PCR -----	Error! Bookmark not defined.
Bookmark not defined.	
Tableau 7 : contribution des sites offrant la PTME au diagnostic pédiatrique à la 6ème semaine par ADN-PCR-----	Error! Bookmark not defined.
Bookmark not defined.	
Tableau 8 : Choix du mode d'alimentation de l'enfant né de mère séropositive-----	Error! Bookmark not defined.
Tableau 9 : Enroulement des partenaires des femmes enceintes séropositives à la PTME ---	Error! Bookmark not defined.
Tableau 10 : Dispositif existant pouvant être mis à contribution la mise en œuvre des interventions de renforcement du système communautaire -----	Error! Bookmark not defined.
Error! Bookmark not defined.	
Tableau 11 : Répartition des interventions de PTME en fonction des besoins spécifiques des régions -	Error! Bookmark not defined.
defined.	
Tableau 12 : Couverture régionale en FS et DS en activités de prise en charge des PVVIH en 2010-----	25
Tableau 13 : Formation du personnel médical et paramédical dans le cadre de l'accès universel, 2005 - 2010-----	26
Tableau 14 : Répartition des PVVIH sous ARV par sexe et par région-----	28
Tableau 15 : Dynamique de recrutement des malades sous ARV par région -----	29
Tableau 16 : Evolution de la consommation des ARV par type de protocole : 2006- 2009-----	30
Tableau 17 : Traitement des PVVIH pour les IO : 2006-2010-----	31
Tableau 18 : Résultats des indicateurs d'alerte précoces obtenus dans les 40 sites enquêtés en 2010. -----	33
Tableau 19 : activités réalisées par l'ONG Alternatives Cameroun en 2010-----	41
Tableau 20 : Synthèse des interventions des ONG/Associations en 2010-----	44
Tableau 21 : Récapitulatif des interventions par les partenaires bilatéraux et multilatéraux en 2010-----	48
Tableau 22 : Liste des travaux de recherche effectués au cours de l'année 2010-----	51
Tableau 23 : Liste non exhaustive des travaux de recherches effectués à la FMSB de Yaoundé en 2010-----	52
Tableau 24 : Rôle des intervenants dans la chaîne de distribution des intrants -----	56
Tableau 25 : Besoins prévisionnels en ARV en 2010-----	58
Tableau 26 : Besoins prévisionnel en MIO-----	59
Tableau 27 : Etat récapitulatif des ARV adultes de 1ere lignes livrés dans les CAPR en 2010-----	60
Tableau 28 : -----	
Tableau 29: Liste des acquisitions réalisées en 2010 par le CNLS-----	
Tableau 30 : RECAPITULATIF DU MATERIEL DE SENSIBILISATION ET DE DEPISTAGE -----	
Tableau 31 Liste du personnel du CNLS-----	79

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution du nombre de personnes dépistées au VIH : 2006-2010 -----	4
Figure 2 : Evolution de la distribution de préservatifs au Cameroun : 2005-2010 -----	7
Figure 3 : Enrôlement des formations sanitaires et des Districts de Santé dans la PTME Source : CNLS, 2010-----	Error! Bookmark not defined.
Figure 4 : Profil évolutif 2004-2010 de la fréquentation de la CPN1 au Cameroun. Source CNLS 2010-	Error! Bookmark not defined.
Figure 5 : Évolution de la couverture en ARV chez la femme enceinte VIH+ Source : CNLS, 2010 --	Error! Bookmark not defined.
Figure 6 : Évolution des FS collectant les DBS au Cameroun Source : CNLS, 2010 -----	Error! Bookmark not defined.
Figure 7 : Couverture en sites de prélèvement des DBS au Cameroun en 2009 Source : CNLS/CIRCB/CDC, 2010 -----	Error! Bookmark not defined.
Figure 8 : Profil d'enrôlement des enfants sous trithérapie ARV : 2003-2009 Source : CNLS, 2009 ----	Error! Bookmark not defined.
Figure 9: Répartition des associations de femmes par région -----	Error! Bookmark not defined.
Figure 10 : Situation de la cascade de la PTME/PECP en 2009 et 2010. -----	Error! Bookmark not defined.
Figure 11 : Analyse des performances des régions par rapport aux moyennes nationales de couverture CPN1 et en régime ARV pour la réduction de la TME en 2010 au Cameroun-----	Error! Bookmark not defined.
Figure 12 : Implication des structures sanitaires et des districts dans la prise en charge des PVVIH : 2002 - 2010 -----	25
Figure 13 : Evolution de la file active des malades sous ARV : 2005 – décembre 2010 -----	27
Figure 14 : File active des enfants sous ARV : 2003 – 2010-----	29
Figure 15 : Performances régionales en matière de prise en charge des PVVIH entre 2009 et 2010-----	30
Figure 16 : Résultats de l'évaluation des indicateurs d'alerte précoce de la pharmaco résistance du VIH pour l'ensemble des 19 sites de TAR enquêtés en 2009 au Cameroun -----	32
Figure 17 : Synthèse des Résultats des IAP 2010 -----	36

ACRONYMES

CAS	
ACDI	Agence Canadienne pour le Développement International
ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
AES	Accident d'exposition au sang
ANRS	Agence Nationale (française) de Recherche sur le Sida
ARV	Antirétroviraux
AUPF	
CAPR	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCLS	Comité Communal de Lutte contre le Sida
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIRCB	Centre International de Référence Chantal BIYA pour la recherche sur la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPDV	Centre de Prévention et de Dépistage Volontaire
CPN	Consultation Prénatale
CRESAR	Centre de Recherche pour la Santé des Armées
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le Sida
CSLS	Comité Sectoriel de Lutte contre le Sida
CSN	Cadre Stratégique National
CTA	Centre de Traitement Agréé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
EVF	Education à la Vie Familiale
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DS	District de Santé
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
GFTAM	Global Fund to fight against Tuberculosis, AIDS and Malaria
GICAM	Groupement Inter Patronal du Cameroun
GTR	Groupe Technique Régional
GI Z	Coopération Technique allemande
IAP	Indicateur d'Alerte Précoce des résistances du VIH aux ARV
IDA	International Development Agency
INNRT	Inhibiteur Non Nucléosidique Reverse Transcriptase

INRT	Inhibiteur Nucléosidique Reverse Transcriptase
IO	Infections Opportunistes
IP	Inhibiteur de Protéases
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
KFW	Kreditanstalt für Wiederaufbau (Banque allemande de développement)
LANACOME	Laboratoire National de Contrôle Médical
MAP	Programme Multisectoriel de lutte contre le Sida
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MIO	Médicaments pour les Infections Opportunistes
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCR	
PEC	Prise en charge
PGCSS	Programme de Prévention du VIH/Sida en Afrique Centrale
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PMI	Petites et Moyennes Industries
PMLS	Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PPSAC	Programme de Prévention du VIH/Sida en Afrique Centrale
PSN	Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida et les IST
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RECAP +	Réseau Camerounais des Personnes Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TB	Tuberculose
TS	Transfusion Sanguine
UM	Unité Mobile
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	United Nations High Commission for Refugees
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPEC	Unité de Prise en charge
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

L'année 2010 a marqué la fin du PSN 2006 - 2010. La prévalence du VIH dans la population générale estimée à 5,1% (Rapport EPP-SPECTRUM 2010) reste encore élevée. En effet le Cameroun reste un pays à épidémie généralisée, bien que l'épidémie semble contrôlée. De très nombreuses activités concourant à réduire la propagation de l'infection et l'impact du VIH dans la population générale ont été réalisées depuis le lancement du Plan Stratégique National 2006-2010. L'année 2010 a été une année d'évaluation des résultats et des stratégies de cette période. Il résulte principalement de cette évaluation que l'épidémie est stabilisée, mais la vulnérabilité liée au Genre a progressé. En effet non seulement le sexe féminin est environ 2/3 fois plus touché, mais aussi la progression du virus est inquiétante dans certains groupes spécifiques, à l'instar des travailleurs du sexe.

2010 au Cameroun a été également une année de planification stratégique. En effet à la lumière de l'évaluation du PSN 2006- 2010, des priorités ont été identifiées pour la période 2011-2015. Elles ont permis d'élaborer une nouvelle stratégie nationale de lutte contre le VIH-Sida pour une période de cinq ans. Sur la base de cette stratégie, le Cameroun a soumis une proposition au 10^{ème} Round du Fond Mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose. Cette proposition a reçu un accueil favorable du conseil d'administration de cette auguste institution pour un financement d'un montant de 64,8 milliards de francs CFA. L'Etat du Cameroun, avec l'appui de ses multiples partenaires a par ailleurs poursuivi en 2010 la riposte contre le VIH et le Sida tel que planifiée. L'année 2010 a été marquée également par la réalisation des études permettant de renseigner des indicateurs importants concernant la surveillance des résistances du VIH aux ARV, la décentralisation des activités de prise en charge des PVVIH, la prévention des nouvelles infections avec l'extension de la couverture territoriale en offre de service PTME, la prise en charge des IST, le conseil et dépistage, la sécurité sanguine et la promotion de l'utilisation du préservatif etc.

- Les principaux résultats obtenus en 2010 sont les suivants **356 415** personnes, y compris les femmes enceintes, ont été testées au VIH ;
- **293 583** femmes enceintes ont été testées dans le cadre de la PTME et **6,9%** étaient déclarées séropositives ;
- **6376** enfants nés de mères séropositives ont été testés à la PCR, **8,9%** des enfants testés étaient positifs. On note une réduction du nombre d'enfants testés, mais aussi une réduction de la transmission Mère-Enfant. Toutefois une étude plus fine pourra mieux éclairer ces résultats.
- **20 270 856** préservatifs dont **19 494 100** masculins et **776 756** féminins ont été distribués
- La file active des PVVIH sous ARV en fin décembre 2010 se situe à **89 455** soit **36,5%** des 249 341 estimés éligibles au traitement ARV ;

- **12 914** OEV ont été soutenus suivant les normes du programme. Ce chiffre laisse entrevoir un relâchement du soutien aux OEV par rapport à 2009 où 48 797 OEV avaient été soutenus.

Ce rapport présente les activités menées au Cameroun en 2010 dans le cadre de la riposte contre le VIH et le Sida. Il n'est pas exhaustif. Il ne met en relief que les activités qui ont été rapportées avant son impression ; en effet, plusieurs acteurs de la lutte peinent à rapporter leurs activités. Il a été élaboré avec la collaboration des partenaires et acteurs de la lutte contre le Sida. Il est présenté en six chapitres suivant les axes du Plan Stratégique National 2006 -2010: (i) l'accès universel à la prévention, (ii) l'accès universel aux traitements et soins en faveur des Enfants et des Adultes vivant avec le VIH, (iii) la protection et soutien aux Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV), (iv) l'appropriation de la lutte par les acteurs, (v) la surveillance épidémiologique et la promotion de la recherche, et (vi) le renforcement de la coordination, du partenariat et du suivi-évaluation. Il ressort en dernier lieu les contraintes, les difficultés de mise en œuvre et les recommandations.

AXE STRATEGIQUE I :

VERS L'ACCES UNIVERSEL A LA PREVENTION EN FAVEUR DES GROUPES CIBLES PRIORITAIRES

La réduction des nouvelles infections constitue l'objectif majeur du Gouvernement en matière de riposte contre le VIH et le Sida. Aussi, la stratégie d'accès universel en matière de prévention tend –elle à rendre disponible et ainsi d'améliorer la couverture en services de prévention dans tous les districts et aires de santé. Cette stratégie de prévention s'articule autour d'un certain nombre de domaines d'interventions clés définies dans le PSN 2006-2010. L'on peut citer : (i) le conseil et dépistage, (ii) le diagnostic et prise en charge des IST, (iii) la promotion du préservatif, (iv) la sécurité sanguine, (v) la réduction de nouvelles infections chez les jeunes et les femmes et, (vi) la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

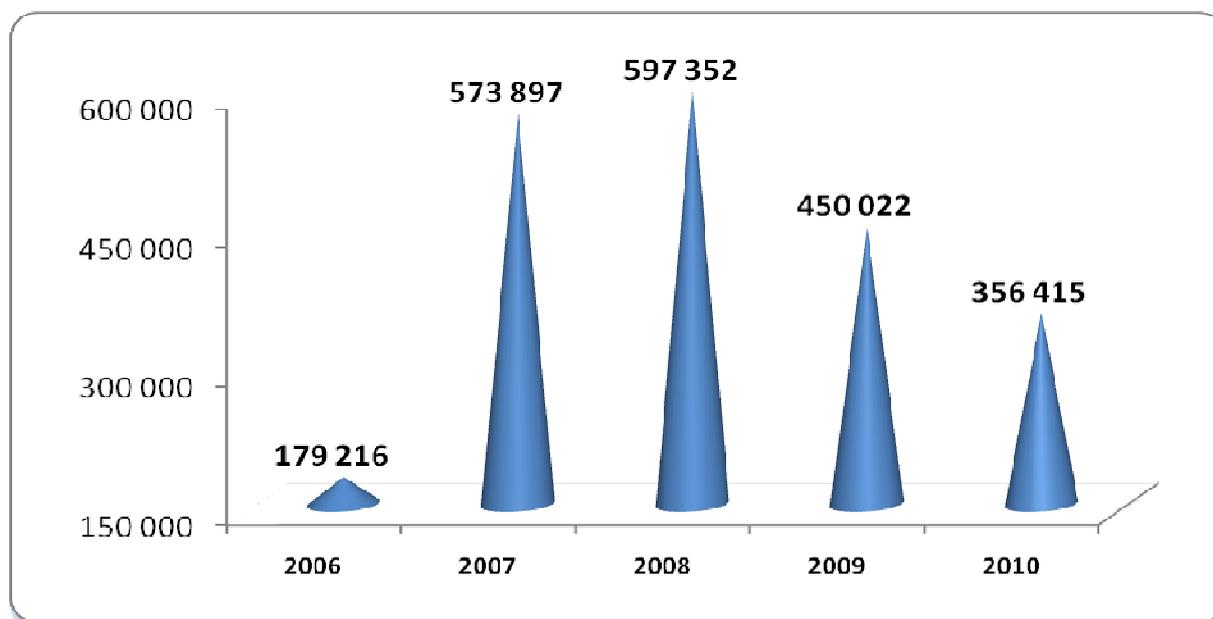
I.1 Conseil et Dépistage

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

En 2010, l'objectif visé en termes de dépistage était de faire connaître à 1 000 000 de personnes leur statut sérologique. Ce conseil et dépistage se fait à travers deux stratégies : la stratégie fixe dans les formations sanitaires et la stratégie mobile par les unités mobiles de dépistage.

En 2010, avec l'appui des partenaires tels que le programme Germano Camerounais de santé/Sida, Care and Health Program, **356 415** personnes ont été testées et ont retiré leur résultat, représentant 31,7% des personnes attendues. Les formations sanitaires ont contribué à 95,54%, soit 340 519 personnes.

Figure 1 : Evolution du nombre de personnes dépistées au VIH : 2006-2010



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

I.2 Prévention et prise en charge des IST

L'objectif dans ce domaine du PNS 2006/2010 était de réduire de 50 % la prévalence des IST au sein de la population générale et particulièrement chez les groupes à risques avec comme stratégie de mettre un accent sur l'intégration des IST dans le paquet minimum des services de santé de la reproduction. Pour atteindre cet objectif, le renforcement du diagnostic et prise en charge des IST chez 140 000 patients au sein des groupes vulnérables a été planifiée en 2010 avec l'appui du GFTAM via CHP et CARE Cameroun. Ces ONG mettent en œuvre le programme de prévention des IST,VIH et Sida auprès des camionneurs et des populations

riveraines des grands axes routiers, des prisons, des hommes en tenue dans certains sites de prise en charge des IST.

Plusieurs activités ont été menées en 2010 dans ce cadre. Il s'agit notamment :

- ✓ du renforcement des capacités du personnel en conseil et dépistage ; 25 conseillers ont été formés avec l'appui du GFTAM par CHP et 20 prestataires formés sur la prise en charge des IST par CARE Cameroun ;
- ✓ de la formation des prestataires sur la prise en charge syndromique des IST ;
- ✓ de la reproduction et distribution du matériel éducatif et de mobilisation en faveur de la prise en charge des IST et du conseil et dépistage du VIH. À cet effet, 324 500 dépliants, 3 000 affiches, 600 pénis artificiels et 350 algorithmes de prise en charge des IST ont été produits et distribués ;
- ✓ de l'offre de counseling et dépistage du VIH chez les patients IST.

Dans les différents sites de prise en charge des IST, 45 501 séances de causeries éducatives et de counseling ont été réalisées et 33 000 personnes ont été référées pour le dépistage.

Toutes ces activités ont permis de prendre en charge près de **72 000** cas d'IST. L'inexistence des données issues des formations sanitaires sous estime considérablement les performances réalisées dans ce domaine. Le suivi et la capture de l'information sur l'activité de prise en charge des IST dans les structures de santé doit faire partie des priorités en 2011. Elle permettra de rendre compte du niveau d'exposition des jeunes et des mesures correctrices à prendre en compte afin de réduire ladite exposition et donc la possibilité d'une infection dans cette population.

I.3 Promotion du préservatif

Tout au long de la mise en œuvre du PSN 2006-2010, les stratégies en matière de promotion du préservatif ont consisté entre autres à rendre disponible le préservatif dans tous les villages du Cameroun, améliorer l'accessibilité financière du préservatif féminin et masculin et promouvoir l'utilisation correcte et systématique de ce dernier. Cette activité a été menée tout au long de l'année 2010 en milieu scolaire et non scolaire via un certain nombre d'acteurs et d'organisation au rang desquelles l'ACMS, CHP et IRESCO.

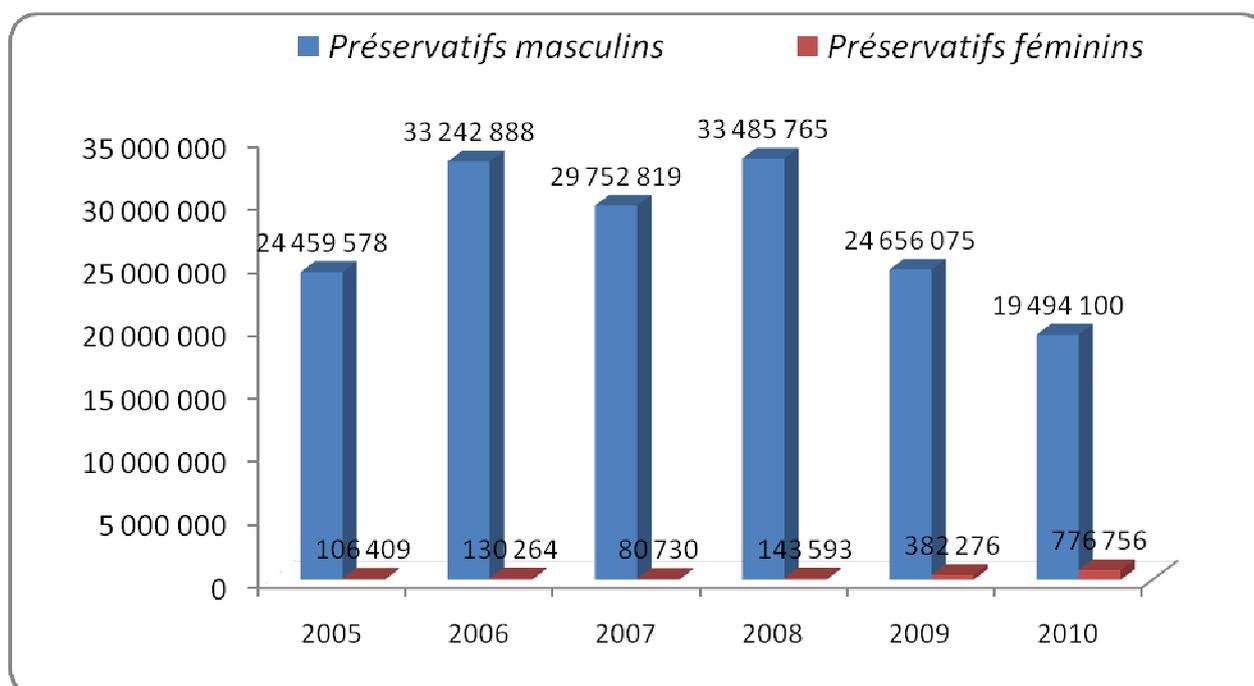
En 2010, près de 3 143 500 jeunes ont été éduqués sur l'adoption des comportements sains et responsables et notamment sur l'utilisation du préservatif. Le préservatif masculin est accessible au coût unitaire de 25 FCFA dans plus de 50% des 24 000 villages du pays.

En 2009, les actions combinées du PPSAC, de l'ACMS et de la CENAME ont permis de distribuer 25 038 351 préservatifs (24 656 075 masculins et 382 276 féminins). Ce nombre a baissé d'environ 19% en 2010 par rapport à 2009. Cette baisse est en partie due à quelques dysfonctionnements du système d'approvisionnement qu'a connu le principal distributeur de préservatif au Cameroun qu'est l'ACMS.

L'AUPF et le CAS-Cameroun, mis en œuvre par l'ACMS depuis 2009 et 2008 ont connu une forte implication communautaire (16 Organismes à Base Communautaires et 159 salons de coiffures) et des forces de défenses a permis d'offrir aux femmes et aux hommes une technologie alternative en vue de contribuer à la réduction du nombre de grossesses non désirées et des IST y compris le VIH. Au rang des formations organisées dans le cadre du projet d'Accès Universel au Préservatif Féminin, 347 pairs éducateurs, 205 paramédicaux et 28 encadreurs ont été formés. De plus, à travers le CAS-Cameroun, on a noté un élargissement de l'offre en matière de préservatifs et de dépistage au sein des forces de la troisième région militaire interarmées (RMIA3) du Cameroun

En 2010, le nombre de préservatifs distribué est de 20 270 856 dont 19 494 100 masculins et 776 756 féminins. L'on constate comme le montre la figure ci-dessous que l'activité de distribution des préservatifs a connu une baisse graduelle. Il s'agira pour les institutions impliquées de mettre en place toutes les stratégies en vue de relever le niveau de cette activité afin de garantir l'accès équitable à cet outil de prévention.

Figure 2 : Evolution de la distribution de préservatifs au Cameroun : 2005-2010



Source :

I.4 Sécurité Sanguine

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

L'objectif du plan stratégique 2006-2010 était d'augmenter le pourcentage d'unités de sang transfusées ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH.

Le nombre d'unités de sang transfusé et ayant fait l'objet de dépistage du VIH a relativement diminué. Il est était de 26 079 en 2006 ; en 2010 nous avons enregistrés 24 824, mais ce chiffre ne représente que les données de 3 régions.

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

Le Sida, la tuberculose et le paludisme ont un impact direct sur la santé de la mère et de l'enfant surtout dans les pays à épidémie généralisée pour le VIH et endémique pour le paludisme. Ces maladies entravent fortement les efforts pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) 4, 5 et 6. Le rapport 2000-2010 : « **Compte à rebours vers 2015 pour la survie de la mère, l'enfant et le nouveau-né** » montre que les progrès réalisés pour l'atteinte des OMD 4 et 5 restent dans plusieurs pays en deçà des objectifs fixés. Il apparaît urgent de mettre en place de nouvelles approches stratégiques pour de meilleurs résultats. Il s'agira donc pour les 5 ans à venir, de renforcer les interventions en faveur de l'OMD 6 qui permettent d'atteindre les OMD 4 et 5

La prévention du VIH reste, « **le fondement de la riposte** » face à cette pandémie. Aussi, les Chefs d'Etats africains ont-ils précisé lors du 15^{ème} sommet de l'Union Africaine que la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile (SMNI) est une urgence et une priorité pour l'avenir de l'Afrique. En outre, le forum des partenaires réunis en 2009 sur la question de la SMNI, a défini les domaines d'interventions prioritaires de Santé Maternelle et Infantile (SMI). Accroître les investissements pour l'atteinte des objectifs de SMNI fait partie des actions avant-gardistes de l'agenda de développement International. Pour ce faire, l'initiative de MUSKOKA dont le but est de réduire dans les pays en voie de développement la mortalité maternelle, néonatale et des enfants de moins de 5 ans à travers une approche holistique et intégrée pour l'atteinte des OMD 4 et 5 a été soutenue lors du sommet du G8 de juin 2010.

Souscrivant en juin 2001 à la Déclaration d'engagement sur le VIH, le Gouvernement du Cameroun à l'instar des 188 autres Etats membres de l'ONU, a engagé un certain nombre d'actions sur la base d'un Plan Stratégique National (PSN) quinquennal 2006-2010. Le présent rapport de progrès, 5^{ème} d'une série, se situe dans un contexte particulier : (i) de fin de la mise en œuvre de ce plan ;(ii) de la date butoir des engagements UNGASS et ;(iii) d'élaboration d'un nouveau plan stratégique dit de 3^{ème} génération pour la période 2011-2015. Ce dernier s'appuie sur les leçons apprises dans la mise en œuvre du précédent plan, des orientations et engagements internationaux, sous régionaux auxquels le Cameroun a souscrit notamment ceux relatifs à la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME): « *l'Elimination de la Transmission Mère Enfant (e-TME) du VIH à l'horizon 2015* ». Des efforts conséquents de prévention des nouvelles infections à VIH constituent donc une priorité tant pour la femme en âge de procréer, son partenaire que pour l'enfant. De ce fait, la PTME ambitionne de réduire d'ici à 2015 d'au moins 5% la transmission de la mère à l'enfant du VIH, et de 90% le pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères VIH+.

Le rapport de progrès n°5 présente les résultats de la mise en œuvre des activités de la PTME/PECP pour l'année 2010, en termes de couverture, d'utilisation et de qualité des services. Il donne également un aperçu général sur les progrès réalisés au cours des cinq précédentes années, les goulots d'étranglements identifiés et les priorités d'interventions par rapport aux 4 (quatre) piliers de la PTME.

Niveau de mise en œuvre de la composante PTME du PSN 2006-2010

Dans le PSN 2006-2010, la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant s'inscrivait dans l'axe stratégique n°1, intitulé comme suit : « contribuer à la réduction des nouvelles infections par le VIH dans la population générale à travers l'accès universel à la prévention dans les groupes cibles vulnérables que sont principalement les femmes et les enfants ». Dans cet axe la PTME représentait un domaine d'intervention prioritaire. L'objectif

général retenu était de réduire d'au moins 50% proportion de nourrissons infectés par le VIH nés de mères VIH+ entre 2006 et 2010. Plus spécifiquement, il s'agissait de :

1. Faire passer respectivement de 12% et 4% en milieu urbain et rural à 70% et 60% la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'un conseil et dépistage du VIH au cours des visites prénatales
2. Accroître de 9% à 90% la proportion de femmes enceintes VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV
3. Réduire de 64% à 30% la proportion de femmes pratiquant l'allaitement mixte.

Pour atteindre ces objectifs, sept stratégies avaient été retenues à savoir : (i) la disponibilité des services de PTME de qualité dans toutes les formations sanitaires du Cameroun ; (ii) l'intégration de la PTME/SR/PEV dans toutes les formations sanitaires à l'horizon 2008 ; (iii) la prise en charge globale (médicale, psychosociale, nutritionnelle...) des femmes infectées, enfants et leurs familles ; (iv) Renforcement du système d'approvisionnement et subvention des principaux intrants de la PTME (Tests de dépistage, MIO et ARV) ; (V) le renforcement de la gestion de la PTME selon l'approche district dans tout le pays ; (vi) la communication pour le changement de comportement et mobilisation sociale pour l'utilisation accrue des services de santé maternels et infantiles (CPN, accouchements en milieu hospitalier par un personnel qualifié) ; (vii) la sensibilisation des femmes VIH+ visant à prévenir les grossesses non désirées. Les stratégies citées plus hauts ont permis d'obtenir les résultats ci-dessous (tableau 1)

Tableau 1: Niveau de réalisation des indicateurs de suivi du programme pour la période allant de 2006 à 2010

Indicateurs	2005	2006	2007	2008	2009	2010
% et nombre de femmes enceintes reçues en CPN1	7,2%	12,5%	28% (260319)	37% (343114)	35% (333386)	38.05% (369217)
% de femmes enceintes testées au VIH en CPN1	31%	67,8%	77,7%	81,8%	82%	79.5%
Taux de séropositivité au VIH chez les femmes enceintes testées en CPN1	9%	7,5%	5,8%	6,4%	5.8%	6,9%
% de femmes enceintes VIH+ ayant reçu des ARV prophylactiques	9%	62%	46,6%	56,4%	56,7%	80.6%
% d'enfants exposés au VIH reçus dans une formation sanitaire et ayant bénéficié des ARV prophylactiques	ND	9%	42,7%	79,1%	100%	100%
Nombre d'enfants exposés au VIH testés à 6 semaines par PCR	ND	ND	ND	2908	8940	6708
% et nombre d'enfants testés positifs par PCR	ND	ND	ND	9,7% (281)	9,6% (865)	8,8% (567)
% ou nombre d'enfants testés VIH+ après 12 mois.	37	127	621	728	633	567

Source : CNLS, 2010

I- NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE DE LA PTME AU CAMEROUN EN 2010

I.1. Couverture géographique de la PTME au Cameroun

La réduction du nombre de nouvelles infections pédiatriques au VIH, passe par la mise en œuvre d'un certain nombre de stratégies, parmi lesquelles l'extension des services PTME de qualité selon l'approche district adoptée depuis 2005. Les chiffres obtenus en 2010 sur la couverture géographique sur le plan national en matière de PTME confirment cette forte volonté politique. (fig. 1)

I.2. Extension de la PTME dans les Districts de Santé

La PTME est un service de base intégré dans la plupart des formations sanitaires offrant la Consultation Périnatale (CPN). Les services de PTME sont offerts dans les dix Régions du pays et la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'un conseil et dépistage lors des CPN ne cesse d'augmenter.

Depuis 2006, le nombre de formations sanitaires offrant les services de PTME est passé de 1159 à 2067 soit une augmentation de près de 80% en 5 ans. On note par ailleurs une augmentation du nombre de Districts de Santé offrant les services de PTME de 135 à 177 (soit 31,1%) comme le montre la figure 1 ci-dessous.

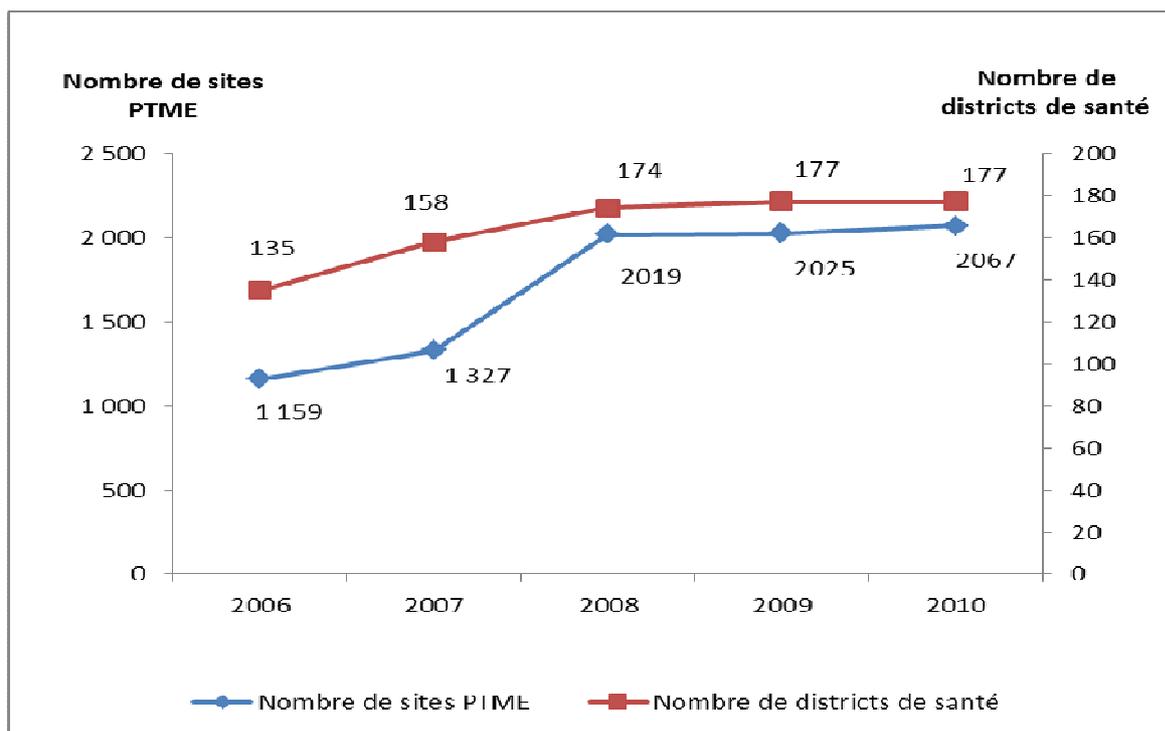


Figure 1: Enrôlement des formations sanitaires et des Districts de Santé dans la PTME

Source : CNLS, 2010

II. Dépistage du VIH chez la femme enceinte

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

II.1. Dépistage en consultation prénatale

Au cours de la période 2004-2010, on note une augmentation de la fréquentation de la CPN qui est passée de 5,1 à 38,26% correspondant à 371196 femmes enceintes vues en CPN1 de janvier à décembre 2010.

Tableau 2: Dépistage du VIH en CPN

Régions	Nbre de femmes enceintes attendues en CPN1	Nbre de femmes enceintes reçues en CPN1	Taux de fréquentation de la CPN1 (%)	Nbre de femmes enceintes testées	Nbre de femmes enceintes séropositives	Taux de séropositivité (%)
Adamaoua	50456	32154	63.73	20821	1294	6.21
Centre	176596	73438	41.59	69373	5615	8.09
Est	39783	7943	19.97	6456	608	9.42
Extrême-Nord	173685	35292	20.32	14662	622	4.24
Littoral	143605	59821	41.66	57842	4133	6.91
Nord	102852	56330	54.77	22294	1242	5.57
Nord-ouest	90238	35757	39.63	34541	2759	7.99
Ouest	89268	31628	35.43	30326	1625	5.36
Sud	34931	9459	27.08	8576	632	7.37
Sud-Ouest	68892	29374	42.64	26713	1726	6.46
Total	970306	371196	38.26	291604	20256	6.90

Source : CNLS, 2010

L'analyse de la fréquentation de la 1ère CPN par rapport à la cible présente des disparités régionales avec pour corollaire des repercussions sur le faible niveau d'atteinte des objectifs en matière de PTME. En effet, à l'exception des Régions de l'Est, du Sud et de l'Extrême-nord qui présentent des taux de couverture de la cible et 1ère CPN de moins de 20%, toutes les autres Régions ont réalisé des progrès en 2010 avec des taux de fréquentation de la 1ère CPN supérieurs à la moyenne nationale (38.26%).

La valeur obtenue en 2010 représente une progression de 15.5% par rapport à 2009. Cependant, le taux de fréquentation de la CPN 1 stagne depuis 3 ans à une moyenne de 35%. Il apparaît important de développer des stratégies communautaires qui permettront l'enrôlement d'un plus grand nombre de femmes enceintes dans les services de CPN (figure 2). La survenue de quelques ruptures en tests de dépistage du VIH au cours de l'année qui s'achève, peut justifier les baisses des performances du dépistage en 1ère CPN. En effet alors qu'on avait observé une progression de 7% entre 2008 et 2009 pour cette intervention, on note de 2009 à 2010 une régression de 4,2%.

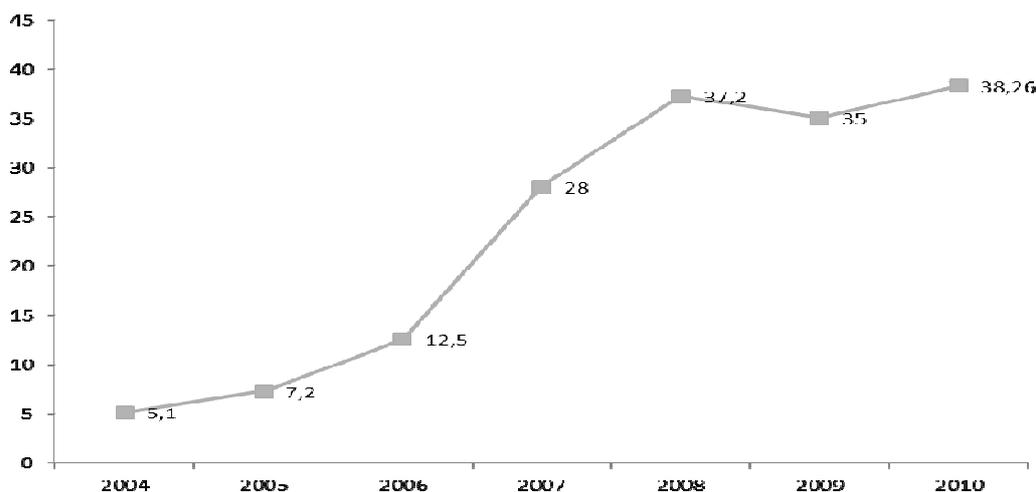


Figure 2 : Evolution de la fréquentation de la CPN1 au Cameroun entre 2004 et 2010.

Source : CNLS 2010

II.2. Offre du bilan d'orientation (CD4) des femmes enceintes VIH+

Le dosage des CD4 représente le deuxième examen qui est systématiquement demandé et offert gratuitement à toute femme enceinte VIH+ conformément aux directives nationales en matière de PTME. L'accès à ce service est tributaire de plusieurs autres interventions et composantes à savoir : (i) la fréquentation des services par les femmes enceintes ; (ii) l'offre du dépistage en CPN ; (iii) le taux de retrait des résultats du dépistage ; (iv) la disponibilité du service (plateau technique, intrants et personnel formé). Chacune de ces variables affectent de façon indépendante ou en synergie, l'accès des femmes enceintes VIH+ au bilan des CD4 comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 3:couverture de l'offre du bilan d'orientation CD4 aux femmes enceintes VIH+

Régions	Nbre de femmes enceintes testées VIH+	Nbre de femmes enceintes VIH+ ayant retiré les résultats	Taux de retrait des résultats du dépistage du VIH	Nbre de femmes enceintes VIH+ ayant fait le test de CD4	Taux de réalisation en CD4 (%)	Proportion de femmes VIH+ ayant fait le test de CD4 éligibles à la TAR
Adamaoua	1294	1191	92,04	156	12,06	35,3
Centre	5615	3323	59,18	962	17,13	68,5
Est	608	557	91,61	79	12,99	27,8
Extrême-Nord	622	540	86,82	28	4,50	89,3
Littoral	4133	3719	90,00	1155	27,95	9,4
Nord	1242	826	66,51	182	14,65	35,2
Nord-ouest	2759	2257	81,81	768	27,84	82,6
Ouest	1625	624	38,40	99	6,09	92,9
Sud	632	278	43,99	201	31,80	56,2
Sud-Ouest	1726	1420	82,27	432	25,03	98,1
Total	20256	15720	77,6	4062	20,05	54,1

Des 20256 femmes testées VIH+, seules 15720 ont retiré leurs résultats, soit un taux de retraits des résultats de 77.6%. De ce taux, seul 20.05% (femmes enceintes VIH+ ont fait les CD4 et 54.1% d'entre elles sont biologiquement éligibles au traitement ARV (TAR) pour leur propre santé. Il s'agit donc sur le plan programmatique d'une performance très appréciable mais qui, sur le plan d'accès universel ne représente que 5.8% des femmes enceintes VIH+ attendues.

L'offre du bilan d'orientation (CD4) chez les femmes enceintes VIH+ présente des disparités régionales. En effet, en dehors de la Région du Littoral où l'offre de ce service couvre 28% de la cible, moins d'une femme enceinte VIH+ sur cinq bénéficie des CD4. Il s'agit d'une nouvelle approche stratégique de prise en charge de la femme enceinte VIH+ qui est progressivement mise en œuvre.

Cependant, l'analyse critique du dispositif existant pour la mise en œuvre effective de cette intervention, présente des goulots d'étranglement qui devraient être adressées comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 4: Présentation du dispositif existant pour l'offre de service de CD4 en direction des femmes enceintes VIH+

Régions	Nombre de laboratoires disposant de compteurs CD4 fonctionnels	Ratio femmes enceintes VIH+ attendues/ laboratoires disposant de compteurs CD4	Ratio Femmes enceintes attendues/personnel formé en PTME
Adamaoua	2	2018	295
Centre	11	6976	455
Est	2	1850	212
Extrême-nord	7	3734	1041
Littoral	8	4811	616
Nord	1	2520	251
Nord-ouest	6	3925	365
Ouest	8	2410	235
Sud	2	1572	1032
Sud-ouest	7	4099	359
Moyenne nationale	54	36678	391

Il ressort de ce tableau, qu'en moyenne un prestataire est formé à la PTME pour 391 femmes enceintes. Il y a donc un réel besoin en renforcement des capacités du personnel en PTME. Ce besoin est plus marqué dans les Régions de l'Extrême-nord et du Sud où l'on compte un personnel formé pour plus de 1000 femmes enceintes.

De plus, un appareil de CD4 est rendu disponible pour 36678 femmes enceintes VIH+ limitant ainsi l'accessibilité des femmes enceintes VIH+ au bilan d'orientation (typage lymphocytaire). Il apparaît donc important de renforcer les capacités des laboratoires en équipement de CD4.

III. Couverture en ARV chez la femme enceinte VIH+

Au cours de cette année 2010, 16342 femmes enceintes testées VIH+ ont reçu un régime ARV sur les 20256, soit une performance programmatique de 80.6% (Figure 3) proche de l'objectif fixé dans le PSN 2006-2010 de 90%. Cependant, la couverture nationale de la cible

reste faible soit 22.2% des 73743 femmes enceintes VIH+ attendues en 2010. Bien qu'une progression ait été observée entre 2009 et 2010, des efforts restent à fournir pour couvrir un plus grand nombre de femmes VIH+ en ARV soit un Gap de 77.8%.

Malgré les progrès notés dans les Régions du Nord-ouest et du Littoral, l'analyse des couvertures prophylactiques en vue de la réduction du risque de TME fait observer que 20.5% des femmes enceintes VIH+ vues dans les services de santé n'ont pas reçu de prophylaxie. Parmi celles qui ont reçu un régime ARV 26% ont été mises sous trithérapie ARV pour leur propre santé.

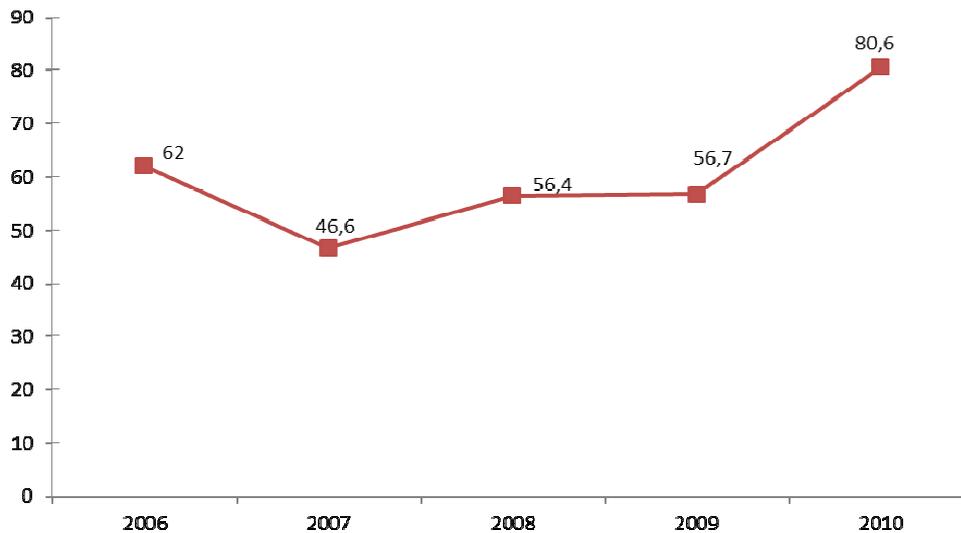


Figure 3 : Evolution (%) de la couverture en ARV prophylactique chez les femmes enceintes VIH+

Source : CNLS, 2010

IV Suivi de l'enfant né de mère VIH+

En 2010, 7980 enfants nés de mères VIH+ ont bénéficié de la prophylaxie par les ARV à la naissance comme le montre le tableau 5. Seuls 4435 d'entre eux ont été revus à la 6ème semaine de vie pour l'initiation à la prophylaxie au Cotrimoxazole et le diagnostic précoce ; soit un taux de perdus de vue de 40.6%. Cet indicateur varie d'une Région à l'autre. Mais il faut noter que ce taux de perdus de vue à six semaines de vie est de plus de 50% dans les Régions de l'Adamanoua, de l'Extrême-nord, du Sud, de l'Ouest, du Centre et du Littoral.

Cette situation met en relief le besoin de renforcer le suivi du couple mère-enfant en prenant en compte le rôle non négligeable des familles, des organisations à base communautaire, des associations des femmes.

Tableau 5: Dispensation des ARV prophylactique et du Cotrimoxazole au couple mère-enfant

Régions	Nbre de femmes enceintes VIH+ ayant reçu un régime ARV pour la prévention de la TME	Nbre d'enfants nés de mères VIH+ mis sous prophylaxie ARV à la naissance	Nbre d'enfants né de mère VIH+ sous CTX dès la 6ème semaine
Adamaoua	803	316	105
Centre	3851	1328	660
Est	490	189	228
Extrême-Nord	244	142	76
Littoral	3974	2026	780
Nord	535	222	230
Nord-ouest	3394	1639	1201
Ouest	602	640	224
Sud	438	218	77
Sud-Ouest	2011	1260	1153
Total	16342	7980	4734

Sources : **CNLS, 2009**

IV.1. Diagnostic pédiatrique de l'infection à VIH

Le but ultime de la PTME est de réduire la transmission du VIH de la mère infectée à l'enfant. Depuis 2007, le diagnostic précoce est en pleine expansion dans notre pays. Il permet d'apprécier l'impact de la PTME et de prendre en charge précocement les enfants infectés. Les enfants nés de mères VIH+ sont testés de deux manières : le dépistage précoce par PCR-DNA et le test sérologique après 12 mois. L'extension du diagnostic précoce est une réalité dans notre pays comme le montre la figure 4.

Le chiffre de 124 est contesté parce que seuls 107 sont effectivement fonctionnels et ont un contrat MINSANTE/ESICO

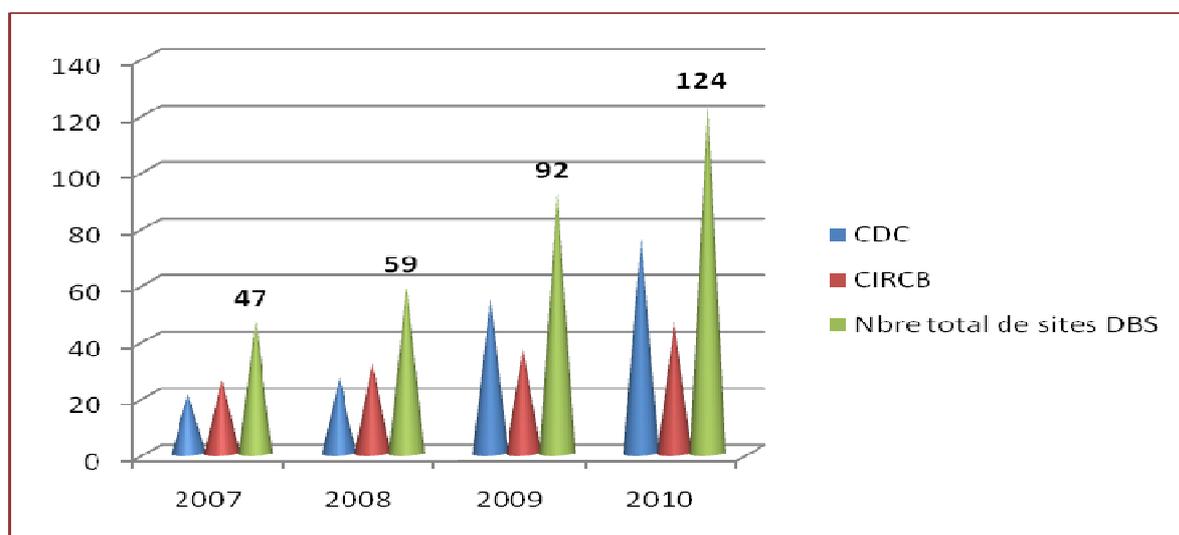


Figure 4: Evolution du Nombre de FS collectant les DBS au Cameroun

Source : CNLS, 2010

IV.1.1. Couverture géographique du diagnostic précoce au Cameroun

Le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants connaît une extension géographique. Les Régions de l'Ouest, Sud-ouest, Nord-Ouest et Littoral sont couvertes par CDC et les autres par le Centre International de Recherche Chantal Biya (CIRCB).

Les prélèvements sont effectués sur papier buvard Dry Blood Spot (DBS) puis empaquetés avant leur acheminement par un personnel formé, vers les laboratoires suscités. Le système de transfert des prélèvements mis en œuvre dans les dix Régions rencontre encore quelques difficultés. Pour y faire face, l'utilisation des cars de transport public, l'internet et le téléphone a permis de réduire significativement le délai de rendu des résultats de moins de 35 jours et de faciliter la prise en charge précoce des enfants infectés.

Le dépistage précoce est une priorité pour le suivi des enfants nés de mères VIH+. Il permet d'assurer leur prise en charge précoce et donc d'améliorer leur survie. Il s'agit d'un service de base qui devrait être offert dans toutes les formations sanitaires mettant en œuvre la PTME. La cartographie ci-dessous donne un aperçu des Gaps à couvrir en vue de l'extension des services de prélèvement pour le diagnostic précoce.

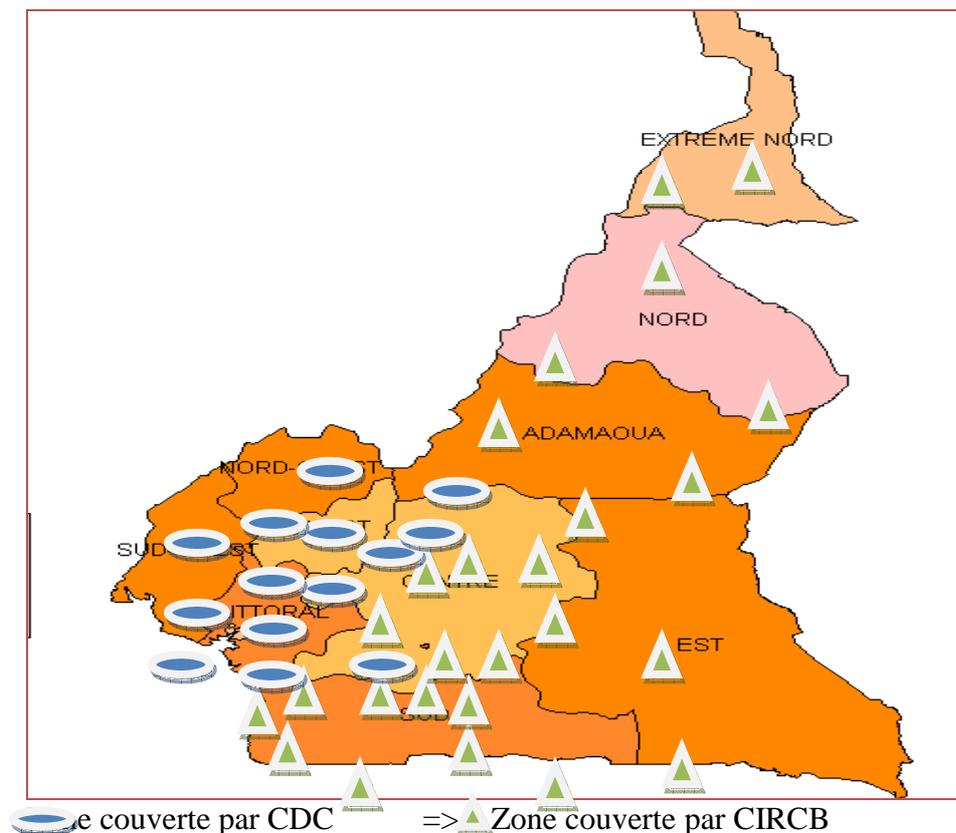


Figure 5: Distribution géographique des sites de collecte des DBS pour le diagnostic précoce par PCR

Source: CDC, CIRCB 2010

En dehors des problèmes liés à la qualité des DBS, seulement 5,9% des formations sanitaires offrant les services de PTME pratiquent le diagnostic précoce par PCR. De plus 47,5% des enfants testés par PCR1 ne connaissent pas leur statut sérologique. Cette situation se justifie par la surcharge de travail du personnel infirmier impliqué dans le suivi des femmes enceintes. (391 femmes enceintes/ 1 prestataire) , d'où la nécessité de renforcer les capacités d'un plus grand nombre de prestataires à l'offre de service de PTME incluant le diagnostic précoce surtout dans les Régions de l'Ouest, de l'Extrême-nord, du Nord, du Sud et de l'Est au regard du tableau ci-dessus.

Tableau 6:Taux de séropositivité à la PCR

Régions	Nbre de PCR1 testé	Nbre de PCR1 positives	Taux de positivité à la PCR1(%)	Nbre de PCR2 réalisée	Nbre de PCR2 positives	Taux de positivité à la PCR2(%)
Adamaoua	236	40	16.9	21	7	33.3
Centre	1313	135	10.3	117	22	18.8
Est	139	19	13.7	10	3	30.0
Extrême-Nord	136	20	14.7	22	3	13.6
Littoral	1526	83	5.4	19	7	36.8
Nord	110	14	12.7	8	5	62.5
Nord-Ouest	1414	122	8.6	29	13	44.8
Ouest	538	35	6.5	13	2	15.4
Sud	197	27	13.7	7	3	42.9
Sud-ouest	767	72	9.4	23	9	39.1
Total	6376	567	8.9	269	74	27.5

Source : CNLS/CIRCB/CDC, 2010

A l'état actuel, 124 des 2067 formations sanitaires offrant la PTME sont impliquées comparativement à 47 en décembre 2008. Ce niveau d'enrôlement est certes faible, mais reste appréciable, car il s'agit d'une activité qui est progressivement mise en place et nécessite un dispositif préalable (ressources humaines formées, infrastructures, équipements).

Il faut noter qu'il s'agit uniquement des données recueillies auprès des sites « collecteurs » qui travaillent en réseau avec d'autres sites de prélèvement de DBS dits sites « satellites ».

En 2010, 6376 enfants nés de mères VIH+ ont bénéficié du dépistage précoce par PCR-DNA avec un taux de positivité de 8,9% avec 567 enfants infectés (Tableau 6).

IV. 1.2. Dépistage rapide 12 mois après la naissance

Le dépistage du VIH à partir de 12 mois après la naissance est le plus pratiqué dans les formations sanitaires. Avec le passage à l'échelle de la PTME et l'approvisionnement continu en intrants, le nombre d'enfants dépistés après 12 mois a évolué depuis 2006. En 2010, des 1649 enfants testés à 12 mois de vie, 485 étaient positifs. Les enfants qui n'ont pas pu être testés par PCR à partir de 6 semaines devraient bénéficier d'un test rapide à 12 mois, cependant moins

de 50% d'entre eux sont vus 12 mois de vie pour le diagnostic sérologique. Ce résultat traduit la nécessité de renforcer le suivi post natal des enfants nés de mères VIH+.

Des études portant sur les enfants ayant bénéficié de la PTME devraient être réalisées afin de mieux apprécier le taux de séropositivité chez les enfants nés de mères VIH+ qui représentent l'élément d'appréciation de l'impact de la PTME.

IV.2. Prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH

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

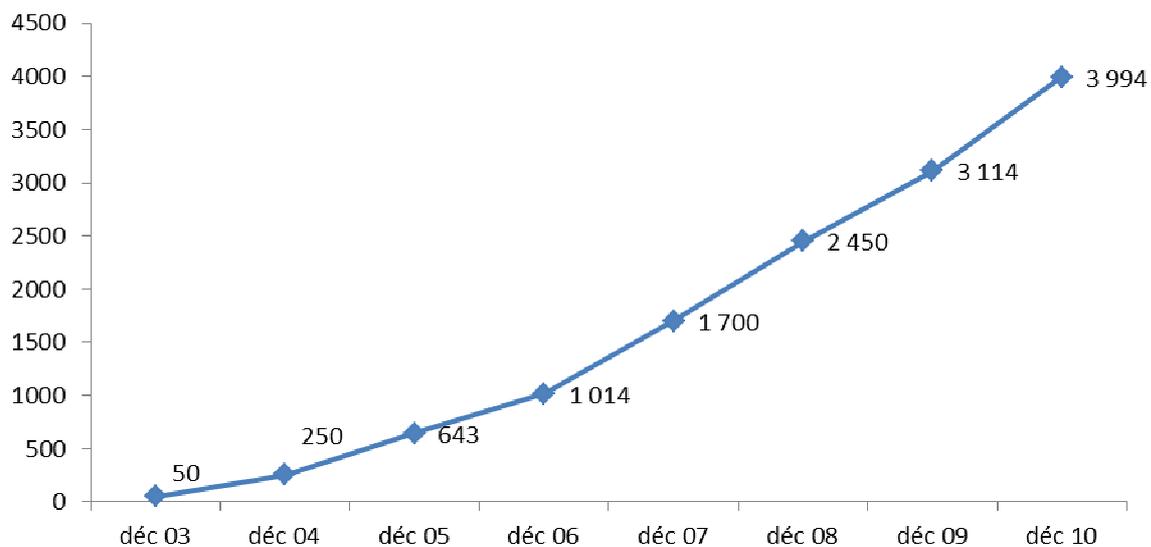


Figure 6 : Evolution de l'enrôlement des enfants sous trithérapie entre 2003 et 2010

Source : CNLS, 2009

Bien qu'on ait observé au cours de ces dernières années une progression du nombre d'enfants sous TARV, cette augmentation ne doit pas occulter le nombre important d'enfants non couverts. Ce résultat peut se justifier par le taux élevé de perdus de vue après le diagnostic précoce (37,4%) et le faible niveau de rendu des résultats de PCR1 aux bénéficiaires (45 jours en moyenne). Ces deux facteurs influencent l'accès des enfants testés séropositifs aux traitements ARV et de ce fait la survie du jeune enfant.

IV.3 Suivi nutritionnel des enfants nés de mères VIH+

Les directives nationales en matière d'alimentation de l'enfant né de mère VIH+ recommandent l'allaitement maternel exclusif protégé jusqu'à 6 mois avec sevrage étalé sur une période maximale de 2 à 4 semaines. L'alimentation de remplacement reste applicable si toutes les conditions AFDAS sont réunies.

Des 7980 enfants nés de mères VIH+ ayant reçu les ARV à la naissance à titre prophylactique, 62% sont sous allaitement maternel exclusif après deux mois de vie en 2010

contre 58 % en 2009. Ces valeurs sont au dessus de celles enregistrées en 2007 et 2008.

Cependant, ces données sont indicatives de l'option d'alimentation choisie par la mère et mériteraient d'être évaluées à travers une étude de cohorte du suivi nutritionnel de l'enfant exposé au VIH. D'autres actions concrètes doivent être menées pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif.

V. Implication des partenaires des femmes enceintes dans la PTME

Les efforts en matière de PTME doivent être accentués dans le sens du renforcement de l'implication des partenaires des femmes enceintes pour assurer un meilleur suivi de la femme et de l'enfant. En effet, seuls 2% des partenaires des femmes enceintes vues en CPN1 ont été touchés.

V.1. Mobilisation communautaire en faveur de la PTME

On a observé au cours de ces dernières années une stabilisation du taux de fréquentation de la CPN1 de 2008 à 2010 respectivement de 37,2%, 34,9% et 34.3%. L'amélioration de l'utilisation des services de PTME passe par le renforcement des ressources (humaines, matérielles, logistiques...), l'implication des communautés dans tout le processus de promotion et l'utilisation des services de santé auquel il faut adjoindre le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale en faveur des services de santé de la reproduction.

La mise en œuvre de ces stratégies devra tenir compte du potentiel existant comme présenté dans le tableau 7 et la figure 7 ci-dessous. A ce dispositif il faut ajouter 12 unités mobiles de dépistage du VIH (véhicule et personnels) d'une capacité moyenne chacune de 200 tests par jour existant dans les 10 Régions. Elles peuvent être mises à contribution pour l'organisation des caravanes mobiles en faveur de la SMNI/SR/PF/PTME/VIH en synergie avec les organisations à base communautaire (OBC).

Tableau 7: Dispositif existant pouvant être mis à contribution la mise en œuvre des interventions de renforcement du système communautaire

Régions	Nbre d'associations de femmes	Nbre de centre de promotion de la femme et de la famille(CPFF)	Ratio Associations /CPFF	Nbre d'associations de PVVIH	Nbre de groupe de soutien	Ratio femmes en âge de procréer /radio communautaires
Adamaoua	720	5	144	3	0	50456
Centre	3010	31	97	8	3	35319
Est	2300	4	575	8	1	39783
Extrême-Nord	1562	6	260	8	0	86843
Littoral	1549	4	387	7	4	143605
Nord	700	5	140	2	0	102852
Nord-Ouest	620	4	155	8	5	45119
Ouest	7500	7	1071	3	1	29756
Sud	430	3	143	2	0	11644
Sud-Ouest	530	3	177	11	4	34446
Total	18921	72	263	60	18	46205

Sources : CNLS, UNESCO, MINPROFF 2010

Cette analyse fait observer qu'en moyenne un centre de promotion de la femme accueille 263 associations de femmes. De plus comparé au nombre de village, on aurait une association de femmes par village au Cameroun. A l'exemple des groupes de soutien, tout le potentiel communautaire doit être mis à profit pour booster l'utilisation des services de PTME et le suivi communautaire du couple mère-enfant sous la coordination des correspondant communaux de lutte contre le VIH en tenant compte des spécificités régionales.

Bien que très insuffisant (01 radio rurale pour 46205 femmes en âge de procréer), il apparaît opportun d'optimiser le capital existant en matière de radios communautaires pour pérenniser la mobilisation sociale. Ces organes de communication en langue locale mis en place avec l'appui de UNESCO sont fonctionnelles dans 21 localités du pays : Sa'a, Esse, Mbalmayo, Nanga Eboko et Yaoundé (Centre) ; Ebolowa, Lolodorf, Meyomessala (Sud) ; Garoua (Nord) ; Mora, Yagoua (Extrême-nord) ; Meiganga (Adamaoua) ; Bouam (Est) ; Mamfe, Bonakanda (Sud-ouest) ; Fouban, Baham, Fotouni (Ouest) ; Baré-Bakem (Littoral) ; Bamenda, Oku (Nord-ouest).

VII Aperçu de la cascade de la PTME/PECP en 2010.

En marge de l'analyse des informations de mise en œuvre du programme, il apparaît opportun de revoir nos performances d'un point de vue stratégique en termes d'accès universel à la prévention, au traitement et soins en faveur des populations cibles (femmes et enfants exposés aux VIH).

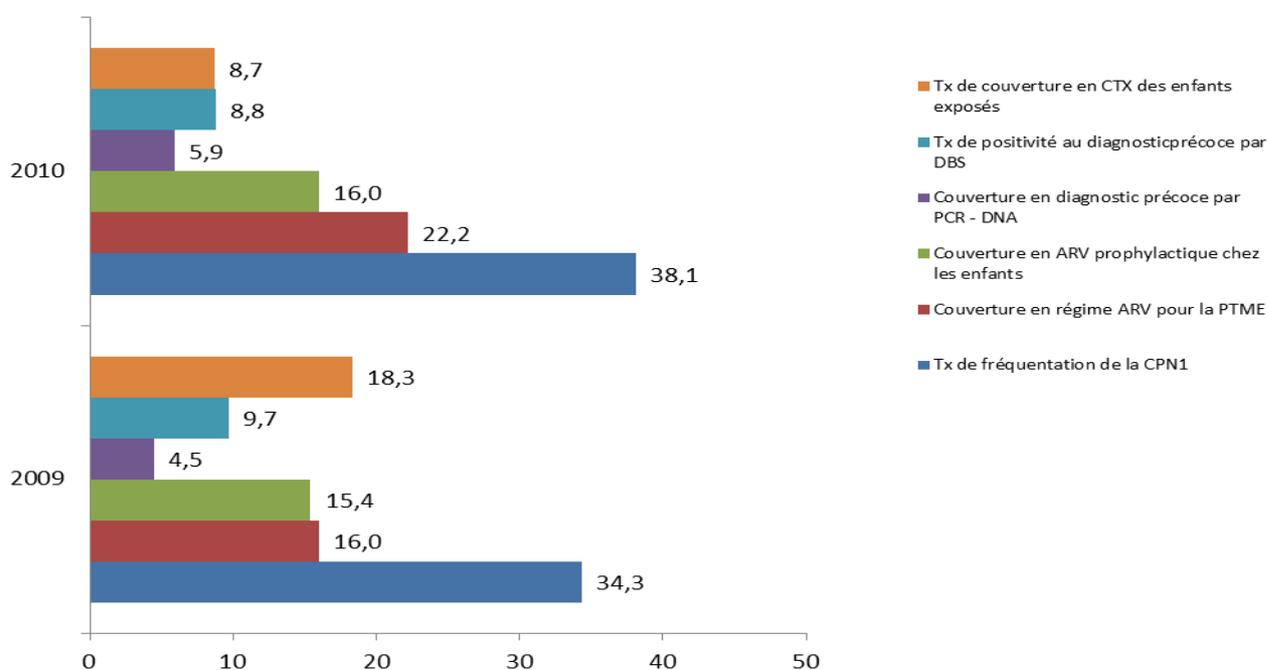


Figure 7: Cascade de la PTME/PECP en 2009 et 2010.

Il ressort de l'analyse comparative sur les deux dernières années que des progrès ont été réalisés sur la couverture des cibles.

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

La mise en œuvre de différentes interventions relatives à la PTME doit se faire de façon progressive à travers le pays au regard des performances de chaque Région. Les critères d'évaluation des performances retenus sont : (i) le poids de la maladie estimée par la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes en CPN (cf. surveillance sentinelle VIH syphilis 2009) ; (ii) le taux de fréquentation des services de CPN ; (iii) la couverture en ARV prophylactiques chez les femmes enceintes VIH+. Les Régions sont classées en zone d'intervention prioritaire décroissante comme l'indique la figure 1 ci-dessous :

- Zone de priorité I : Extrême Nord, Sud et Est
- Zone de priorité II : Littoral
- Zone de priorité III : Nord et Ouest
- Zone de priorité IV : Adamaoua, Centre, Sud-Ouest et Nord-ouest

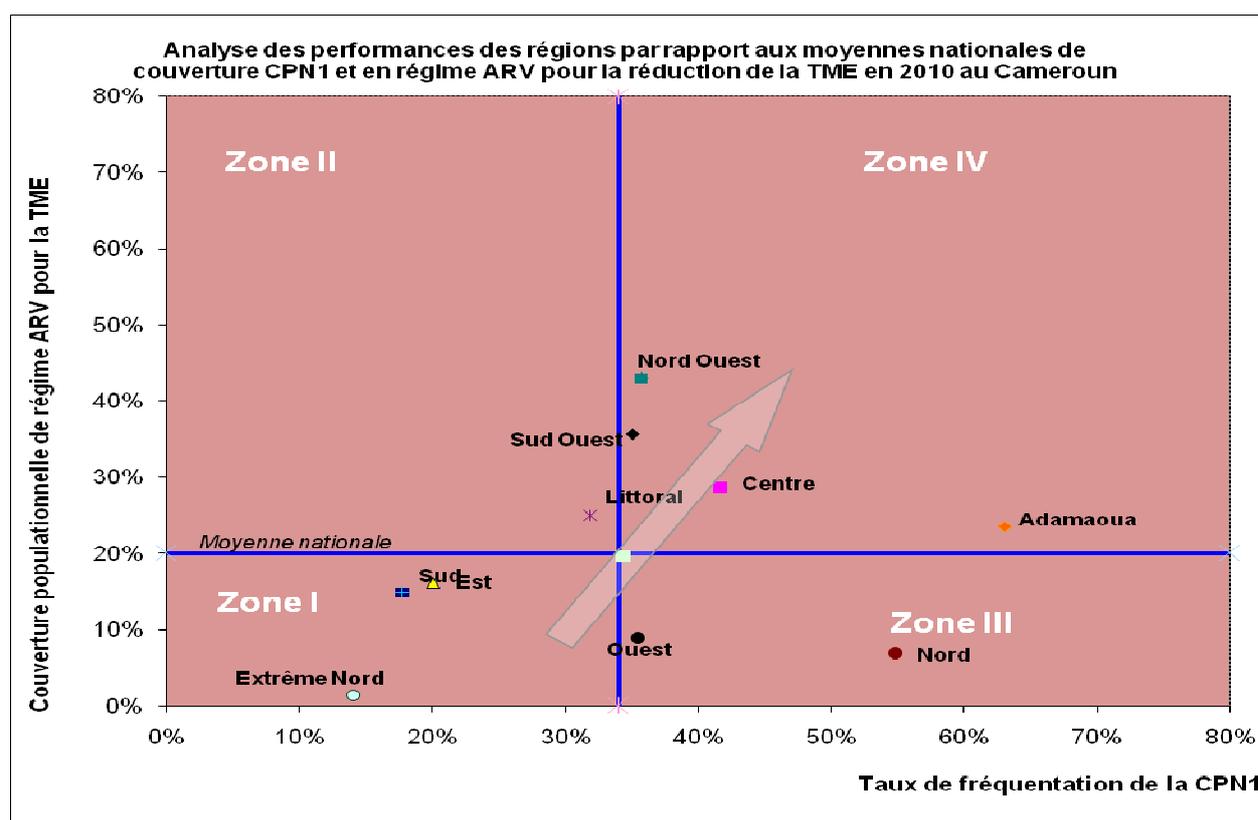


Figure 8: Classification sur la performance des régions dans la couverture en CPN1 et en régime ARV pour la TME

Il s'agira donc d'envisager le passage de la Zone I vers la Zone IV au cours des deux prochaines années. Cependant, le type d'interventions à mettre en œuvre dans une zone de faible performance classées Zone I doit être spécifique aux besoins des Régions

correspondantes. Ainsi le tableau 11 présente les interventions prioritaires par Région au regard des performances en 2010.

Tableau 8: Répartition des interventions de PTME en fonction des besoins spécifiques des régions

Régions	Couverture en CPN1 et dépistage du VIH (%)	Ratio Femmes enceintes/personnel formé	Couverture de structures cibles offrant le DBS (%)	RSC: Plaidoyer, Mobilisation sociale et communication	RSS: Formation du personnel en PTME/PECP	RSS: prestation des services (extension de la couverture en DBS)
Adamaoua	62.99	295	4.5	+	++	++
Centre	41.59	455	5.6	++	+++	++
Est	19.97	212	3.1	++++	++	+++
Extrême-nord	13.95	1041	1.6	++++	++++	++++
Littoral	31.82	616	17.3	+++	+++	+
Nord	54.77	251	1.7	+	++	++++
Nord-ouest	35.69	365	9.9	++	+++	+
Ouest	35.43	235	1.5	++	++	++++
Sud	17.7	1032	2.5	++++	++++	++++
Sud-Ouest	34.97	359	4.3	++	+++	++
Moyenne nationale	34.37	391	4.8	<i>///////</i>	<i>///////</i>	<i>///////</i>

Légende : +++++ : Besoins très élevés ; +++ : Besoins élevés ; ++ : Besoins moyens ; + : Besoins faibles

La prise en compte des éléments d'analyse des Gaps programmatiques de PTME/PECP faite sur la base des performances de la mise en œuvre du programme au cours des 5 dernières années permettra une meilleure planification et reprogrammation des interventions en vue de l'atteinte des objectifs.

IX. Perspectives

IX.1 « PTME Holistique »

Le succès des nouvelles directives OMS en matière de PTME adoptées en 2010 dépendra de certains préalables dont: (i) la promotion de l'utilisation des services de SR ; (ii) l'amélioration de la disponibilité des ARV et produits connexes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire; (iii) la délégation des tâches de prescription des ARV au personnel médico-sanitaire ; (iv) l'extension de la couverture en bilan de CD4 chez les femmes enceintes VIH+ , (v) l'amélioration de la couverture du diagnostic précoce par PCR-DNA.

De plus, il faut un modèle de prestation des soins qui permette de simplifier et standardiser les prestations de services de qualité (faciliter la prescription, maximiser l'adhérence et faciliter la gestion et le suivi des intrants pour la PTME).

IX.2 Problématique de l'accompagnement médicale à la procréation chez les PVVIH

Le désir d'enfant en contexte de séropositivité pose pour chaque couple des questions spécifiques liées : (i) au pronostic de l'infection par le VIH et co-infections ; (ii) aux indications thérapeutiques et au choix des traitements ; (iii) aux modalités de la conception.

L'objectif fondamental du second pilier de la PTME « prévention des grossesses non désirées chez les femmes connues VIH+ », est la prévention de la transmission sexuelle dans les couples. Il s'agit dans notre contexte d'une préoccupation majeure au regard de la situation actuelle. En effet en 2010, 9.25% des 16342 femmes enceintes ayant reçu un régime ARV pour la réduction de la TME étaient déjà connues VIH+ et sous TARV.

De ce fait, les couples ou les personnes infectées au VIH qui manifestent leur préoccupation vis-à-vis d'une procréation future doivent recevoir des informations et conseils adaptés à leur situation et, si nécessaire, une prise en charge plus spécialisée : (i) consultation gynécologique préconceptionnelle ; (ii) accompagnement médicale à la procréation au cas par cas.

Par ailleurs, ceux des PVVIH en âge de procréer qui ne sont pas en désir d'enfant doivent avoir accès au service de planning familial permettant ainsi l'évitement des grossesses non désirées.

Cette problématique mériterait d'être appréciée et évaluée à travers des recherches opérationnelles.

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

La politique d'accès universel aux traitements et soins en faveur des PVVIH adultes et enfants, mise sur pied depuis 2006 a constitué le point d'orgue dans la stratégie de lutte contre le sida. Cette politique, soutenue par les partenaires tant internationaux que nationaux, a mis l'accent sur un certain nombre de défis pour atteindre une couverture totale des besoins d'ici 2010. Un certain nombre de leviers ont été utilisés pour cette fin. L'on peut citer :

- la politique volontariste de conseil et dépistage volontaire (CDV) ;
- l'accessibilité financière des malades aux bilans biologiques ;
- une offre de soins de qualité et décentralisée des interventions ;
- un renforcement du système de santé en termes de ressources humaines et d'équipements ;

L'objectif visé à l'horizon 2010 était de rendre accessible le traitement ARV à au moins 75 % de PVVIH adultes et 100% d'enfants éligibles afin d'améliorer la survie au traitement ARV des PVVIH.

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

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

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

i. La décentralisation progressive de la prise en charge

En fin décembre 2010, ce sont 145 structures sanitaires qui offrent les services de prise en charge, réparties dans 109 districts. Comme le montre la figure ci-dessous, tant pour ce qui est des structures de prise en charge que des districts de santé opérationnels en la matière, l'effectif est en constante évolution d'une année à l'autre. Toutefois, l'on observe que la couverture en districts n'est que partielle. En effet, sur les 178 districts de santé du pays, seuls 109 disposent d'au moins d'une structure de prise en charge opérationnelle, soit 61,2%.

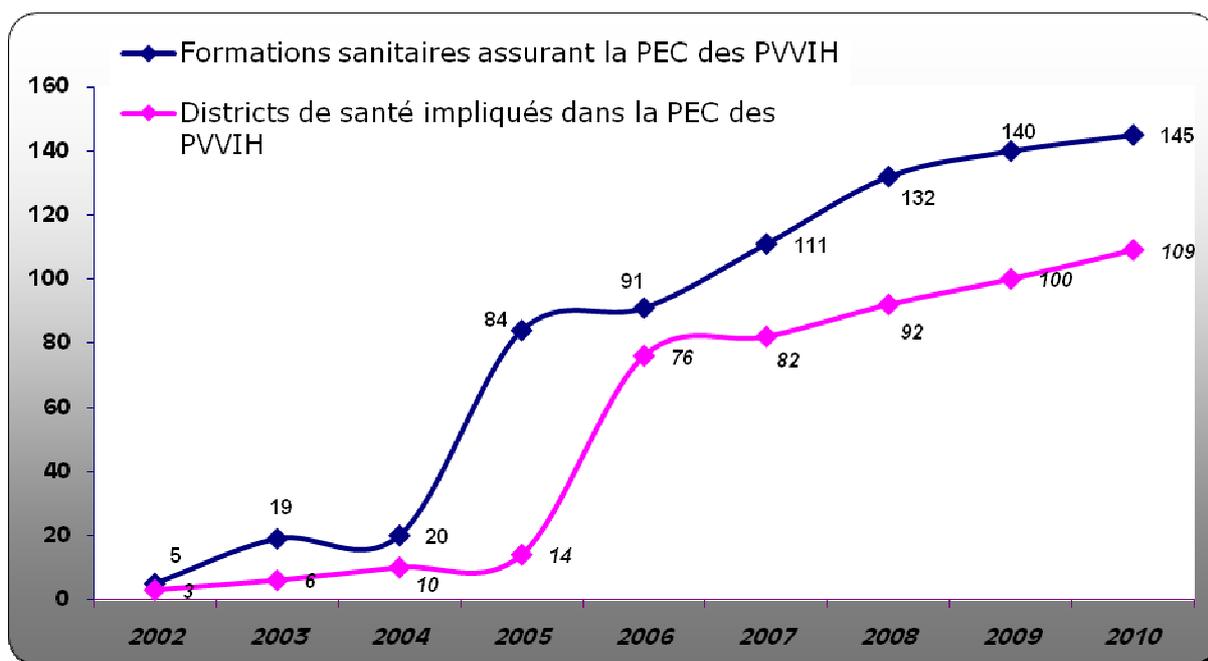


Figure 3 : Implication des structures sanitaires et des districts dans la prise en charge des PVIH : 2002 - 2010

Source : CNLS

La couverture nationale de 61,2% en districts en matière de prise en charge masque un certain nombre de disparités inter régionales. Le tableau ci-dessous montre que ce niveau de couverture en districts de santé varie de 93,5% dans la région du Centre à 35,7% dans la région de l'Extrême Nord. Ces niveaux de couverture régionaux influencent en partie les niveaux de recrutement observés dans les régions dans la mesure où les régions présentant des niveaux de couverture élevés (Centre, Nord Ouest, Sud) sont aussi celles qui ont des taux de recrutement importants.

Tableau 5 : Couverture régionale en FS et DS en activités de prise en charge des PVIH en 2010

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

Source :

La poursuite de la stratégie de décentralisation de la prise en charge médicale des PVVIH adoptée dans le cadre du PSN 2011-2015 permettra à travers la création de nouvelles unités de prise en charge de renforcer de manière quantitative et qualitative la prise en charge des malades.

ii. Le recrutement du personnel paramédical

Le recrutement du personnel paramédical rendu possible avec l'appui du financement Fonds Mondial depuis 2006 a permis d'accélérer la mise en œuvre des activités de prise en charge. Jusqu'en 2010, 508 agents de relais communautaires, répartis dans les différents UPEC/CTA viennent en appui au personnel médical pour offrir les services d'assistance psychosociale aux PVVIH. Cette forte implication dans le suivi des patients renforce leur adhérence au traitement.

iii. La formation du personnel médical et paramédical

Dans le cadre de l'accès universel aux traitements et soins, jusqu'en fin 2010, 6 299 personnels de santé ont été formés. Ce renforcement de capacités dans les différents domaines a permis de mettre à la disposition des structures sanitaires un personnel qualifié apte à assurer des services de qualité dans leur domaine.

Tableau 6 : Formation du personnel médical et paramédical dans le cadre de l'accès universel, 2005 - 2010

Domaine	Indicateur	Valeur cumulée 2005 - 2010	Partenaire de mise en œuvre
Conseil et dépistage du VIH	Nombre de conseillers formés au counseling et testing	992	DLM
Prise en charge des IST	Nombre de personnel médical et paramédical (médecin, infirmier, conseiller) formés à la prise en charge des IST en utilisant l'approche syndromique	972	CHP/CARE
PTME	Nombre de personnel médical et paramédical (médecin, infirmier, conseiller) formés à la PTME	20	DLM/CARE
Dépistage et prise en charge de la TB et des Infections Opportunistes	Nombre de prestataires de soins et techniciens laboratoire formés au diagnostique et traitement de la TB et des infections opportunistes	330	DLM
Prise en charge par les ARV	Nombre de médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire, pharmaciens formés pour la prise en charge des cas et le soutien dans les formations sanitaires	3 625	DLM
Gestion des médicaments	Nombre de commis de pharmacie, pharmaciens formés à la gestion des médicaments	400	DPM

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

Il s'agit principalement des équipements médicaux mis à la disposition des structures de prise en charge. En 2009, 29 spectrophotomètres, 29 centrifugeuses et 29 automates ont été acquis sur financement GFTAM et mis à la disposition des UPEC/CTA. En décembre 2010, l'hôpital

Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé a reçu une dotation en appareil biomédical (spectrophotomètre, centrifugeuse, automate, appareil à PCR) dans le cadre de la réalisation des examens de diagnostic précoce des enfants exposés et des examens biologiques.

v. Approche tutorat

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

vi. Subvention du traitement et des examens de suivi biologique

En 2010, les examens biologiques de suivi, d'orientation et pré thérapeutiques ont été subventionnés (Décision N° 0858/MSP/CAB/SG/CNLS/GTC/SP du 14 septembre 2009), permettant aux malades de payer respectivement 3 000, 2 500 et 500 FCFA. Cette politique de subvention des bilans a été poursuivie par le gouvernement et a permis de faciliter la réalisation de 85 315 bilans de suivi contre 82 264 en 2009.

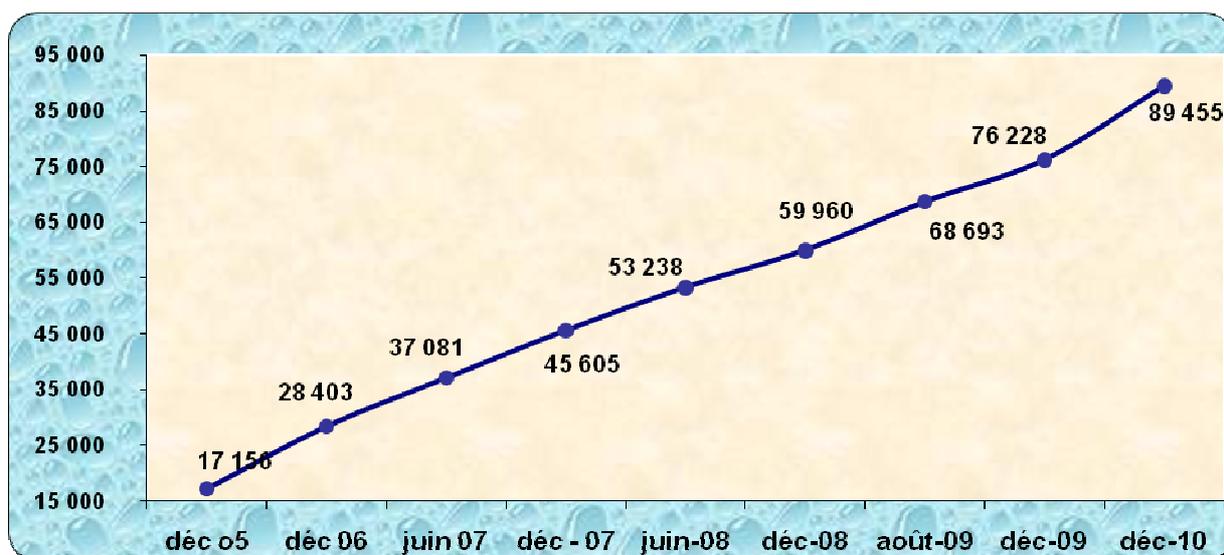
II.1.2 Progrès en matière de prise en charge des PVVIH sous ARV

Les nouvelles estimations faites par le GTC/CNLS et la Direction de la Lutte contre la Maladie avec l'appui de l'**ONUSIDA**, de l'**OMS** et des autres agences du système des Nations Unies, à l'aide des logiciels EPP-Spectrum, ont permis de montrer qu'en matière de besoin en thérapie ARV, **249 341** PVVIH étaient éligibles au traitement en 2010, dont **217 372** adultes et **31 969** enfants.

i. Recrutement des PVVIH (Adultes et enfants)

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

Figure 4 : Evolution de la file active des malades sous ARV : 2005 – décembre 2010



Source :

En fin décembre 2010, 89 455 malades étaient sous traitement ARV, soit 35,9 % des 249 341 malades éligibles au traitement ARV en fin 2010. L'on est passé de 76 228 PVVIH sous ARV en fin 2009 à 89 455 en fin 2010.

- **Profil par sexe et par âge des PVVIH sous ARV**

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

En fin décembre 2010, 67,4% des 89 455 PVVIH sous ARV sont des femmes, soit 60 352 contre 32,6 % d'hommes (29 153).

Tableau 7 : Répartition des PVVIH sous ARV par sexe et par région

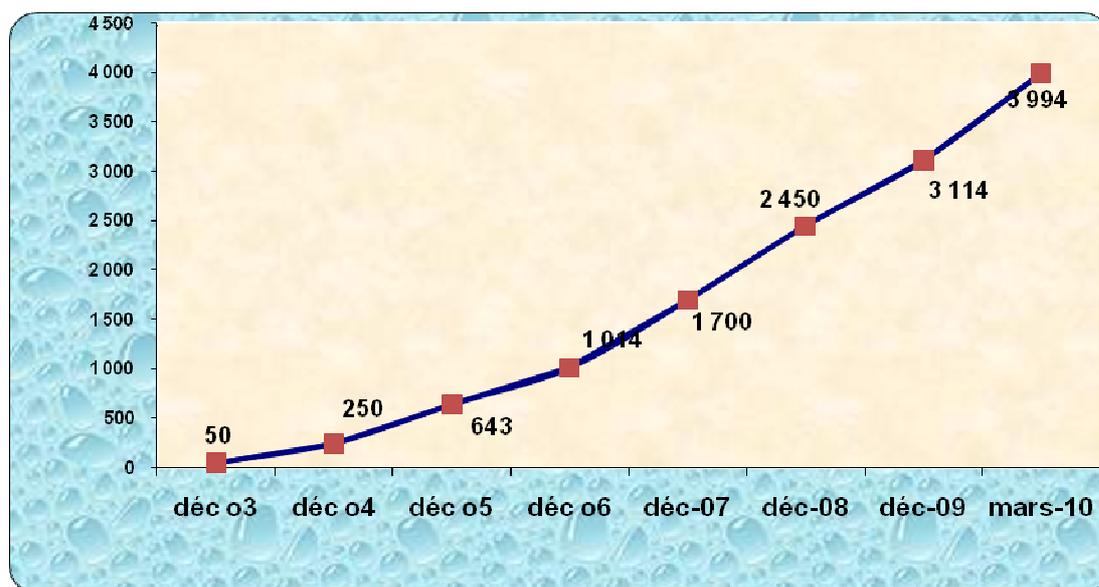
Région	PVVIH Femmes sous ARV	PVVIH hommes sous ARV	Total PVVIH sous ARV	Pourcentage de PVVIH Femmes sous ARV
Adamaoua	1 634	1 009	2 643	61,8%
Centre	14 987	7 349	22 336	67,1%
Est	1 300	544	1 844	70,5%
Extrême Nord	2 366	1 667	4 033	58,7%
Littoral	11 918	5 229	17 147	69,5%
Nord	2 347	1 403	3 750	62,6%
Nord Ouest	15 091	6 920	22 011	68,6%
Ouest	2 968	1 284	4 252	69,8%
Sud	2 048	849	2 897	70,7%
Sud Ouest	5 643	2 899	8 542	66,1%
Total	60 302	29 153	89 455	67,4%

Source : CNLS

La proportion de femmes PVVIH sous ARV est supérieure à 58 % dans toutes les Régions. Ceci montre encore l'ampleur de l'épidémie chez les femmes.

Chez les enfants (moins de 15 ans), la tendance est également à la hausse comme le montre la figure ci-dessous avec en fin décembre 2010, 3 994 PVVIH enfants sous ARV. Ce chiffre, même s'il est en nette hausse par rapport aux années précédentes reste très en deçà du niveau acceptable d'au moins 50 % des besoins en thérapie couverts. En fin 2010, seulement 12,5% des 31 969 enfants éligibles ont reçu un traitement gratuit.

Figure 5 : File active des enfants sous ARV : 2003 – 2010



Source : CNLS

ii. Dynamique de recrutement des malades dans les Régions

Les résultats régionaux montrent une dynamique de recrutement variable d'une région à l'autre. Dans les régions du Centre, Littoral, Nord et du Nord Ouest, au moins 50% des malades éligibles au traitement sont sous ARV. La Région de l'Ouest enregistre un niveau de recrutement encore inférieur au seuil critique de 25% (15,9%).

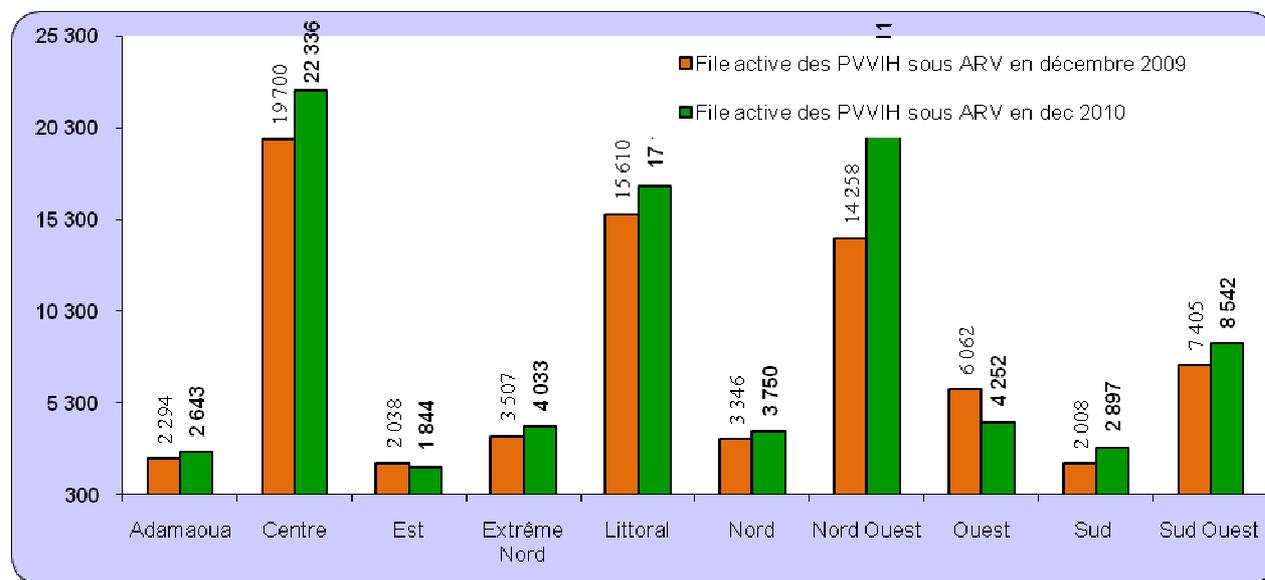
Tableau 8 : Dynamique de recrutement des malades sous ARV par Région

Région	Total PVIH Éligibles	PVIH éligibles femmes	PVIH éligibles hommes	Total PVIH sous ARV en fin 2010	PVIH femmes sous ARV en fin 2010	PVIH hommes sous ARV en fin 2010	% PVIH femmes éligibles sous ARV en fin 2010	% PVIH hommes éligibles sous ARV en fin 2010	% PVIH éligibles sous ARV en fin 2010
Adamaoua	13 032	8 469	4 563	2 643	1 634	1 009	19,3%	22,1%	20,3%
Centre	50 465	31 227	19 238	22 336	14 987	7 349	48,0%	38,2%	44,3%
Est	16 271	8 570	7 701	1 844	1 300	544	15,2%	7,1%	11,3%
Extrême Nord	15 590	7 412	8 178	4 033	2 366	1 667	31,9%	20,4%	25,9%
Littoral	41 171	23 291	17 880	17 147	11 918	5 229	51,2%	29,2%	41,6%
Nord	8 314	4 081	4 233	3 750	2 347	1 403	57,5%	33,1%	45,1%
Nord Ouest	43 325	28 029	15 296	22 011	15 091	6 920	53,8%	45,2%	50,8%
Ouest	26 814	10 680	16 134	4 252	2 968	1 284	27,8%	8,0%	15,9%
Sud	9 398	5 523	3 875	2 897	2 048	849	37,1%	21,9%	30,8%
Sud Ouest	24 961	15 521	9 440	8 542	5 643	2 899	36,4%	30,7%	34,2%
Total	249 341	142 803	106 538	89 455	60 302	29 153	42,2%	27,4%	35,9%

Source : CNLS

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

Figure 6 : Performances régionales en matière de prise en charge des PVVIH entre 2009 et 2010



Source : CNLS

Protocoles de traitement ARV

En 2009, 97,3 % des protocoles consommés sont ceux de première ligne et 2,7 % ceux de deuxième ligne. Chez les adultes, 97,7 % des malades sont sous première ligne contre 2,3 % de première ligne. En 2010, l'on note une augmentation de la part des protocoles de deuxième ligne dans le poids des protocoles ; ceci imputable en partie à l'augmentation des échecs thérapeutiques chez les anciens malades sous ARV.

Tableau 9 : Evolution de la consommation des ARV par type de protocole : 2006- 2009

Année	Adultes		Enfants		Total	
	Poids des protocoles de première ligne	Poids des protocoles de deuxième ligne	Poids des protocoles de première ligne	Poids des protocoles de deuxième ligne	Poids des protocoles de première ligne	Poids des protocoles de deuxième ligne
2006	99,4%	0,6%	98,4%	1,6%	99,20%	0,80%
2007	99,1%	0,9%	96,3%	3,7%	98,41%	1,59%
2008	98,0%	2,0%	95,6%	4,4%	97,9%	2,1%
2009	97,7%	2,3%	87,2%	12,8%	97,3%	2,7%
2010	95,60%	4,10%	87,0%	13,0%	95,50%	4,50%

Source :

95,6% des adultes sont sous ARV de première ligne soit **4,1%** sous deuxième ligne. De même, chez les enfants, **87%** sont sous première ligne et **13%** sous deuxième ligne.

Dans l'ensemble, ce sont 95,5% des PVVIH sous ARV qui sont sous protocoles de première ligne contre 4,5% en deuxième ligne.

Afin de ralentir l'émergence des résistances aux ARV pour les malades sous traitement de première intention, il importe de soutenir la politique de renforcement des capacités du personnel impliqué dans la prise en charge ainsi que l'éducation thérapeutique des malades. Un éventail plus large de protocoles de deuxième ligne, voire troisième sera un atout pour le contrôle des résistances.

II.1.3 Traitement des infections opportunistes (IO)

L'accessibilité aux traitements pour les infections est au cœur des activités de prise en charge. Les principaux traitements subventionnés par le GFTAM (prophylaxie au Cotrimoxazole, traitement pour la toxoplasmose et la cryptococcose cérébrale, traitement des cas de candidose oro-pharyngo-œsophagienne) sont mis à disposition dans les structures sanitaires afin de prendre en charge les malades présentant ces infections. En 2009, en moyenne 22 400 PVVIH ont reçu par mois une prophylaxie gratuite au cotrimoxazole. Respectivement, 766, 599 et 304 personnes ont reçu le traitement pour la cryptococcose cérébrale, toxoplasmose cérébrale et la candidose oro-pharyngo-œsophagienne. En 2010, ce sont en moyenne 24 500 PVVIH qui ont reçu par mois une prophylaxie gratuite au cotrimoxazole.

Tableau 10 : Traitement des PVVIH pour les IO : 2006-2010

Année	Nombre moyen de PVVIH sous prophylaxie gratuite au Cotrimoxazole par mois	Nombre de cas de cryptococcose cérébrale chez les PVVIH traités gratuitement	Nombre de cas de toxoplasmose cérébrale chez PVVIH traités gratuitement	Nombre de cas de candidose oro-pharyngo-œsophagienne chez PVVIH traités gratuitement
2006	4 072	82	217	110
2007	10 461	415	784	2 077
2008	21 747	569	1 373	1 462
2009	22 400	766	599	304
2010	24 500	850	650	345

Source :

II.2 Prise en charge communautaire et nutritionnelle des PVVIH

Avec l'appui de l'ONG CARE-Cameroun, un certain nombre d'activités visant à assurer la prise en charge communautaire ont été menées en 2010. Il s'agit de :

- la formation et le recyclage de 38 agents de soutien communautaires;
- la fourniture des paquets minimum de soutien (soutien psychosocial, fourniture de brochure d'information sur la vie positive avec le VIH et référence vers les unités de

traitement) à 25.095 PVVIH à travers des visites à domicile de routine et des causeries éducatives dans les OBC et dans les Centres de traitement, réalisées par les Volontaires Communautaires et les Agents de Relais Communautaire ;

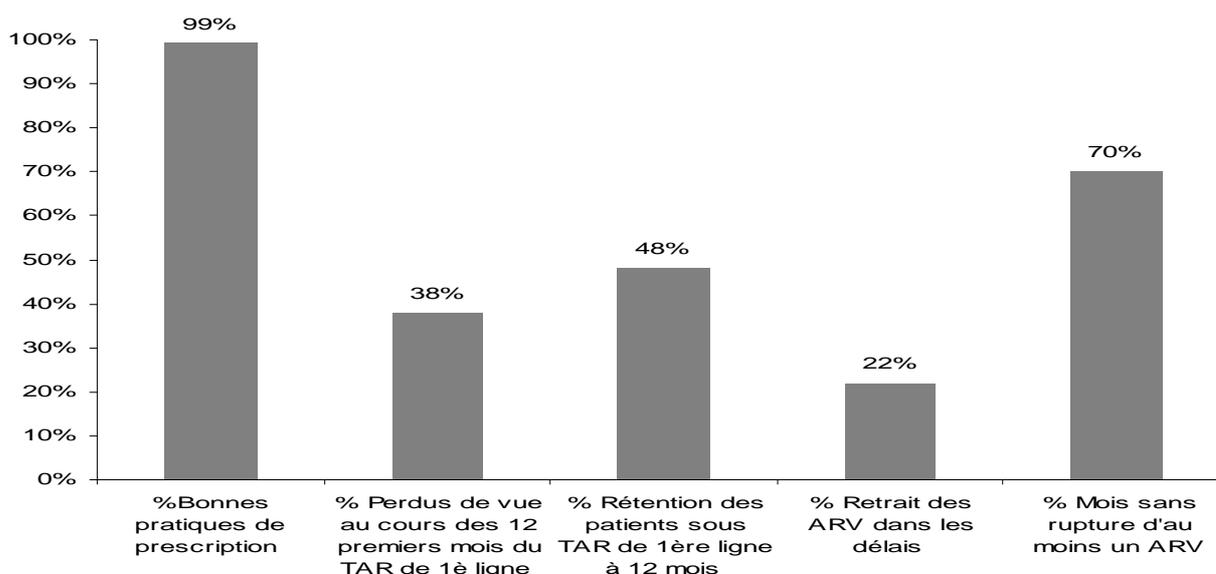
- la fourniture à 56 307 PVVIH indigents de 70 898 paquets de soutien spécifique. Le paquet de soutien spécifique consistait en un paquet d'activités comprenant les Visites à Domicile pour la recherche des perdus de vue, Causerie Educative Observance, Conseil de suivi, Paiement de transport vers les CTA et UPEC, Paiement de Bilans Pré-thérapeutiques et de suivi, Traitement des IO, Appui nutritionnel, AGR, Soutien Juridique.

Au plan nutritionnel, avec l'appui de **RECAP+**, 252 boîtes de spiruline ont été distribués aux PVVIH. Ce premier pas vers la promotion de ce produit constitue un pas important vers l'amélioration de l'état nutritionnel des PVVIH. L'apport des partenaires dans ce cadre contribuera à rendre davantage accessible la consommation de ce produit alimentaire.

II.3 Surveillance de l'émergence des résistances aux ARV

La mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention et surveillance de la pharmaco résistance du VIH a bénéficié de l'appui technique et financier de l'OMS et s'est focalisée sur trois points essentiels : i) la production et diffusion du rapport 2009 sur la pharmaco résistance ; ii) le lancement de l'enquête 2010 sur les indicateurs d'alerte précoce (IAP) de la pharmaco résistance dans 40 sites de Traitement par ARV (CTA et UPEC) et ; iii) le suivi de la réalisation de la phase 2 de l'enquête de Monitoring des résistance chez 140 patients mis sous traitement ARV depuis août 2009 à l'hôpital de La Caisse de Yaoundé. Les rapports finaux de ces deux enquêtes sont en cours de production.

Figure 7 : Résultats de l'évaluation des indicateurs d'alerte précoce de la pharmaco résistance du VIH pour l'ensemble des 19 sites de TAR enquêtés en 2009 au Cameroun



Source :

L'analyse des résultats de l'enquête 2009 sur les indicateurs d'alerte précoce de la pharmaco résistance du VIH indique des dysfonctionnements importants dans le suivi des patients sous

traitement ARV, d'où un risque accru d'émergence des résistances au traitement de première ligne si les mesures adéquates ne sont pas prises.

Tableau 11 : Résultats des indicateurs d'alerte précoces obtenus dans les 40 sites enquêtés en 2010.

Indicateur d'alerte précoce (IAP)	Cible de l'IAP pour tous les sites (période d'enquête)	Pourcentage de sites atteignant la cible de l'IAP (% de sites atteignant la cible)
IAP 1: Pourcentage de prescriptions de schémas de TAR initiaux adéquats	100% (Janvier 2009 – Août 2009)	90% (4/40)
IAP 2: Pourcentage de patients commençant un TARV de première ligne, perdus de vue à 12 mois	≤ 20 % (Janvier 2009 – Août 2009)	20% (8/40)
IAP 3: Pourcentage de patients qui sont toujours sous TARV de 1ère ligne 12 mois après le début du traitement.	≥ 70 % (Janvier 2009 – Août 2009)	20% (8/40)
IAP 4: Pourcentage de patients se procurant les médicaments ARV dans les délais fixés.	≥ 90% (2 retraits consécutifs après Janvier 2009)	0% (0/40)
IAP 5: Pourcentage de Mois sans rupture de stocks pour les médicaments ARV	100% (Janvier à Décembre 2009)	42,5% (17/40)

Source : CNLS

L'analyse du tableau ci-dessus montre que:

- Pour l'IAP 1 « Bonnes pratiques de prescription » des traitements ARV, 90% des sites enquêtés (36 sur 40) ont atteint le seuil requis de 100%. Les 4 autres sites ont des performances de 99%, ce qui indique que dans tous les sites (UPEC et CTA enquêtés, les pratiques de prescriptions sont conformes aux directives nationales en la matière.
- Pour l'IAP 2, 20% des sites évalués (8/40) ont un taux de perdus de vue en dessous du seuil acceptable de ≤ 20%. Par contre, 80 % des sites ont des taux de perdus de vue qui varient de 22% à 77%. L'hôpital protestant de Ngaoundéré et celui de Nkongsamba enregistrent le taux de perdus de vue le plus élevé, soit 77%; tandis que l'Hôpital de District d'Edéa et l'Hôpital Gynéco Pédiatrique de Yaoundé enregistrent les taux les plus bas, respectivement 7% et 4%.

Au regard de ces données, il est primordial d'approfondir la collecte des informations sur le devenir de ces perdus de vue, afin de spécifier le pourcentage de patients décédés, ceux en « Arrêt de traitement » et ceux ayant effectivement abandonné le traitement. Chez les patients perdus de vue ou en arrêt de traitement, les risques de développement de résistances aux traitements ARV sont accrus, y compris la transmission sexuelle des souches résistantes à des patients naïfs.

- Pour l'IAP 3, huit (8) des 40 sites évalués (soit 20%) ont atteint ou dépassé le pourcentage minimal (≥70%) recommandé pour l'indicateur «Rétention à 12 mois des patients sous

TARV de première ligne ». Les autres ont des taux inférieurs au seuil, variant de 62% à l'hôpital régional de Bafoussam à 19% à l'Hôpital Protestant de Ngaoundéré.

- Pour l'IAP 4 « Retrait des ARV dans les délais », aucun des 40 sites n'a atteint le seuil recommandé ($\geq 90\%$). Les taux observés 0% à l'Hôpital régional de Limbe à 73% à l'Hôpital Gynéco Pédiatrique de Yaoundé. Cela montre que le niveau d'observance des traitements ARV chez les patients est très faible dans tous les sites enquêtés.
- Pour IAP 5, dix sept (17) des 40 sites enquêtés (soit 42,5%) ont atteints le seuil requis de 100% pour l'indicateur « Pourcentage de mois sans rupture de stocks d'au moins un ARV ». Les 24 autres centres de traitement (60%) ont connu des ruptures de stocks d'un ou plusieurs médicaments ARV au cours de l'année 2009. L'hôpital de District de Ndup dans la région du Nord-Ouest est le site ayant enregistré le plus faible pourcentage de mois sans aucune rupture de stock, soit 0%.

Un rapport détaillé des résultats individuels de chaque site est en cours d'élaboration. En indiquant les résultats individuels du site, ce rapport présentera également les forces et les faiblesses enregistrées, et formulera des recommandations ou actions prioritaires pour améliorer la situation des IAP, la qualité de la prise en charge des patients dans la structure.

S'agissant de l'interprétation des résultats de l'IAP 5, l'existence des possibilités de substitution d'un médicament ARV par un autre de la même classe lors que le premier est en rupture de stock, nous amène à relativiser l'importance de ces ruptures sur l'observance des traitements. Cependant, il est important d'évaluer l'impact réel de ces ruptures sur les prescriptions et l'observance des traitements.

- L'analyse des données montre que les « pratiques de prescription des traitements antirétroviraux » sont bonnes dans tous les sites évalués. Cela serait probablement la résultante d'une part, des efforts de formation des prescripteurs en cours de puis plusieurs années et d'autre part, la pratique courante de prescription des traitements lors des réunions hebdomadaires des « Comités thérapeutiques » instituées dans chaque. Il y a donc lieu de renforcer et assurer la pérennisation de cette pratique dans le cadre de l'extension des UPEC au niveau des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA).
- Cependant, les risques de développement des résistances restent très élevés la plupart des sites comme le confirment les niveaux des indicateurs relatifs aux « pourcentage de patients perdus de vues », « pourcentage de patients encore sous ARV de première ligne douze mois après le début du traitement » ou « pourcentage de patients qui retirent les médicaments ARV dans les délais prescrits ».
- Tous les centres de traitements par ARV (UPEC et CTA) ont besoin d'accroître leurs performances pour ce qui concerne les indicateurs qui mesurent le niveau d'observance du traitement. Les « Bonnes pratiques » existeraient dans certains centres où ces indicateurs sont satisfaisants à l'instar de l'Hôpital Gynéco pédiatrique de Yaoundé, Hôpital de District d'Edéa et Hôpital Régional de Bertoua.

- Concernant l'indicateur «Retrait des médicaments dans les délais» une analyse approfondie de la durée de la rupture de stock de médicaments, de la non disponibilité des médicaments alternatifs et le «décompte des gélules ou comprimés" en possession du malades est nécessaire afin de conclure si les retards observés dans le retrait des médicaments ont pu effectivement avoir un effet direct sur l'observance, car dans certains CTA et UPEC, les rendez-vous sont fixés 3 à 5 jours avant la date d'épuisement des médicaments délivrés.
- La charge de travail qui est traduite par le ratio «nombre de patients sous traitement ARV par personnel soignant impliqué dans leur prise en charge» est un des facteurs qui influence négativement les niveaux des indicateurs 2, 3 ou 4 relatif à l'observance des traitements.

Malgré ces limites de l'étude, l'évaluation des IAP en 2010 montre que le Programme de traitement par les antirétroviraux au Cameroun fait encore face à de nombreux problèmes et défis, pour lesquels des mesures urgentes sont nécessaires pour éviter des conséquences de sa faible gestion à court et moyen terme.

Cette enquête portant sur 40 structures de traitement par ARV (versus 19 en 2009) a une fois de plus révélé les forces et les faiblesses de la prise en charge des PVVIH par les ARV au Cameroun. Elle confirme aussi les constats révélés par les évaluations des années antérieures 2008 et 2009.

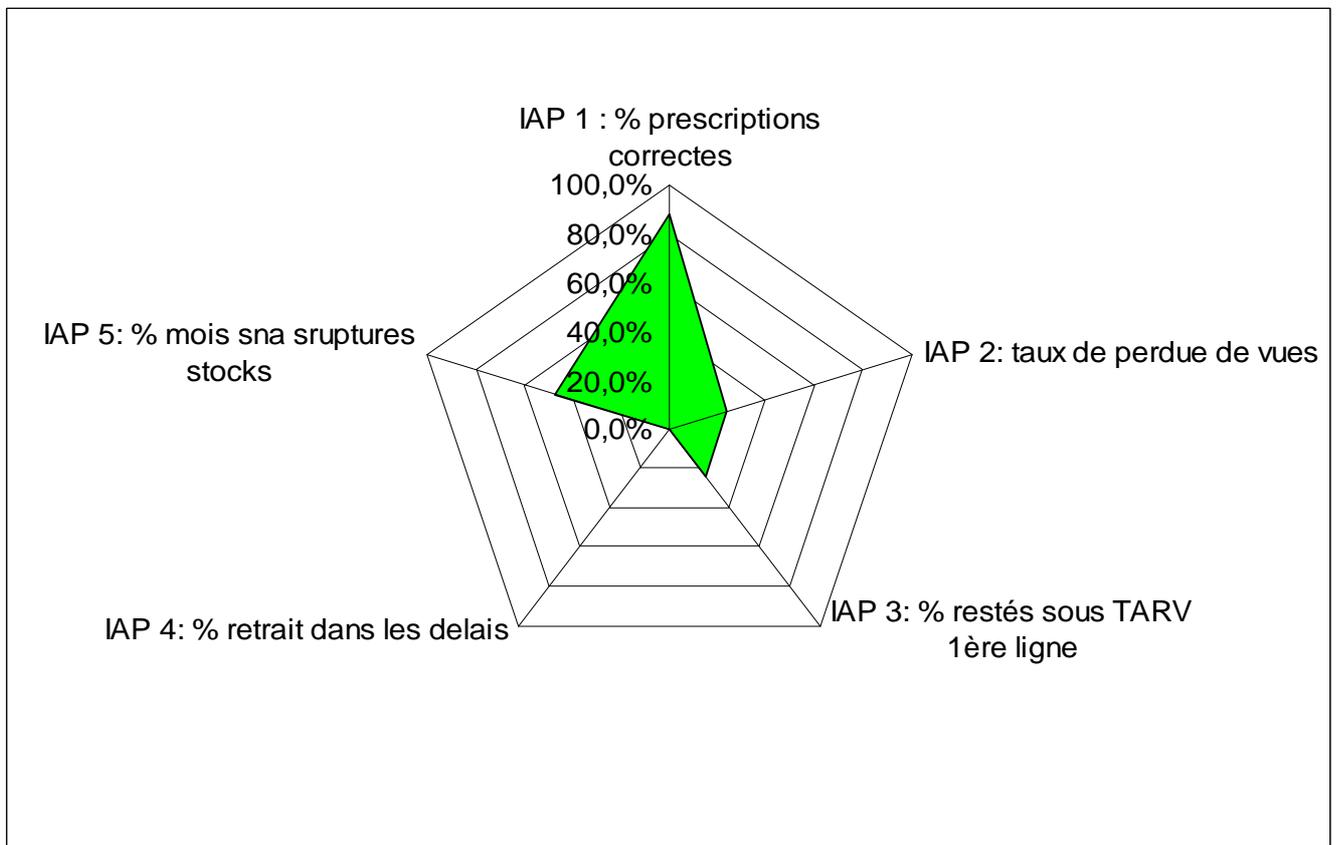
Même si les pratiques de prescriptions observées sont bonnes performances, les niveaux des indicateurs qui renseignent sur la qualité du suivi et l'observance des traitements ARV par les patients ne sont pas satisfaisants. Cela indique que le risque d'émergence des résistances du VIH aux traitements reçus dans ces sites reste très élevé; d'où l'urgence de renforcer les stratégies d'aide à l'observance en cours ou de mettre en place des mesures de prévention plus efficaces et efficientes.

Sur la base des résultats de l'enquête 2010, les recommandations ci-après peuvent être émises à l'endroit des intervenants dans la chaîne de prise en charge des personnes infectées par le VIH et Sida.

- Des registres harmonisés de suivi des patients doivent être mis à la disposition de tous les CTA et UPEC, et les prestataires formés à l'utilisation ;
- Des activités de supervision des structures de prise en charge des PVVIH doivent être renforcées ainsi que l'utilisation des outils de suivi des malades;
- la stratégie nationale d'aide à l'observance des traitements y compris le rôle et le positionnement des agents relais communautaires (ARC) doit être révisée et adaptée;
- les actions de communication sur l'observance des traitements ARV en direction des PVVIH et membres de famille ainsi que des associations de PVVIH doivent être intensifiée;

S'appuyant sur les résultats 2009, et ceux de l'année 2010, il est envisagé d'intensifier en 2011, la rétro information au niveau des sites de traitement ARV et les visites de supervision. Déjà, un poster pour affichage destiné à alerter et orienter les prestataires sur la conduite à tenir pour minimiser les risques de développement des résistances a été développé et sera distribué en 2011 aux CTA/UPEC.

Figure 8 : Synthèse des Résultats des IAP 2010



Source : CNLS

AXE STRATEGIQUE III:

PROTECTION ET SOUTIEN AUX ORPHELINS ET ENFANTS

VULNERABLES (OEV)

Le Cameroun a planifié pour la période 2006-2010, d'apporter un soutien holistique au moins à 75% d'Orphelins et Enfants Vulnérables. Il s'agissait plus spécifiquement d'accroître d'au moins 20% par an la proportion d'OEV dont les familles ont reçu un appui externe pour soutenir l'enfant, et de réduire à moins de 10% la proportion d'OEV dans les institutions spécialisées.

Pour atteindre cet objectif, en 2010, le Comité National de Lutte contre le Sida s'est appuyé sur divers programmes, partenaires et ONG à l'instar du Programme National de Soutien aux OEV (PNS-OEV) financé par l'UNICEF et mis en œuvre par Care Cameroun et le MINAS, Catholic Relief Services, SIDACTION etc.

En 2010, l'ONG **SIDACTION**, dans son soutien de la lutte contre le sida au Cameroun a appuyé le programme **Grandir** par le biais de l'association SWAA-Littoral qui a mis en œuvre un projet de soutien de 480 OEV. Cette prise en charge incluait essentiellement les volets nutritionnel, éducationnel et juridique.

Un projet initié par **IRESKO** et visant à renforcer et à soutenir la capacité des familles pour qu'elles puissent s'occuper des OEVS et leur assurer la scolarité et la formation donc ils ont besoin a été mis sur pied en 2009. Dans le cadre de ce projet, les OEV en risque de non scolarisation, de déscolarisation ou en besoin de formation professionnelles ont été soutenus en 2010. Au total, dans le cadre de ce projet, 86 OEV issus des régions de l'Est, de l'Ouest et du Nord-Ouest ont reçu des bourses.

Les actions menées dans le cadre des OEVS par Catholic Relief Services comprennent : soutien scolaires primaire et secondaire, médical, psychologique, assurance santé, protection légale, acte de naissance, alimentation et de nombreux autres besoins de base. Au delà de cette aide le projet a travers ses membres et ses volontaires ont organisés des causeries éducatives et par là ont résolu de nombreux conflits familiaux. Ainsi, par ces actions concertées le projet a assisté au total 2 108 OEV donc 1458 dans la région du Nord-Ouest, 412 dans la région du Sud-Ouest et 238 dans la région du centre.

Au cours de l'année 2010, la composante Soutien aux OEV du programme EVS financé par l'UNICEF a permis la prise en charge de 7 500 enfants dans 8 régions au Cameroun. Ces activités ont concerné l'assistance psychosociale, l'appui à la prise en charge sanitaire, l'appui nutritionnel et les activités de mobilisation communautaire. Par ailleurs, 442 intervenants (Acteurs de la société civile, assistants sociaux etc) ont été formés.

L'ONG **CARE-Cameroun**, dans le cadre de la prise en charge et le soutien aux OEV a formé 38 agents de soutien communautaires et facilité la prise en charge de 2 740 OEV.

D'une manière générale une baisse significative du soutien aux OEV a été observée en 2010.

AXE STRATEGIQUE IV : APPROPRIATION DE LA LUTTE PAR LES ACTEURS

La pérennité de toutes les actions engagées, ne peut être garantie que par l'appropriation de la lutte par les acteurs.

Au Cameroun, les principaux acteurs sont les :

- Organisations non gouvernementales et la société civile ;
- PVVIH ;
- Communautés ;
- Organisations religieuses ;
- Leaders d'opinion ;
- Média ;
- Secteurs publics et privés ;
- Organisations bi et multilatérales : ils ont un rôle technique et financier.

Le rapportage des activités effectuées par les différents acteurs constitue l'une des grandes faiblesses de la lutte contre le Sida au Cameroun. Les stratégies retenues pour la période 2011-2015, prévoient le renforcement du Suivi-Evaluation en général et au niveau sectoriel en particulier. Parallèlement à l'élaboration du plan stratégique 2011-2015, un Plan National de Suivi Evaluation a été rédigé au cours de l'année 2010. Il constitue une annexe indispensable au PSN qui sera validé au cours de la deuxième réunion du GTSE de 2011. Ci-dessous quelques activités individuelles 2010 qui ont pu être rapportées.

Le Secteur public

1. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Le Ministère de la Santé Publique a été le principal acteur du deuxième axe de la riposte et l'un des principaux du premier axe. Dans le cadre de la réponse santé, tous les résultats présentés concernant notamment le dépistage volontaire et la prise en charge des PPVIH y compris les enfants ont été essentiellement produits par ce sous secteur. Il en est de même pour la PTME. Le renforcement du système de santé a été retenu comme l'un des huit axes stratégiques de la lutte pour la période 2011- 2015.

2. MINISTERE DE LA JEUNESSE

Le MINJEUN est l'un des sous secteurs où, l'activité a été intense en 2010, avec essentiellement le soutien financier de l'UNICEF. Les activités phares ont été les suivantes :

- Mobilisation de 22 600 enfants et adolescents pour le CDV et autres activités lors des événements spéciaux, pour la prévention du VIH et Sida dans les milieux scolaires et extra scolaires.

- Renforcement des capacités de 626 SPE /ECE et encadreurs en Life Skills, AnaCom et CRV dans diverses régions du Cameroun.
- mise en place de Conseils Municipaux de Jeunes (CMJ) et documentation des bonnes pratiques du fonctionnement du Conseil Municipal Junior de Bélabo en matière de la participation des conseils jeunes pour la prévention primaire
- Supervision du Réseau des Jeunes dans les villes de Garoua, Yaoundé, Douala, Ebolowa, Foumban, Bertoua et Bamenda
- Revue documentaire et de mise à jour des données du Programme Enfants, VIH et Sida
- Documentation des bonnes pratiques en matière de prévention et de participation des jeunes contre le VIH
- Supervision conjointe de l'équipe de gestion centrale MINJEUN/MINESEC/RJ
- Distribution de 58 600 préservatifs masculins
- Formation des jeunes apprenantes des CPFF dans plusieurs districts de santé

En 2010 le MINJEUN a mobilisé 144 113 279 F.CFA, pour la lutte contre le VIH-Sida en milieu jeune. Il est difficile d'évaluer la performance des actions entreprises étant donné que les bases n'existaient pas. Les activités débuteront dès 2011 avec la mesure des indicateurs de base au niveau des lieux d'intervention pour faciliter le suivi.

3. MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRES

La contribution du MINESEC au cours de l'année 2010 a également été marquée par un début d'appropriation de ce sous secteur dans la riposte contre le VIH-Sida. Les principales activités ont été les suivantes :

- La mise en place d'une commission centrale de coordination des activités de lutte contre le VIH et Sida au Ministère des Enseignement Secondaires, les documents officiels afférents sont en cours signature.
- L'élaboration des outils pédagogiques, les documents validés sont les suivants : les documents didacticiel d'autoformation des enseignants, les Films éducatifs, les Manuels de l'élève.
- 730 Enseignants ont été formés dans 80 établissements
- Le renforcement des capacités des élèves superviseurs pairs éducateurs et encadreurs sur les informations et connaissances correctes sur les IST, le VIH et le Sida, les supports d'accompagnement adéquats pour les life skills : 800 élèves SPE et 320 encadreurs ont été formés.
- L'accès aux services socio-sanitaires conviviaux comprenant l'accès au conseil dépistage volontaire et à la prise en charge dans les zones d'intervention du prioritaires : 25000 élèves ont été dépistés et 2000 pris en charge pour les IST –
- La sensibilisation et mobilisation des élèves par la réalisation des cartographies de risque et de vulnérabilité et life skills : 1 060 000 élèves ont été sensibilisés.
- La participation des jeunes aux : Clubs santé scolaires, Parlement des Enfants, Conseil Municipal des Jeunes : 05 structures d'expression et de dialogue des adolescents sont fonctionnelles et 17 Conseils Municipaux des Jeunes.

Pour mettre en œuvre ces activités une somme non exhaustive de 225 000 000 de francs CFA a pu être identifiée. L'UNICEF, l'UNESCO et le Fond Mondial ont été les principaux partenaires.

4. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES

Le Ministère des Affaires Sociales est le principal acteur chargé de la mise en œuvre des activités liées à la prise en charge des orphelins en enfants vulnérables à travers le programme EVS financé par UNICEF. Les activités mises en œuvre par ce Département Ministériel ont été rapportées au chapitre précédent. Toutefois, la faiblesse de la coordination ressort de cette mise en œuvre ne favorisant pas le rapportage des informations.

5. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Tout au long de l'année 2010, les activités menées par la Commission Centrale de Coordination du programme Sectoriel de Lutte contre les MST, le VIH et le Sida du Ministère de l'emploi et de la formation professionnelle ont consisté en :

- La création et l'opérationnalisation d'une ligne téléphonique (CT phone : 22 62 85 26). Cette ligne est ouverte aux personnes infectées qui désirent avoir d'amples informations sur le VIH et le Sida. A cet effet, un communiqué a été signé par le Ministre informant le personnel du ministère de l'existence de cette ligne ;
- La sensibilisation et le dépistage ; avec l'appui du comité National de Lutte contre le Sida 49 femmes et 182 hommes ont été dépistés en 2010. La commission a sensibilisé le personnel des services centraux et extérieurs du Ministère sur les dangers du VIH à l'occasion de la conférence annuelle ;
- Distribution des posters et des banderoles ;
- Au niveau régional, des campagnes d'information et de sensibilisation ont été organisées, les points focaux ont été désignés ;
- Participation aux activités liées à la journée mondiale du Sida

Organisations non gouvernementales et Société Civile

Tant collectivement qu'individuellement, les ONG et la société civile ont pris activement part à la réponse au VIH et sida à travers un certain nombre d'actions ciblées. On peut relever sur le plan collectif la participation (directe ou indirecte) de tous les acteurs de la société civile ainsi que les PVVIH à l'évaluation du PSN 2006-2010, à l'élaboration du PSN 2011-2015 ainsi qu'à l'élaboration de la 10ème proposition du GFTAM qui a reçu une approbation de financement d'un montant de 97 millions d'Euros. Le succès de cette initiative, à l'actif du gouvernement et des acteurs suscités a permis de renforcer le cadre de collaboration et de synergie des actions dans le sens de l'atteinte des objectifs en matière de lutte contre le Sida.

Au plan individuel, l'on peut relever les actions de :

1. RECAP+, Réseau Camerounais des Associations des personnes vivant avec le VIH, qui compte 89 Associations de PVVIH, a mis en œuvre des activités dans divers domaines. 80 PVVIH ont bénéficié d'un renforcement des capacités dans le domaine de la vie positive et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et 44 autres ont participé à diverses enquêtes et formation. Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH et des OEV et avec

l'appui financier d'autres partenaires de lutte, des causeries éducatives ont été organisées dans 12 associations à Douala et Yaoundé. Dans la Région du Nord au total 50 causeries ont été menées dans certaines associations et centre de santé ce qui a permis de toucher 600 personnes. Le projet SERH-PE-WO a permis de financer 4 associations des PVVIH membre de RECAP+ et 7 membres desdites associations à travers l'octroi des micro crédit remboursables pour la réalisation des activités génératrices de revenus. Outre ces activités, les associations de PVVIH ont participé à la Semaine Camerounaise de la lutte contre le VIH, fait la promotion de la spiruline etc. Les difficultés majeures rencontrées au cours de l'année sont l'insuffisance en personnel au Secrétariat Exécutif et l'insuffisance en ressources financières.

2. ALTERNATIVES Cameroun, association Camerounaise pour la Défense des Droits de l'Homme qui fait un focus sur les minorités sexuelles dont les MSM, TS, Gays, Lesbiennes, etc. Les activités réalisées par cet ONG jusqu'au premier semestre 2010 se sont centrées sur la prévention, la prise en charge et le soutien de ces minorités sexuelles. Des groupes de parole ont été organisés dans les villes de Douala et Yaoundé. Les principaux résultats suivant ont été enregistrés :

Tableau 12 : Activités réalisées par l'ONG Alternatives Cameroun en 2010

Activités	Indicateurs	Résultats
Organisation de groupes de parole	Nombre de personnes touchées	40
Organisation d'ateliers d'éducation nutritionnelle	Nombre de personnes éduquées sur le plan nutritionnel	224
Sensibilisation aux risques liés au VIH, aux hépatites et aux autres IST	Nombre de personnes sensibilisées	1500
Réalisation bilan de suivi (CD4, NFS, glycémie, SGOT/ SGPT, créatininémie)	Nombre de personnes ayant bénéficié d'un examen de suivi	31

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

L'année 2010 a été marquée par l'appui à la participation des groupes communautaires dans des activités de santé publique et de développement, le renforcement des capacités des acteurs communautaires, la promotion des actions de soutien socioéconomique aux personnes indigentes et la mise en place d'un système intégré de gestion de l'information.

Les activités suivantes ont été réalisées :

- Organisation de l'atelier régional de renforcement des capacités en matière d'éducation thérapeutique et de plaidoyer pour l'amélioration de l'accès aux services de prévention, traitements, soins et soutien pour le PVVIH ;

- Création d'un forum électronique de discussion cameroonaidscivilsocietytaskforce@googlegroups.com qui regroupe plus d'une centaine de membres. A ce jour, plus des centaines de communications ont été diffusés à travers ce puissant espace d'échanges fédérateur des acteurs de la société civile intervenant dans la lutte contre le Sida ;
- Formation de 84 PVVIH, membres de 28 associations de PVVIH sur la Stigmatisation/Discrimination et Vie Positive dans les villes de Yaoundé, Douala, Bamenda et Garoua ;
- Renforcement des capacités des membres de SUNAIDS sur la santé sexuelle reproductive, droits et devoirs ;
- Achat des médicaments contre diverses affections au profit de quelques acteurs communautaires ;
- Mise à disposition de 500 documents textuels (ouvrages, périodiques, rapports, annuaires, journaux, etc.) et non textuels (CD, DVD, photos, etc.) aux usagers de tout bord (acteurs de la lutte contre le SIDA, associations et collectivités, chercheurs, consultants, médias, étudiants ou simples curieux).

4. Agence Camerounaise pour le Marketing Social (ACMS)

L'ACMS est le principal acteur de la lutte contre le Sida, dans le domaine de la distribution du préservatif. Le résultat en 2010 n'a pas atteint les prévisions, mais on relève 753 306 préservatifs féminins et 16 195 880 préservatifs masculins distribués par cette ONG. Ce résultat représente environ 83,6% des préservatifs officiellement distribués au Cameroun.

L'ACMS intervient également dans des activités de plaidoyer, en effet plusieurs activités de plaidoyer ont été menées pour impliquer différents décideurs aux activités de lutte contre le VIH dans divers domaines. Il s'agit notamment des activités suivantes tenues dans plus d'un cadre :

- ⇒ Dans le cadre du PPSAC : la signature de la convention avec l'OCEAC pour la mise en exécution de la phase II du PPSAC intervenue en avril 2010.
- ⇒ Dans le cadre de l'UAFC :

Un plaidoyer en direction des Patrons de médias du Cameroun pour le projet d'Accès Universel au Préservatif Féminin a été organisé le 26 février 2010 à Douala pour une implication de la presse dans le cadre de la diffusion des messages sur le préservatif féminin ;

Un plaidoyer tenu à Paris en fin avril 2010 avec les parlementaires français sur le Projet UAFC. Au total sept ateliers de plaidoyer sur l'UAFC se sont tenus. Ils ont connu la participation de 31 décideurs, 39 leaders traditionnels et communautaires, 08 religieux, et de 64 journalistes.

Dans le cadre de la formation on relève :

- Le recyclage des 189 Relais Communautaires dans les aires de santé pilote de la SBC du 28 Octobre au 28 novembre 2010 ;
- La formation de 347 pairs éducateurs, 205 paramédicaux et 28 encadreurs sur la thématique d'Accès Universel au Préservatif dans le cadre du projet PAUPF ; .

- Le projet Coup d'Arrêt Sida au Cameroun a connu la restitution de la formation de trois officiers supérieurs au MIHTP de San Diego. Il s'est aussi tenu la formation de 15 formateurs, 105 pairs éducateurs militaires et 75 amazones (épouses de militaires pour la sensibilisation de leurs époux, leurs enfants, les partenaires des militaires en opération extérieure et les populations riveraines des casernes).
- Les clubs réglos du projet 100%Jeune ont menées des formations sur les compétences de vie et la prévention du VIH auprès de 120 jeunes filles de 15 à 24 ans sur la base de 15 modules soit plus de 25 heures de formation afin de les transformer en rôle modèle et leaders dans leurs communautés d'origines.

L'ACMS est également intervenu dans des activités de Communication mass média et interpersonnelle.

Les tests de contrôle de qualité ont été effectifs pour tous les produits distribués par le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments et d'Expertise (LANACOME). A cet effet, des équipements de contrôle de qualité des préservatifs féminins de Real Time Control (RTC) ont été reçus et installés par les experts venus de l'Inde au LANACOME.

5. Care Cameroun

Le tableau ci-dessous constitue un rapport d'activité synthétique des activités menées par Care Cameroun en 2010 sur le volet VIH-Sida dans les différents programmes.

	Nombre de pairs éducateurs et animateurs formés / VIH	Nombre de personnes ayant bénéficié de causeries éducatives ⑥	Nombre de spots de sensibilisation diffusés	Nombre de préservatifs distribués ⑦	Nombre de personnes testées ayant retiré leur résultat ①	Nombre d'agents de soutien communautaires formés	PVVIH soutenues par des paquets de soutien ⑧	OEV ayant reçu un soutien ⑨	Nombre de personnels de santé recyclés
Programme de mobilisation de la société civile pour la lutte contre le VIH/SIDA – Fonds Mondial R4	396				4 254	20	55 947 ④	2 335	
Programme Santé Urbaine de Garoua – UE/SOMDIA A	77	15 619	464	60 000 masc 3 450 fem	1001	18	360	405	20 en PTME 20 en PEC syndromique des IST ②
TOTAL	473	15 169	464	63 450	5 255	38	56 307	2 740	40

Le tableau suivant résume les interventions de certaines ONG et acteurs de la société civile

Tableau 13 : Synthèse des interventions des ONG/Associations en 2010

Nom de l'ONG/Association/ Programme	Axe stratégique d'intervention	Principales activités réalisées
ACMS	Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution de préservatifs et supports de communication - Organisation des campagnes de dépistage, causeries éducatives, formation des pairs éducateurs - Recherches comportementales chez les jeunes
ALTERNATIVES	Prévention, prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention et prise en charge du VIH dans le groupe des minorités sexuelles (MSM, TS) - Sensibilisation - Distribution de préservatifs, gels lubrifiants, etc.
CAMNAFAW	Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution de préservatifs et supports de communication - Appui au soutien des minorités sexuelles
CARE – Cameroun	Prévention, prise en charge des OEV	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien aux OEV - Production et distribution des outils de CCC/mass media - Formation des membres des ONG et OBC de la société civile sur le CDV et la PEC des PVVIH ;
Care and Health Program	Prévention, et prise en charge des IST	<ul style="list-style-type: none"> - Formation des prestataires de soins à la PEC syndromique des IST - Appui aux activités de dépistage du VIH et des IST dans les écoles et les prisons - Prise en charge des cas dépistés
I Change	Prévention, Plaidoyer, Renforcement des capacités	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités des acteurs communautaires - Plaidoyer pour l'amélioration de la qualité des services - Organisation des ateliers de formation sur la stigmatisation, discrimination et vie positive avec le VIH, sur le financement de la lutte contre le SIDA au Cameroun à l'horizon 2020, sur la santé et les droits et devoirs sexuels de PPVIH
IRESKO	Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Production et distribution de supports de communication - Recherches comportementales chez les jeunes
SunAids	Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Défense des droits des personnes vivant avec le VIH/Sida incluant l'accès aux traitements antirétroviraux et le plaidoyer auprès des décideurs nationaux et des organismes internationaux pour un accès libre, universel et gratuit aux traitements, - Conseil Dépistage en milieu hospitalier et carcéral, - Ecoute inter-personnelle en permanence, - Soins à domicile notamment palliatifs aux personnes grabataires, - Prévention des IST/VIH/Sida sur les axes routiers et en milieu jeune, - Education thérapeutique, financement des traitements des infections opportunistes, - Examens et bilans de suivi des indigents, et - Ligne nationale d'écoute téléphonique sur le VIH-Sida (prévention, orientation et soutien).
AMICAALL	Plaidoyer Dépistage OEV	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien aux OEV - Mobilisation pour le dépistage volontaire - Soutien psychosocial et matériel aux PVVIH - Soutien aux OEV

Réseau des jeunes du Cameroun	Mobilisation communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation de 6447 jeunes et adolescents lors des événements spéciaux - Sensibilisation et formation des jeunes et adolescents -
ARNS	Promotion de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Animations scientifiques sur le VIH/SIDA - Formation - Renforcement des structures nationales - Participation aux conférences internationales
Association RCF (Rainbow children Fund)	Education aux comportements visant à faire reculer l'âge de l'activité sexuelle chez les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> - Formation de 100 animateurs pour l'encadrement et les causeries éducatives en milieu jeune - Animation/formation de 4000 jeunes en milieu scolaire et 1500 jeunes en milieu extra scolaire sur les risques liés à l'activité sexuelle précoce
Moto Action SIDA	Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage - Formation - Sensibilisation/Animation
MSF	Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Approvisionnement en intrants, formations.
PROJECT HOPE TSSF-CAMEROON	Prévention Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation communautaire - Formation des pairs éducateurs - Conseil et dépistage volontaire - Prévention de la transmission mère enfant

À côté de ces ONG de la société civile, nous avons les ONG internationales à l'instar de celles du système des Nations Unies et d'autres organisme de coopération bi et multilatérale dont le rôle d'appui technique et financier a permis de rendre concret la réalisation d'un certain nombre d'activités. Le tableau suivant présente les grands domaines d'intervention ainsi que les principales activités appuyées par ces derniers.

Partenaires bi et multilatéraux

1. ONUSIDA

Partenaire de proximité, l'ONUSIDA a accompagné le GTC-CNLS dans ses différentes missions, tout particulièrement dans la production de l'information stratégique, à l'exemple des rapports : UNGASS, NASA, Proposition du Cameroun au Round 10 du FM de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, élaboration du PON et du Plan de Suivi-Evaluation, projections EPP-SPECTRUM, participation aux réunions internationales etc...

2. OMS

Au cours de l'année 2010 l'OMS a appuyé la réponse nationale à la réalisation de plusieurs activités dans divers domaines d'intervention.

Mise en œuvre des nouvelles recommandations de l'OMS

- Les directives nationales en matière de Traitement anti rétroviral (TAR), de PTME et d'Alimentation du Nourrisson et jeune enfant en contexte VIH (ANJE) ont été révisées

et leur dissémination se poursuit à travers les formations, les réunions techniques et les visites de supervision. En ce qui concerne les nouvelles directives PTME, le Cameroun a choisi l'option dite « A » de prophylaxie ARV basée sur l'AZT en antépartum dès la 14^e semaine suivie de l'administration de la névirapine.

- Appui à l'élaboration du Plan de mise en place (phase pilote) du kit maman-bébé ou « mother baby pack ; MBP » dans 03 Districts de santé.

Gestion de l'information stratégique.

- Rapports UNGASS et Accès universel 2010. En collaboration avec l'ONUSIDA et l'UNICEF, l'OMS a soutenu la collecte, l'analyse et la diffusion des données sur la situation de l'épidémie et de la réponse nationale notamment les rapports « UNGASS » et « Accès Universel » 2010. Un des points forts de ces rapports est la mise à échelle du traitement ARV. Le nombre de formations sanitaires offrant le TAR est passé de 5 en 2002 à 140 formations sanitaires en 2009 réparties dans 112 districts de santé.
- Surveillance sentinelle du VIH. L'OMS soutenu techniquement et financièrement, la finalisation du rapport de l'enquête de surveillance du VIH réalisée dans 20 sites sentinelles réparties dans les 10 régions du pays sur un échantillon de 6632 femmes enceintes testées pour le VIH et la syphilis en consultation prénatale. Les résultats publiés en 2010 indiquent une séroprévalence globale de 7,6% pour le VIH et de 0,6% pour la syphilis.
- Profil des Estimations et projections de l'épidémie de VIH dans le pays. L'appui à l'élaboration du rapport 2010 sur le profil des « Estimations et Projections de l'épidémie de VIH/Sida couvrant la période 2010-2020 » en utilisant le logiciel EPP/Spectrum. Ces estimations sont la base de planification des besoins en PTME et en traitement ARV. Selon ce même rapport, la prévalence du VIH dans la population générale du Cameroun est estimée à 5,1%, chiffre à confirmer par des enquêtes démographiques et de santé planifiées par le Ministère de la santé publique en 2011.
- Prévention et surveillance de la pharmaco résistance du VIH. S'inscrivant dans la continuité de la mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention et surveillance de la pharmaco résistance du VIH élaboré depuis 2008, l'appui technique et financier de l'OMS au cours de l'année 2010 s'est focalisée sur trois points essentiels : i) la production et diffusion du rapport 2009 sur la pharmaco résistance ; ii) le lancement de l'enquête 2010 sur les indicateurs d'alerte précoce (IAP) de la pharmaco résistance dans 40 sites de Traitement par ARV (CTAet UPEC) et ; iii) le suivi de la réalisation de la phase 2 de l'enquête de Monitoring des résistance chez 140 patients mis sous traitement ARV depuis août 2009 à l'hôpital de La Caisse de Yaoundé. Les rapports finals de ces deux enquêtes seront produits au premier trimestre 2011.

Planification stratégique

- Au cours de l'année 2010, le Bureau pays et l'équipe interpays de l'OMS pour l'Afrique Centrale, avec la collaboration des autres partenaires a facilité toutes les étapes du

processus de revue externe du plan stratégique 2006-2010, depuis l'élaboration des termes de références à la production du rapport final qui a été validé en mai 2010 par tous les acteurs de la lutte contre le VIH/Sida dans le pays.

- Aussi, cet appui s'est poursuivi dans le processus d'élaboration du plan stratégique national de lutte contre le Sida 2011-2015 (PSN), validé par le CNLS en juillet 2010 et dont le lancement officiel a été fait le 1er décembre 2010.
- Poursuivant son appui, l'OMS a continué à apporter son appui technique à l'élaboration du Plan opérationnel 2011-2013 de mise en œuvre du Plan stratégique. Cet appui se poursuivra en 2011 pour la finalisation et la mise en œuvre du plan opérationnel.

Renforcement de la sécurité transfusionnelle

Dans ce domaine, et au regard du retard dans l'organisation de la transfusion sanguine dans le pays, l'appui de l'OMS au cours de l'année 2010 s'est focalisé sur l'élaboration des projets de:

- Arrêté créant le Programme national de transfusion sanguine
- Mise en place des centres régionaux de transfusion sanguine dans les régions du centre, Littoral et Sud-Ouest.

Renforcement des activités de collaboration TB/VIH

- L'analyse de situation des interventions de collaboration TB/VIH montre qu'il existe encore de nombreux gaps à combler. Selon le rapport annuel 2009 du PNLT, sur 14 308 TPM+ nouveaux cas pris en charge en 2009, seuls 10 874 soit 76% ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH. Le rapport annuel 2008 du GTC/CNLS indique que 6 515 coinfectés TB/VIH, soit 91% avaient été mis sous traitement ARV. Mais l'information sur la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH n'est pas rapportée dans les fiches de collecte de données utilisées actuellement au niveau du programme de lutte contre le VIH/SIDA. L'état actuel de mise en œuvre des activités de collaboration VIH/TB indique un score de 67% des activités de collaboration VIH/Tub réalisées ou en cours.
- Sur la base de cette analyse, le Groupe de travail TB/VIH a été rendu opérationnel et 03 de ses réunions se sont tenues, la feuille de route élaborée en 2008 a été révisée et un projet a été élaboré et soumis pour recherche de financement à la Banque Islamique de Développement en vue du passage à échelle des activités de collaboration TB et VIH.

Partenariat et Mobilisation des ressources

- L'OMS a intensifié le plaidoyer auprès des partenaires pour la mobilisation de financements externes en vue d'appuyer la mise en œuvre du plan stratégique 2011-2015.
- En outre, En collaboration avec les autres partenaires, les staffs du Bureau pays et de l'équipe interpays de l'OMS pour l'Afrique Centrale ont apporté un appui technique tout au long du processus d'élaboration de la proposition du Cameroun pour le Round 10 du Fonds Mondial, ce qui a permis de mobiliser plus de 97 millions d'euros pour soutenir les activités de lutte contre le VIH/SIDA au cours de cinq prochaines années.
- Aussi, l'OMS apporte un appui technique aux structures nationales pour l'élaboration des

propositions de mobilisation des financements auprès de PEPFAR (pour la lutte contre le VIH/SIDA) et de la Banque Islamique de développement (pour la lutte contre la tuberculose).

Le tableau ci-dessous résume les activités des différents partenaires bilatéraux et multilatéraux

Tableau 14 : Récapitulatif des interventions par les partenaires bilatéraux et multilatéraux en 2010

Nom de l'OI	Axe stratégique d'intervention	Principales activités réalisées en 2010
ONUSIDA	Suivi Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Appui à la formation des acteurs de suivi évaluation - Appui à la mise en œuvre de la plateforme de la société civile - Coordination des activités du GCOOP - Coordination de l'élaboration de la proposition du Cameroun au 10^{ème} Round du GFTAM - Soutien à la collecte des données, production et diffusions des rapports sur la réponse nationale face au VIH/Sida : Rapport UNGASS, Rapport Accès Universel, Estimations et projections VIH/SIDA, Rapport surveillance sentinelle du VIH, rapport HIVDR, NASA, Rapport annuel PNLs etc.
OMS	Prévention, prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> - Appui à la révision des directives nationales en matière de Traitement anti rétroviral (TAR), de PTME et d'Alimentation du Nourrisson et jeune enfant en contexte VIH (ANJE) - Appui à l'élaboration du Plan de mise en place (phase pilote) du kit maman-bébé ou «mother baby pack ; MBP» dans 03 Districts de santé - Appui à la prévention et surveillance de la pharmaco résistance du VIH - Appui au projet de mise en place des centres régionaux de transfusion sanguine dans les régions du centre, Littoral et Sud-ouest - Appui à l'élaboration de la proposition VIH du Cameroun au 10^{ème} Round du GFTAM
UNESCO	Prévention du VIH en milieu scolaire et extrascolaire	<ul style="list-style-type: none"> - Appui à l'élaboration des manuels d'EVF/EMP/VIH&SIDA - Appui à la formation des enseignants sur l'EVF/EMP et VIH et sida - Appui à la formation d'encadreurs sur le concept de la SRA et life skills
GIZ	Prévention et prise en charge du VIH et de la tuberculose dans 10 prisons au Cameroun	<ul style="list-style-type: none"> - Screening médical (visite systématique) des nouveaux entrants dans la prison (7433) - Test du VIH chez les nouveaux entrants (5999 nouveaux entrants) - Prise en charge des PVVIH (263 PVVIH ont reçu Cotrimoxazole dans les prisons) - Examen CD4 (240 PVVIH) - Traitement par les ARV - Diagnostic et traitement de la tuberculose

		- Appui à l'organisation VSS2010 et de la Journée Mondiale de Lutte/Sida
Sidaction	Prise en charge. Prévention Suivi évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Appui au renforcement de la prise en charge globale et familiale - Appui aux programmes ciblant les enfants infectés et affectés (Programme Grandir), les MSM (programme homosexuel en Afrique), les détenus (Pole Population exclues) - Soutien financier à la formation dans le domaine de l'éthique dans la recherche et des pratiques médicales ou psychosociales et dans le domaine de l'éducation thérapeutique - Soutien à la sensibilisation et la communication sur les droits des PVVIH
BIT	Coordination & Gestion	- Appui à l'élaboration du PSN 2011-2015 et la rédaction du « Round 10 »
MTN		<ul style="list-style-type: none"> - Achat de Test de dépistage - Teeshirt de sensibilisation
BAT		- Achat de réactifs pour les PVVIH

AXE STRATEGIQUE V : SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET PROMOTION DE LA RECHERCHE

V-1 DOMAINE DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

V.1.1 Surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes

L'une des importantes activités menées en matière de surveillance de l'infection est l'enquête sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes. Cette enquête s'est effectuée en 2009. Elle a été menée dans 59 sites urbains et ruraux dans les 10 Régions du Cameroun. le rapport a été produit et validé en 2010.

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

Dans le cadre de l'extension de la surveillance des résistances débutées en 2008, les activités suivantes ont été réalisées en 2010, avec l'appui de l'**OMS** :

- la production d'un poster à afficher dans tous les CTA et UPEC pour alerter les praticiens et le public sur l'émergence des résistances du VIH aux ARV et les mesures à prendre pour les limiter.
- la formation des équipes et l'extraction des IAP de 40 CTA/UPEC.
- La poursuite de l'étude de la pharmaco résistance du VIH chez les patients sous traitement ARV à la CNPS
- la diffusion des registres de prise en charge des PVVIH.

L'évaluation des indicateurs d'alerte précoce de la pharmaco résistance du VIH dans 40 sites de traitement ainsi que la finalisation de l'enquête de monitoring de la pharmaco résistance du VIH chez les patients sous traitement ARV à la CNPS permettront d'apporter plus de lisibilité sur les actions à mener dans le cadre de la lutte contre l'émergence des résistances chez les PVVIH sous ARV.

V-2 PROMOTION DE LA RECHERCHE

En 2010, la recherche opérationnelle a été intense. De nombreuses recherches ont été initiées par divers acteurs : universitaires, société civile, partenaires au développement et par le GTC/CNLS. Grace au DIU sur le Sida initié à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, la couverture géographique des recherches opérationnelles de qualité s'est grandement étendue.

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

Tableau 15: Liste des travaux de recherches effectués au cours de l'année 2010

SN	Titre/ Intitule du protocole	Institution	Lieu Recherche
01	Analyse de la réponse cellulaire au vaccin rougeole chez les nouveaux nés infectés par le VIH au Cameroun (PRIVAR ANRS 12207)	ANRS	CPC / Yde
02	Prévalence de l'infection à chlamydia Trachomatis chez les pygmées sexuellement actifs	Mémoire d'étudiant FMSB/UY1	
03	Prévalence de la syphilis dans la population Pygmées au Cameroun	Mémoire d'étudiant FMSB/UY1	
04	Reconstitution de l'incidence de l'infection par le VIH en Afrique sub saharienne par l'approche du retro calcul généralisé à partir des diagnostics des personnes vivant Avec le VIH éligibles aux traitements ARV : le cas du Cameroun	ANRS / Université Marie Curie en France	Septentrion, centre et littoral
05	«Le diagnostic du VIH chez le nourrisson de plus de six mois. Une étude épidémiologique et anthropologique des raisons de ce retard au Centre Mère-Enfant de la Fondation Chantal BIYA, Yaoundé »,	ANRS	FCB
06	“ Evaluation medio-économique de trois stratégies de traitement antirétrovirale de 2eme ligne en Afrique : projet associe a l'essai clinique 2 Lady (ANRS 12169)”	ANRS	Yaounde
07	Prévalence du syndrome métabolique chez les patients vivant avec le VIH au Cameroun	FS/ UY1	Yaoundé
08	HIV prevalence , anti tuberculosis drug resistance and molecular studies of Mycobacterium tuberculosis in smear positive pulmonary tuberculosis patients in Yaoundé and Mbalmayo, Centre region of Cameroon	ANRS / HJY	Yaoundé, Mbalmayo
09	Adaptation of depression treatment intervention for HIV patients in Cameroon	University of Buea	Buea
10	The Epidemiology of ARV Drug Resistance in Treatment-naive Patients and its Clinical Implications at the north West Regional Hospital Bamenda	CTA Bda	Bda
11	«Viral Evolution and Humoral Immune Response to Dual HIV-1 Infection »	Medical Diagnostic Center- Yaoundé/ universityof NY	Yde
12	Associations de lutte contre le SIDA au Cameroun; nouvelle configurations sociales, médicales et militantes	IRD/ ANRS	Yde
13	“ Information, Sexualité Adolescente et Sante- ISAS ”,	IRESKO	Yde
14	“ The Epidemiology of ARV Drug Resistance in Treatment-naive children and its Clinical Implications at the North West Regional Hospital Bamenda ”	HRB	Bamenda
15	Diversité moléculaire des souches VIH-1 du groupe o et prise en Charge thérapeutique au Cameroun	ANRS / HCY	HCY
16	Molecular Epidemiology of HIV, HBV and HCV among mother infant couples in Cameroon	CIRCB	Yde
17	“ Dynamics of HIV-1 Viral tropism in Cameroonian HIV-1 positive Children : a prospective cohort investigation in a context of tuberculosis and malaria co-infection ”	CIRCB	Yde
18	“ Research of Biomarkers for Tuberculosis diagnosis and disease protection among HIV co-infected Cameroonian children ”	CIRCB	Yde
20	“ Safety of Reduced Dose AZT (AZT) compared with Standard Dose AZT in Antiretroviral-naive HIV infected patients : A randomized controlled trial ”	CHE/CNPS	Yaoundé

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

Les recherches suivantes ont été effectuées dans le cadre du DIU sur le Sida à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I

Tableau 16: Liste non exhaustive des travaux de recherches effectuées à la FMSB de Yaoundé en 2010

N°	TITRES DE MEMOIRES	INSTITUTION	CTA/UPEC
01	Evaluation de l'application des directives nationales sur le suivi biologique des PVVIH à l'hôpital de jour de l'hôpital Central de Yaoundé.	FMSB	HCY
02	Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant sur les mesures de prévention de la transmission de infection par le VIH en milieu hospitalier : cas du district de santé d'Ambam.	FMSB	CMA de Kye-Ossi
03	Les déterminants à l'accès au dépistage chez un groupe de personnes fréquentant l'hôpital régional de Ngaoundéré.	FMSB	HP de Ngaoundéré
04	Evaluation de l'observance aux ARV de première ligne des patients au CTA de Maroua à travers leur retrait mensuels sur un an.	FMSB	HR de Maroua
05	Observance thérapeutique en zone rurale au Cameroun dans le département du HAUT- NYONG : UPEC de Messamena.	FMSB	HD de Messamena
06	Séroprévalence du VIH et du VHB chez les donneurs de sang à HLD.	FMSB	HLD
07	Evaluation de la prévention de la transmission Mère –Enfant du VIH chez les femmes enceintes suivies consultant à l'hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé.	FMSB	HGOPY
08	Evaluation du niveau d'observance thérapeutique chez les patients sous ARV suivis à l'UPEC de l'hôpital de Banyo.	FMSB	HD DE Banyo
09	Etude pilote sur l'offre de service en PTME dans 4 formations sanitaires à Bertoua.	FMSB	HR de Bertoua
10	Profil clinico-biologique des patients vivant avec le VIH à l'initiation du traitement antirétroviral à l'hôpital Régional de Bafoussam.	FMSB	HR de Bafoussam
11	Profil immunologique des personnes vivant avec le VIH lors de l'initiation au traitement ARV : cas du CTA de l'hôpital Régional de Garoua.	FMSB	HR de Garoua
12	Analyse situationnelle des accidents d'exposition au sang : cas de l'hôpital Régional de Bertoua.	FMSB	HR de Bertoua
13	Recueil des perceptions des patients sur les pratiques de dispensations des ARV dans les villes de Yaoundé, Douala, Bafoussam et Ebolowa.	FMSB	CAPR d'Ebolowa
14	Etude épidémiologique de la transmission maternofoetale du VIH chez les femmes enceintes au Centre Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porres (CHDSMP) de Mvog betsi à Yaoundé.	FMSB	CHDSMP de Mvog -betsi
15		FMSB	

	Manifestations neurologiques du VIH observées en hospitalisation au CHU de Yaoundé.		CHUY
16	Evolution de clinique et immunologique à six mois de traitement ARV chez les patients HIV positif hémodialyses chronique dans les hôpitaux généraux de Yaoundé et de Douala.	FMSB	HGY
17	Etude de l'observance thérapeutique des PVVIH suivies à l'UPEC de l'hôpital de district de Meyomessala en 2010.	FMSB	HD de Meyomessala
18	Profil immunologique en dépistage volontaire des personnes vivant avec le VIH : cas du CTA de l'hôpital Régional de Garoua-Région du Nord.	FMSB	HR de Garoua
19	Neuropathie chez les patients sous traitement ARV contenant la stavudine : étude rétrospective à l'unité de prise en charge de l'hôpital de District de Bonasama Douala.	FMSB	HD de Bonassama
20	Evaluation de l'observance aux traitements antirétroviraux : impact du conseil pharmaceutique.	FMSB	HLD
21	Séroprévalence de l'infection à VIH parmi les donneurs de sang à l'hôpital Général de Douala	FMSB	HGD
22	Impact de la gratuité des traitements ARV sur la prise en charge des patients sous ARV dans le CTA de l'hôpital Central de Yaoundé : étude rétrospective de deux cohortes de 2006 et 2008.	FMSB	HGY
23	Pronostic des patients séropositifs hospitalisés dans les services de réanimation de l'hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé : étude de 15 cas.	FMSB	HGOPY
24	Diagnostic et prise en charge des échecs thérapeutiques aux ARV chez les enfants vivant avec le VIH au CTA de HLD.	FMSB	HLD
25	Evaluation du risque de transmission Mère-Enfant du VIH dans 2 groupes de femmes de à l'hôpital Général de Yaoundé.	FMSB	HGY
26	Prévention de la transmission du VIH et des hépatites B au cabinet dentaire : enquête transversale exhaustive dans les services dentaires de la ville de Yaoundé Cameroun.	FMSB	Clinique Adventiste de Yaoundé

En plus des travaux précédemment cités, les recherches suivantes ont été effectuées avec l'appui du Système des Nations Unies :

- enquête sur les indicateurs d'alerte précoce (IAP) ;
- analyse des flux financiers (NASA) dans la lutte contre le VIH/SIDA 2009/2010 ;

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

VI.1 Coordination et Gestion administrative

La coordination a été très active en 2010. En effet, afin d'évaluer la période 2006-2010 et surtout d'élaborer de nouvelles orientations pour les cinq années suivantes, de très nombreuses réunions et ateliers d'orientation et de cadrage se sont tenues pour harmoniser les activités et actions des différents partenaires. Contrairement aux années passées les deux réunions statutaires du CNLS se sont tenues en 2010, avec chaque fois un quorum largement atteint. Les GTR ont également été réunis deux fois au cours de l'année 2010 pour l'impulsion ou le cadrage de leurs différentes activités.

6-1.1. Les missions d'audit

Au cours de 2010, le GTC a bénéficié d'un audit externe, il s'agit de l'audit de gestion du programme par un cabinet indépendant et de la mission d'inspection du GFTAM.

6-1. 2 Flux des dépenses en matière de lutte contre le Sida

Une enquête sur le flux des dépenses 2009 a été réalisée en 2010. Il ressort de celle-ci que les dépenses effectuées par les différents acteurs au Cameroun (Etat, société civile, secteur privé, partenaires bi et multi latéraux, etc.) en matière de lutte contre le VIH/Sida et les IST sont estimées 2009 à 34 636 909 946 FCFA. Ce montant correspond à 1 785 FCFA de dépense par tête d'habitant. Spécifiquement, en 2009, la dépense de prévention par tête d'habitant se situe à 360 FCFA, celle par personne vivant avec le VIH (PVVIH) a été estimée à 39 223 FCFA alors que celle des soins et traitement par PVVIH est à 15 597 FCFA. Durant la même année, 50 376 FCFA ont été dépensés par orphelin et enfant vulnérable(OEV).

6.2 Le Suivi-Evaluation

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

6.2.1 Le Système de Suivi Evaluation en 2010

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

En 2010 le Groupe Technique de Suivi Evaluation (GTSE) constitué en 2009 par le président du CNLS dans le but de renforcer le rôle et la place du Suivi Evaluation dans l'exécution des activités du PNLs, n'a pas fonctionné. Ce groupe, qui comprend les acteurs de Suivi Evaluation des Partenaires et ceux du MINSANTE est chargé d'assurer la coordination du Suivi du PNLs pour une réponse plus concrète et perceptible des actions de lutte contre le Sida, il a également pour mission de valider les données collectées de la mise en œuvre du PNLs. .

Les activités des autres cadres de coordination du suivi de la mise en œuvre du PSN que sont :

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

n'ont pas pu être captées.

La section Planification Suivi Evaluation du GTC, avec l'appui des autres sections et des partenaires, a produit en 2010 plusieurs outils et documents nécessaires à l'amélioration de la gestion des données ainsi qu'à la visibilité des interventions.

Parmi ceux ci, on peut citer :

- Le Plan Stratégique National 2011 – 2015
- Le Plan National de Suivi Evaluation du PSN
- Le Plan d'action SE
- Le Plan Opérationnel National pour la période 2011-2012 (encours de validation)
- Le Rapport UNGASS
- Le Rapport des Ressources et Dépenses nationales sur le VIH-Sida (REDES)
- Le rapport sur le profil des estimations et projections en matière de VIH et Sida.
- Le rapport accès universel 2010
- Le rapport sur les Indicateurs composites de santé
- Le rapport d'évaluation du PSN 2006-2010
- Le rapport d'évaluation EVS (Composante du rapport SITAN)

Afin d'améliorer le SE en 2011, 29 acteurs du SE du niveau central du GTC et des secteurs ont bénéficié d'une formation/recyclages en SE. 08 parmi eux ont bénéficiés en plus d'une formation de formateurs.

Afin d'améliorer le SE du programme EVS en 2011 et du SE en général au niveau périphérique, un atelier de concertation entre les différents acteurs du SE du GTC des GTR et des DRSP s'est tenu au mois de décembre 2010.

6.2. 2 - Le Suivi des intrants

Les intrants du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) sont constitués des produits pharmaceutiques de diagnostique (réactifs pour bilans biologiques), des produits de prévention (préservatifs), des médicaments (ARV & M.I.O.) et des consommables associés (aiguilles de

prélèvement et tubes silicone vacutainer, etc.) essentiels pour le diagnostic et le traitement des pathologies liées au VIH/Sida.

La disponibilité de ces intrants est une des conditions préalables et nécessaires à la conduite de tout programme de sante publique sur la prévention et la prise en charge du VIH/sida.

Ce rapport fait le point des acquisitions et des distributions des intrants du Programme en rapport avec les estimations des besoins de 2010.

6.2.2.1- Organisation de la chaîne d’approvisionnement des intrants

L’approvisionnement en intrants pharmaceutiques est assuré au Cameroun par le Système National d’Approvisionnement en Médicaments et consommables Essentiels (SYNAME). Le tableau ci-après récapitule les acteurs, les rôles, les responsabilités et les produits livrables (flux physiques et flux d’informations) à chaque maillon de la chaine d’approvisionnement pharmaceutique du PNLS.

Tableau 17 : Rôle des intervenants dans la chaîne de distribution des intrants

ACTEURS	VOLETS D'INTERVENTION	FLUX PHYSIQUES	FLUX DE DONNEES
CENAME	Préparation des APPELS D'OFFRES	DOSSIERS & AVIS D'APPELS OFFRES	Liste des offres (fournisseurs, produits, quantités et prix unitaires)
	ACHAT	ENTREE DES STOCKS	Quantités achetées et prix unitaires ; quantités réceptionnées ; dates de péremption
	ENTREPOSAGE	SECURISATION DES STOCKS	Etat des stocks (Quantités, Valeurs, Dates de péremption, nombre de mois de consommation disponibles) et suivi des ruptures et des avaries
	DISTRIBUTION	SORTIE DES STOCKS	Quantités distribuées et destinations des produits
CAPR	COMMANDE	CENTRALISATION DES BESOINS DES SITES DE TRAITEMENT	Niveau des stocks, Etat des besoins et bons de commande
	RECEPTION	ENTREE DES STOCKS	Quantités commandées ; quantités réceptionnées ; dates de péremption
	ENTREPOSAGE	SECURISATION DES STOCKS	Etat des stocks (Quantités, Valeurs, Dates de péremption, nombre de mois de consommation disponibles) et suivi des ruptures et des avaries
	DISTRIBUTION	SORTIE DES STOCKS	Quantités distribuées et destinations des produits
CTA/UPEC	COMMANDE	ESTIMATION DES BESOINS DES SITES DE TRAITEMENT	Niveau des stocks, Etat des besoins et bons de commande
	RECEPTION	ENTREE DES STOCKS	Quantités commandées quantités réceptionnées ; dates de péremption
	STOCKAGE	SECURISATION DES STOCKS	Etat des stocks (Quantités, Valeurs, Dates de péremption, nombre de mois de consommation disponibles) et suivi des ruptures et des avaries
	DISPENSATION	SORTIE DES STOCKS	Nombre de tests effectuées, Nombre de patients sous traitement, Quantités dispensées

Note : Le matériel destiné au renforcement de la prévention de la transmission du VIH ou au traitement des PVVIH ainsi acquis par la procédure d’appels d’offres, est d’abord entreposé à la CENAME, puis, sur ordre du CNLS, ce matériel est mis à la disposition des sites de traitement via les CAPR.

6.2.2.2- Appui des partenaires au développement

Dans le volet intrants, le programme bénéficie de l'appui de la Fondation Clinton (Dons de produits ARV pédiatriques et ARV de 2e ligne,). De même, pour les intrants PTME, l'UNICEF appuie le Programme dans l'acquisition des intrants du Programme de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME). Il s'agit des produits de diagnostic (tests VIH, réactifs CD4, des réactifs PCR, DBS pour le diagnostic précoce chez les enfants).

INTERVENTIONS DES PARTENAIRES DANS LE VOLET INTRANTS EN 2010 :

A ce niveau nous avons 4 volets d'intervention à savoir :

- les ARV de la PTME financés par le budget du Round 5 du FM
- les autres intrants PTME (avec l'appui de l'UNICEF) ;
- les ARV pédiatriques et ARV de 2è ligne fournis comme dons par la FONDATION CLINTON
- Les ARV pour la prise en charge globale, financés par le budget du COS/FM et la contribution de l'Etat ;

La Fondation Clinton/UNITAID a appuyé les interventions du programme à travers les dons des ARV de 2è ligne et les produits de diagnostic (tests de dépistage du VIH et réactifs CD4) comme il apparaît dans les états de livraison de CENAME en 2010.

De plus, la Fondation Clinton a organisé, en août 2010, à l'ANRS à Yaoundé, un atelier de renforcement des capacités des intervenants de la chaîne d'approvisionnement pour la mise en place d'une cellule mixte nationale de quantification. Cet atelier a débouché sur une proposition de mise sur pied d'une Cellule de coordination des approvisionnements en médicaments essentiels constituée par un groupe multidisciplinaire d'acteurs. La structure de cette Cellule dont le leadership est assuré par le MINSANTE, comprend : (a) Les organes gouvernementaux programmatiques (CNLS ; DPM ; DLM ; DSF ; DROS) ; (b) Les logisticiens (CENAME ; CAPR) ; (c) Les Cliniciens (Prescripteurs et Pharmaciens des CTA) ; (d) Les Partenaires au développement (OMS ; ONUSIDA ; CHAI ; UNICEF ; ESTHER).

6.2.2.3 Activités prévues dans le volet intrant en 2010

Selon le plan d'action budgété sous COS/FM, il était prévu dans le Plan GAS de 2010 :

- Approvisionnement des structures de prise en charge en ARV de première ligne pour 74 710 patients.

Tableau 18 : Besoins prévisionnels en ARV en 2010

Désignation produit ARV	Besoins prévisionnels en nombre de boîtes par an
[Lamivudine 150mg + Stavudine 30mg + Névirapine 200mg], cp	150 360
[Zido300+Lami150,cp]+[Efa600,cap]	87 768
[Zidovu300+Lamivu150+névira200],cp	84 276
[Lami150+Stav30,cp]+[Efa600,cap]	28 872
[Zido300+Lami150,cp]+[Efa200,cap]	11 364
[Lami150+Stav30,cp]+[Efa200,cap]	5 052
Lamivudine 150mg + Tenofovir 300mg + Efavirenz 600	9 312
[Tenofovir 300mg + Emtricitabine 200mg + Efavirenz 600mg]	18 936
Lamivudine 150mg + Tenofovir 300mg + Névirapine 200mg	5 568
Abacavir 300mg + [Lamivudine 150mg + Zidovudine 300mg]	4 452
Lamivudine 150mg + Abacavir 300mg + Efavirenz 600mg	4 452
Lamivudine 150mg + Tenofovir 300mg + Efavirenz 200mg	2 232
[Tenofovir 300mg + Emtricitabine 200mg° + Efavirenz 200mg]	2 232
Lamivudine 150mg + Abacavir 300mg + Efavirenz 200mg	2 232
Total patients sous protocoles ARV de 2 ^e ligne	24 120

- Approvisionnement des structures de prise en charge (CTA/UPEC) en médicaments contre infections opportunistes (M.I.O.)

6.2.2.4 Prévisions du COS du Fonds Mondial pour acquisitions des M.I.O. en 2010

L'estimation des besoins en M.I.O. en 2010 et 2011 est basée sur la file active. 50 056 patients seront traités contre les infections opportunistes pendant la période de continuation de service selon la répartition contenue dans le tableau ci-dessous.

Tableau 19 : Besoins prévisionnel en MIO

File active par an sous COS/FM	Quantités totales (nombre de boîtes estimées) An 2010	Quantités totales (nombre de boîtes estimées) An 2011
Cotrimoxazole 400/80mg, bte/1000 Cp	35 861	35 861
Fluconazole cp 200mg, bte/40 Cp	747	747
Sulfadiazine 500mg cp, bte/1000 Cp (à 30%)	560	560
Pyriméthamine 25mg, bte/100 Cp (à 30%)	560	560
Acide Folinique 15mg, bte/10 Cp (à 40%)	747	747
Clindamycine 150mg, bte/1000 Cp	374	374
Nystatine 500 000 UI, cp (à 70%)	7 845	7 845
Fluconazole cp 200mg, bte/40 Cp (à 30%)	3 362	3 362
Cotrimoxazole 480 mg	10 435	
Fluconazole 200mg	36 463	
Nystatine 500 000 UI	9 407	
Sulfadiazine 500mg	8 175	
Pyriméthamine 25mg	1 631	
Clindamycine 150mg	2 174	
Acide Folinique 15mg	9 059	

6.2.2.5- Etat des lieux de la gestion logistique en intrants en 2010 :

Le point des activités de gestion des intrants est présenté suivant trois niveaux (Central, Intermédiaire et Périphérique)

➤ **Niveau central :**

La Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Essentiels (CENAME), est l'Agent d'achat et de centralisation des acquisitions physiques (achats et dons) du PNLS. La CENAME assure aussi l'approvisionnement des régions en fonction des bons de commandes des CAPR

- Préparation des dossiers d'Appels d'offres (Acquisition des fournitures du Programme par procédure d'appel d'offres)
- Achats auprès des fournisseurs sélectionnés par appels d'offres
- Stockage des produits pharmaceutiques
- Approvisionnement des CAPR.
Approvisionnement des structures de prise en charge en ARV de première ligne

Le tableau ci-après montre les quantités des ARV acquises par la CENAME pour le compte du CNLS en 2010 sous financement du COS du Fonds Mondial et du budget de l'Etat.

Tableau 20 : Etat récapitulatif des ARV adultes de première ligne livrés dans les CAPR en 2010

désignation des produits	Qté totale acquise par CENAME en 2010 pour le compte du cnls (Nombre de boîte)	Stock restant a CENAME en fin 2009	Qté totale livrée par CENAME aux CAPR en 2009	Qté totale livrée par CENAME aux CAPR en 2010	Stock restant a CENAME en fin 2010
EFAVIRENZ 600 mg comprimés, boîte de 30 cps	425 982	19 655	161 859	221 561	224 076
Lamivudine - Stavudine 150/30 mg, comprimés, boîte de 60 cps	114 750	7 686	84 047	88 266	3 417
NEVIRAPINE 200 mg comprimés, boîte de 60 cps	184	21 044	28 165	32 060	172 984
Lamivudine+Stavudine+Nevirapine 150/30/200 mg comprimés, boîtes de 60 cp	247	91 316	363 596	403 071	-64 755
Zidovudine - Lamivudine 300/150 mg comprimés, boîte de 60 cp	710 735	40 416	129 893	178 105	479 091
LAMIVUDINE 150 mg comprimés, boîte de 60 cps	515				
TENOFOVIR 300 mg comprimés, boîte de 30 cps	18667			5774	12893
Zidovudine+Lamivudine+Névirapine 300/150/200 mg comprimés, boîte de 60 cps	479435	39249	25854	193412	325272
ZIDOVUDINE 300 mg comprimés, boîte de 60 cps		28841	15528	18308	

Une comparaison des livraisons des ARV dans les CAPR entre 2009 et 2010, montre une évolution marquée de la consommation du protocole (Zidovudine / Lamivudine / Névirapine, 300/150/200 mg, CDF), connu sous le nom de ZIDOVEX ou ZIDOLAM-N qui est passée de 25 854 boîtes en 2009 à 193 412 boîtes en 2010, soit un taux de progression de l'ordre de 648.09%.

Le tableau suivant fait le point des acquisitions, des livraisons et des niveaux de stocks des ARV de 1^è ligne pour adultes au cours de 2010. Il en ressort que les quantités sorties de CENAME ont dépassé les estimations.

➤ **Responsabilités dans le suivi de la gestion des approvisionnements en intrants au niveau des régions**

Les Groupes Techniques Régionaux (GTR) avec la collaboration des CAPR et des sites de traitement (CTA/UPEC) sont responsables du suivi des interventions concernant

- L'approvisionnement en intrants dans leurs régions respectives.

- Les 10 Centres d'Approvisionnement Pharmaceutiques Régionaux (CAPR) assurent l'approvisionnement des formations sanitaires sur la base en principe des besoins et commandes des CTA/UPEC.

➤ **Difficultés rencontrées dans la planification et le suivi des approvisionnements en intrants**

2010 a connu :

- Des ruptures de certaines molécules telles que le LOPITRO 200mg et la LAMIVUDINE 150 mg au mois d'Aout. Actuellement les produits sont disponibles sauf la Didanosine 250 mg qui reste en rupture;
- Une rupture en tests de dépistage pour le VIH signalée entre le mois de Novembre 2010 et Décembre 2010 ;
- Une faible circulation de l'information sur la gestion des stocks entre intervenants dans le système des approvisionnements ;
- Une faible coordination de l'intervention des différents intervenants de la chaîne d'approvisionnement;
- Une faiblesse du processus de quantification des besoins nationaux en médicaments (ARV ; M.I O., etc.);
- Une pénurie en personnel affecté au suivi des intrants et les conditions de travail difficiles pour le personnel du programme (GTR et GTC), n'a pas favorisé un meilleur traitement données de logistiques issues de CENAME et des CAPR ;
- Le non respect par les fournisseurs des délais minima d'approvisionnement en médicaments, ce qui a rongé les niveaux stocks de sécurité au niveau de CENAME et des CAPR ;
- La faiblesse des moyens de vérification de la qualité des données logistiques issues de CENAME et des CAPR ;
- Le manque de supervision du niveau central vers la périphérie,
- L'absence de procédures écrites garantissant la qualité des données logistiques ;
- Le programme a connu plusieurs retours des réactifs des CAPR vers la CENAME, notamment du fait du de la non maîtrise de la localisation et du fonctionnement des appareils de laboratoire ;

- L'insuffisance de ressources humaines qualifiées pour la gestion des médicaments et le traitement des données, notamment l'insuffisance du personnel qualifié affecté au volet suivi des intrants du Programme.
- Avec l'expérimentation de la nouvelle approche pour l'appui logistique aux sites de traitement en réactifs, beaucoup de réactifs, notamment d'hématologie n'ont pas été commandés en kits comme il se doit, les magasins se trouvent par conséquent inondés des stocks importants de solutions sans réactifs proprement dits.
- Tous les intrants du VIH, notamment ceux fournis comme dons par les partenaires au développement ne passent pas par le circuit de CENAME et échappent ainsi à la comptabilisation des flux physiques de la chaîne pharmaceutique en appui à la lutte contre le VIH/Sida.

6.3- Gestion Financière

6.3.1 – Situation d'exécution des financements.

Le GTC a assuré la gestion des fonds d'un montant de 3 192 342 822 FCFA au cours de l'année 2010 tel que le tableau ci-dessous l'illustre.

Tableau 21 : Liste non exhaustive des fonds exécutés par le CNLS en 2010

ACTIVITES	PARTENAIRES	MONTANT EN FCFA
Collecte des IAP 2010	OMS	12 240 000
Production et diffusion des rapports sur IAP 2010	OMS	1 550 000
Atelier de validation du PSN 2011-2115 et organisation des rencontres de rédaction de la proposition du Cameroun au Round 10 du Fond Mondial	BIT	4 255 848
Atelier de formation sur le Suivi-Evaluation	CDC (Center for Disease Control Prevention)	6 905 500
Atelier de validation du rapport de progrès PTME N° 4	UNICEF	6 030 445
Appui à la réunion technique sur la coordination du Suivi Evaluation du programme EVS	UNICEF	3 489 169
Réunion de validation des PCR/IR et le Rolling Work Plan de la section EVS	UNICEF	1 119 000
Atelier de validation de la stratégie de communication pour le changement de comportement face au VIH/sida	UNESCO	2 810 120
Supervision des activités / le VIH/sida	UNICEF	2 735 340
Finalisation et adoption du rapport de progrès PTME N°3	UNICEF	4 629 685
Atelier régional francophone de préparation du 10èm Round du Fond Mondial composante VIH et renforcement du système de santé (Ouagadougou)	UNICEF	2 495 060
Atelier d'élaboration et de finalisation du draft o du PSN 2011-2015	UNICEF	5 387 984
Location de la sonorisation pour « vacances sans Sida » 2010	ONUSIDA	500 000
Atelier de la proposition du Cameroun au Round 10	UNICEF	3 838 000
Approvisionnement en ARV	FM	2 172 856 081
Subvention suivi biologique	FM	882 573 644
Médicaments pour IO	FM	78 355 000
Suivi et évaluation	FM	58 558 097
Total		3 192 342 822

6.3.2 – Acquisitions directes de l'année 2010 par le GTC-CNLS.

Au cours de l'année 2010 le CNLS a procédé à l'acquisition de divers matériels et consommables médicaux, ARV, tests, d'une valeur totale de 8 185 292 869 FCFA tel qu'illustré par le tableau ci-dessous.

Tableau 22: Liste des acquisitions réalisées en 2010 par le CNLS

N°	INTITULES DU MARCHE	Adjudicataires	MONTANT	OBSERVATIONS
1	Achat des réactifs CD4	CENAME	49 335 000	Réceptionné le 23 décembre 2010 (En cours de distribution par la CENAME en fonction des besoins exprimés par les Régions)
2	Fourniture des consommables (boîtes, tubes vacutainer, aiguilles vacutainer et gants d'examen)	CENAME	74 800 500	En cours de commande à la CENAME
3	Fourniture de 1 500 kits de 100 premiers tests de dépistage du VIH et de 360kit de 100 tests de confirmation.	CENAME	149 730 000	Réceptionné le 21 décembre 2010 (En cours de distribution par la CENAME)
4	Achat des Médicaments contre les infections opportunistes	CENAME	170 865 000	Réceptionné le 23 décembre 2010 (En cours de distribution par la CENAME)
5	Achat des ARV	CENAME	4 998 177 620	Réceptionné le 24 décembre 2010 (En cours de distribution par la CENAME en fonction des demandes des CAPRs)
6	Fourniture de six cent quarante mille (640 000) premiers tests de dépistage du VIH et de cent vingt mille (120 000) tests de confirmation	CENAME	611 800 000	En cours de commande à la CENAME
7	Fourniture des consommables (boîtes, tubes vacutainer, aiguilles vacutainer et gants d'examen)	CENAME	229 985 000	En cours de commande à la CENAME
8	Achat des Médicaments contre les infections opportunistes	CENAME	147 399 800	Réceptionné le 23 décembre 2010 (En cours de distribution par la CENAME)
9	Recrutement cabinet ou ONG formation des enseignants	Care Health Program	374 629 155	Lettre de marché adressée au contrôleur financier pour visa.
10	Recrutement d'un Consultant au titre de la subvention des TV pour la diffusion des spots du CNLS	DRM	144 996 075	Avenant au contrat de base validé par la CSPM-PMLS et en cours de signature
11	Fourniture des outils de collecte des données dans les CTA et UPEC	Imprimerie Nationale	134 096 625	Lettre de demande de modification de ligne budgétaire envoyée au MINfi.
12	Fourniture de 20 compteurs de CD3/CD4/CD8 et accessoires aux CTA et UPEC	Numelec Cameroun	600 000 000	Lettre de marché transmise à la Commission Spécialisée de Contrôle de Marchés.
13	Fourniture de 22 compteurs de CD4/CD8,CD4% (cyflow Counter) et accessoires aux UPEC	Partec Afrique Centrale	439 973 094	Lettre de marché transmise à la Commission Spécialisée de Contrôle de Marchés.
14	Maintenance de 30 automates d'hématologie de 18 paramètres et 08 automates d'hématologie de 25 paramètres	Numelec Cameroun	44 505 000	Lettre de marché adressée au contrôleur financier pour visa.
15	Maintenance de 08 automates de biochimie	Medi Best Sarl	15 000 000	Lettre de marché adressée au contrôleur financier pour visa.

6.3.3 – Matériel de dépistage et de sensibilisation mis à dispositions des structures par le GTC/CNLS.

Au cours de l'année 2010 divers matériels de dépistage et sensibilisation ont été distribués par le GTC aux GTR et à certains hôpitaux et association. Le tableau ci-contre résume le matériel déployé au cours de l'année

Tableau 23 : RECAPITULATIF DU MATERIEL DE SENSIBILISATION ET DE DEPISTAGE

Désignation	Quantité	Désignaton	Quantité
abbot détermine Accessory blood lancet	316	embouts jaunes (sachets de 1000)	87
aiguilles vacutainers Bte/100	9500	feuilles (code counselling résultats)	21050
aiguille de dépistage 1gx11 en bte	1	gants d'examen bte/ 100	45
alcool de 95° en litre	235	hexagon HIV (Kit de 100 t	4
banderoles	3	lyse (pour coulter et H)	44
BD Facs Flow 20l	3	oraquick HIV kit/100	9
carnet bilan d'Orientation	3550	ordonnanciers	1000
carnet bilan pré- thérapeutique	460	papier thermique	3
carnet Bilan suivi biologique	4150	préservatifs féminins carton de 100	56
carnet dépistage VIH	4300	préservatifs masculins carton de 7 200	39
casquettes PTME	1609	reagents Kit Facs Count (50 tests)	14
compresses pqt/10	127	shangai KHB kit de 50 t	20
control Kit facs count 525 tests)	10	tee-shirts (Semaine Nationale)	1800
coton hydrophile 500g	4056	test détermine VIH	600
dépliants	500	tubes bte/1000	18000
détergent pour coulter	8	tubes Vacutainers	1000
Détermine HIV (1+2 et ½) kit de 100 tests	3251	tubes Vacutainers Pqt/1000	800
diluent Shealth CD 3200 bidon de 20l	10	carton de 120 boîtes de compresses	2
diluent pour coulter	48		

DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN ŒUVRE AU COURS DE L'ANNEE 2010

Au cours de l'année 2010, la lutte contre le Sida au Cameroun ne s'est pas déroulée sans difficultés. Plusieurs obstacles ont retardé ou empêché l'évolution vers les objectifs planifiés.

Le système de Suivi Evaluation bien qu'ayant été très actif au cours de l'année 2010 a toutefois été confronté à de nombreuses difficultés ci après :

- L'insuffisance de ressources humaines et matérielles, du financement et tout particulièrement l'absence de moyens de communication (téléphone & internet).
- La démotivation des acteurs, traduite par la démission de 04 chefs d'unité régionale SE sur 10.
- L'insuffisance de l'appropriation du Suivi-Evaluation par les acteurs des différents secteurs, d'où la difficulté de compilation de données et d'élaboration des rapports par l'organe de coordination nationale ; la non maîtrise des interventions effectuées dans certains secteurs.
- La faiblesse des systèmes d'information des secteurs liée à l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines ;
- L'absence de fonds pour le suivi à travers les réunions de coordination et de suivi à l'échelle nationale et régionale ne permet pas d'assurer une bonne cohérence dans la mise en œuvre du programme ;
- L'insuffisance des missions de supervision à tous les niveaux n'a pas permis d'avoir une lecture exhaustive des problèmes à tous les niveaux dans tous les axes de la lutte ;

Bien que très peu de ressources ont été accordées au SE au cours de l'année 2010, le renforcement du SE a été relevé comme une priorité pour la période 2011-2015. Le principal défi consistera à mobiliser plus de ressources en vue d'assurer le renforcement de capacités humaines et matérielles et de garantir le déploiement des activités de suivi et supervision à tous les niveaux. Le deuxième défi de 2011, sera de produire l'information pertinente en temps opportun et surtout la rendre disponible aux utilisateurs pour la prise en compte dans les décisions opérationnelles.

Concernant l'**Accès à la prévention**, la principale contrainte était liée à l'insuffisance de financements pour la promotion des activités de prévention. La contrainte financière a empêché le fonctionnement optimal des 12 unités mobiles. Il s'agit pourtant d'un investissement important en léthargie. Cette absence de financement touche également le volet de la transfusion sanguine ou la volonté de création d'un centre national de transfusion sanguine ne s'est pas encore matérialisée. Si des efforts certains sont mis en place pour promouvoir un sang transfusé de bonne qualité, l'offre de celle-ci reste encore minime par rapport à la demande.

Heureusement une lueur d'espoir se trouve dans le financement PEPFAR auquel le Cameroun a pu avoir accès et qui pourra être disponible en 2011.

La décentralisation de la prise en charge stratégie liée à l' **accès universel aux traitements et soins en faveur des enfants et adultes vivant avec le VIH/Sida** s'est poursuivie en 2010. Toutefois, si les traitements sont prescrits de manière excellente, on a remarqué une faible observance des traitements en effet le risque de développement de résistances aux traitements ARV sont accrus, de même la transmission sexuelle des souches résistantes à des patients naïfs. Les ruptures fréquentes des stocks d'ARV et intrants divers liée à un dysfonctionnement du système d'approvisionnement aggrave considérablement ce risque. Des mesures urgentes méritent d'être prises en 2011.

Les activités liées au volet sur la prise en charge des OEV ont connu une léthargie en 2010. En raison de l'absence de financement dans cette composante. Les OEV ont été pris en charge uniquement dans le cadre du financement de l'UNICEF. Le Fonds Mondial ayant arrêté ses financements dans ledit domaine.

L'appropriation de la lutte par certains acteurs est certes perceptible, mais un certain nombre de problèmes se posent :

- Le faible suivi des réponses multisectorielles :
 - Qualité des acteurs et ou leur capacité à assurer l'interface GTC/Secteurs concernés ;
 - Déficit des informations sur les réalisations et les financements (Secteurs publics);
 - Faible documentation des réalisations ;
 - La faible remontée des informations dans la pyramide du système du Suivi – évaluation ;
 - L'absence de réunions du GTSE.
- Ressources financières insuffisantes qui limitent l'implication et l'action des acteurs (ONG, Société civile, secteur informel, etc.).

CONCLUSION

2010 a été globalement une année de succès dans la lutte contre le Sida au Cameroun. En effet le Cameroun a pu rédiger un cadre de stratégie pour les cinq prochaines années, ainsi que son cadre de Suivi et Evaluation et son cadre opérationnel pour les deux prochaines années. Le Cameroun a pu rédiger une proposition de don acceptée pour une subvention de 64 800 000 000 de F.CFA au Fond Mondial et une proposition également acceptée de 15 milliards environs de don au financement PEPFAR.

Des progrès ont également été observés dans les domaines de la prévention, principalement dans la PTME, de l'accès aux traitements et soins (i) le nombre de personnes connaissant leur statut sérologique a progressé, (ii) la décentralisation de la prise en charge devient de plus en plus effective matérialisée par un accroissement de la file active des PVVIH sous ARV.

Toutefois ces résultats élogieux en 2010 risquent d'occulter des menaces et contraintes réelles. 2010 a été une année marquée en effet par une baisse du financement de plusieurs activités du en grande partie à la non éligibilité de la proposition du Cameroun en 2009 au 9ème Round du Fond Mondial.

Les efforts doivent être entrepris dans la maîtrise du Suivi & Evaluation de la lutte, dans la PTME et dans l'appropriation de la lutte par les acteurs. Le plaidoyer pour le financement du PSN 2011-2015 doit être fortement effectué au niveau national et au niveau international.

La décentralisation de la prise en charge des PVVIH doit être poursuivie afin de garantir l'atteinte des objectifs planifiés en 2011. Cette décentralisation devra être encadrée par une stricte surveillance et prévention de la survenue de résistances aux ARV.

Des progrès sont évidents en terme de recrutement des patients sous ARV . force Il est tout aussi évident que les résultats sont nettement en deçà des objectifs. Il conviendra de mettre en œuvre les stratégies de décentralisations retenues pour la période 2011-2015.

En matière de sécurité sanguine, l'appui de CDC à travers le PEPFAR et les autres partenaires sera nécessaire pour mettre en œuvre un plan opérationnel en vue d'augmenter le nombre de donateurs de sang et leur fidélisation en s'inspirant des bonnes pratiques dans ledit domaine observées dans certains pays.

Le préservatif reste la principale arme contre le Sida au Cameroun, sa maîtrise par tout le système managérial est indispensable. Il convient de développer des mécanismes permettant de suivre afin d'améliorer la qualité de la distribution du préservatif.

Certaines autres actions importantes déjà déclinées au cours de la période 2006-2010 sont à réitérer en 2011 pour l'atteinte des objectifs du nouveau PSN. On peut citer :

L'engagement continu du Gouvernement camerounais dans la coordination, le suivi ainsi que le financement des activités de lutte contre le Sida, l'implication effective des acteurs de la société civile tout en renforçant leurs capacités ; cette implication devrait tout particulièrement s'accompagner de leur spécialisation et de la décentralisation de leurs actions, l'engagement soutenu des partenaires en faveur de l'appui technique et financier de la réponse nationale, et l'amélioration de la coordination de tous les partenaires dans le cadre des groupes de coordination, un plaidoyer continu au niveau des partenaires au financement en vue de l'augmentation de l'appui pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le Sida, le fonctionnement régulier des comités de pilotage et de coordination au niveau national (CNLS) et régional (CRLS), la décentralisation effective de la réponse nationale avec la mise en œuvre d'un système coordonné de suivi-évaluation, la collaboration inter sectorielle qui constitue la base d'une action nationale multisectorielle et 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.

Après vingt cinq ans de lutte, l'appropriation de la lutte par les acteurs et le suivi évaluation sont restés en 2010 le problème central de la lutte contre le Sida au Cameroun.

ANNEXES

ANNEXE 1 - Acquisitions et les livraisons CENAME au cours de l'année 2010

Dans l'ensemble et de façon générale, les acquisitions et les livraisons CENAME au cours de l'année 2010 se sont présentées comme suit :

(a) Les ARV :

Code Article	Articles	Qté Totale Distribuée dans les CAPR
11ATRIPLA_30	Atripla	1557
11EFAV200	Efavirenz 200 mg Capsule	19026
11EFAV600	Efavirenz 600 mg capsule	221561
11FC_ABAC300	Abacavir 300 mg_FC cp	11314
11FC_ABAC SOL	Abacavir 20mg/ml 240ml_FC susp	1051
11FC_COTR240	Cotrimo240mg/5ml susp 60ml fl_FC	300
11FC_DIDA100	Didanosine 100 mg_FC cp	926
11FC_DIDA25	Didanosine 25 mg_FC, comprim,	100
11FC_DIDA250	Didanosine 250 mg_FC cp	4990
11FC_DIDA400	Didanosine 400 mg_FC cp	1750
11FC_DIDA50	Didanosine 50 mg_FC, comprim,	725
11FC_EFAV200	Efavirenz 200 mg_FC capsule	548
11FC_EFAV30	Efavirenz 30mg/ml sp.180ml fl_FC	2806
11FC_EFAV50	Efavirenz 50 mg_FC capsule	14
11FC_LAMI150	Lamivudine 150 mg_FC cp	6494
11FC_LAMI50	Lamivudine 50mg/5ml 240ml_FC fl	8274
11FC_LAMIBEB	lamivudi+Stavudi 30+6mg_FC Comp	237
11FC_LAMIJUN	lamivudi+Stavudi 60+12mg_FC Comp	642
11FC_LNZ140	Lamivu30mg+nevi50mg+zidov60mg cp	1346
11FC_LR_AL	Lopi+Rito 200/50mg cp (Aluvia)	25937
11FC_LR_HD	Lopi+rito100/25mg cp (Aluvia HD)	2343
11FC_LR2080	Lopi+Rito 20/80mg/ml_FCsol300ml	1140
11FC_LZ90	Lamivu30mg+Zidovu60mg cp	510
11FC_NEVI200	N,virapine 200 mg_FC cp	1736
11FC_NEVI50	N,virapine 50mg/5ml 240ml_FC fl	7023
11FC_STAV1	Stavudine 1mg/1ml Sol FL 200 ml	3724
11FC_STAV20	Stavudine 20 mg_FC g,lule	276
11FC_TENE500	Tenofovir+Emtricitabine 300/200	8156
11FC_TENE600	Tenofovir+Lamivudine 300/300	9048
11FC_TENO300	Tenofovir Fumarate 300mg cp	9582
11FC_TRIOJUN	Lamiv+Stav+N,vir 30+6+50mg_FC cp	3489
11FC_TRIOMAJ	Lamiv+Stav+N,vir12+60+100mg_FCcp	7030
11FC_ZIDO100	Zidovudine 100 mg_FC cp	550
11FC_ZIDO300	Zidovudine 300 mg_FC cp	1684

11FC_ZIDO505	Zidovudine 50mg/5ml 240ml_FC fl	8282
11INDI400	Indinavir 400 mg capsule	1020
11LAMI150	Lamivudine 150 mg cp	7698
11LAMISTAV30	Lamivudine+Stavudine 150+30mg cp	88266
11NEVI200	N,virapine 200 mg cp	32060
11TENO300	Tenofovir Fumarate 300mg cp	5774
11TRIO150_30	Lamiv+Stav+N,vir 150+30+200mg cp	403071
11UN_NEVI 50	Nevirapine 50ml/5ml_UN sir 240ml	2071
11UN_NEVI200	N,virapine 200mg_UN comp	2092
11UN_ZIDO300	Zidovudine 300mg_UNF comp	14843
11UN_ZILA450	Zidovu+Lamivu 300+150_UN mg comp	3214
11UNF_NEVI10	Nevirapine Susp10mg/ml, fl 10 ml	4267
11UNF_ZIDO50	Zidovudine 50mg/5ml_UNF fl100ml	9120
11ZIDLA450	Zidovudine+Lamivu300+150mg cp	178105
11ZIDO300	Zidovudine 300 mg cp	18308
11ZILANEV651	Zidovudine+Lamivudine+N,virapine	193412

Source : CENAME

Etat des stocks ARV acquis par CENAME, prix appels d'offres de 2010 et encours des commandes

Nom commercial du produit	Stocks CENAME (02/02/11)	CMM	MSD	Encours Cmdes (02/02/11)	Avenant marché	Stocks CENAME disponible (à partir de fév. 2011)	Prix AO_2010
Triomune 30, cp	1 008	32 541	0	27 500	100 200	128 708	[2913-3185]
Duovir, cp	4 576	15 861	0	104 217	30 000	138 793	[4440-4881]
Lamivir S30, cp	1 170	5 507	0	3 667	20 400	25 237	[1839-2008]
Efavirenz 600mg, cp	148 567	37 689	4	19 445		168 012	[5117-5263]
Efavirenz 200mg, cp	2 466	1 310	2	0		2 466	[11 416]
Zidovex ou Zidolam-N (CDF)	35 705	27 343	1	210 937		246 642	[5640-6180]
Nevirapine 200mg, cp	31 597	1 393	23	0		31 597	[1575]
Tenofovir 300mg, cp	6 297	1 928	3	4 059		10 356	[4074]
Zidovudine 300mg, cp	9 175	1 203	8	0		9 175	[2740]
Lamivudine 150mg, cp	12 929	2 261	6	27 500		40 429	[1213]
Atripla 30mg, cp	365	245	2	2 000		2 385	[5117]

DONS ARV 2è Ligne de la FONDATION CLINTON au CNLS au cours de 2010

Désignation ARV de 2è ligne	Nbre de boîtes données gratuitement	Prix moyens unitaires (FCFA)	Valeur (FCFA) des dons de la Fondation Clinton
Abacavir 300mg	18 500	8 121,600	150 249 600,000
Didanosine Enteric Coated 250mg	8 500	7 498,850	63 740 225,000
Didanosine Enteric Coated 400mg	6 700	10 296,525	68 986 717,500
Lopinavir + Ritonavir 200mg + 50mg	78 030	16 859,488	1 315 545 809,625
Tenofovir + Emtricitabine 300mg + 200mg	19 500	5 395,600	105 214 200,000
Tenofovir + Lamivudine 300mg + 300mg	24 500	4 140,700	101 447 150,000
Tenofovir 300mg	1 000	3 196,000	3 196 000,000
TOTAL GENERAL (Dons ARV 2L de la Fondation Clinton en 2010)	156 730	9 498,700	1 488 731 251,000

DONS ARV Pédiatriques de la FONDATION CLINTON au CNLS en 2010

ARV Pédiatriques (DCI)	Nombre de boîtes données	Prix moyens unitaires (FCFA)	Valeur du don Fondation Clinton (FCFA)
3TC (150mg)	5 000	1 043,40	5 217 000,00
3TC (150mg) + AZT (300mg)	900	3 995,00	3 595 500,00
3TC (150mg) + AZT (300mg) + NVP (200mg)	700	5 132,40	3 592 680,00
3TC (150mg) + d4T (30mg) + NVP (200mg)	2 500	2 274,80	5 687 000,00
3TC (30mg) + AZT (60mg)	500	1 527,50	763 750,00
3TC (30mg) + AZT (60mg) + NVP (50mg)	1 500	1 997,50	2 996 250,00
3TC (30mg) + d4T (6mg)	150	893,00	133 950,00
3TC (30mg) + d4T (6mg) + NVP (50mg)	4 500	1 081,00	4 864 500,00
3TC (50mg/5ml)	7 500	775,50	5 816 250,00
3TC (60mg) + d4T (12mg)	1 800	1 551,00	2 791 800,00
3TC (60mg) + d4T (12mg) + NVP (100mg)	10 300	2 021,00	20 816 300,00
AZT (300mg)	2 600	3 473,30	9 030 580,00
d4T (1mg/ml)	3 000	587,50	1 762 500,00
d4T (20mg)	500	634,50	317 250,00
DDI (125mg)	250	3 995,00	998 750,00
DDI (200mg)	450	5 170,00	2 326 500,00
DDI (25mg)	500	3 290,00	1 645 000,00
DDI (50mg)	200	4 465,00	893 000,00
EFV (200mg)	1 800	4 414,87	7 946 760,00
EFV (50mg)	1 000	1 607,40	1 607 400,00

ARV Pédiatriques (DCI)	Nombre de boîtes données	Prix moyens unitaires (FCFA)	Valeur du don Fondation Clinton (FCFA)
LPV/r (80 + 20 mg / ml)	2 000	16 995,20	33 990 400,00
LPV/r (100/25mg)	4 000	4 248,80	16 995 200,00
NVP (200mg)	600	1 193,80	716 280,00
NVP (50mg/5ml)	3 000	916,50	2 749 500,00
TOTAL GENERAL (Dons ARV Pédiatriques de la Fondation Clinton en 2010)	55 250	3 053,50	137 254 100
Supplément alimentaire (Plumpynut)	6 950	17 836,50	123 963 675

REACTIFS CD4			
Appareil	Désignation	Quantités acquises	Quantités distribuées
Count Reagents/ FACS CALIBUR	Facscout Reagent Kit de 50	349	349
	FACS FLOW Bidon 20 litres	120	120
	FACS Control Kit de 25 tests	74	74
	FACS Rinse Bidon de 4 litres	66	66
	Papier thermique Rouleau	66	66
	Multi test + trucount tubes, kit de 50 tests	80	80
	Calibrite APC kit de 25	2	2
	Calibrite 3 kit de 25	2	2
	Facs Clean, fl de 4L	82	82
Cyflow Reagents	Sheath fluid 5000 ml	34	34
	CD4 easy count kit de 100 ml	160	160
	Decontamination fluid fl de 250 ml	68	68
	Cleaning solution fl de 250 ml	68	68
	Bleaching solution fl de 250 ml	68	68
Guava	Guava Auto CD4/CD4 Kit	20	20

HAEMATOLOGIE			
Appareil	Designation	Quantities acquises	Quantities distribuées
CELL DYNN 1800	Diluent sheath CD 1800, Can 20 L	204	204
	Ezymatic cleaner CD 1800 (2fl of 18 ml)	20	20
	Control CD 1800 (3 types fl of 2 ml)	20	20
	WBC Lyse CD 1800, Can 1 L	70	70
	Detergent CD 1800 Can of 20 L	102	102
CELL DYNN 3200	Diluent sheath CD 3200, Can 20L	64	64
	WBC Lyse CD 3200, Can 1 L	32	32
	HGBlyse CD 3200, Can 4 L	32	32
	Control CD 3200 (3 types fl of 2 ml)	18	18
	Ezymatic cleaner CD 3200 (2fl of 18 ml)	8	8
HEMASCREEN 18	Diluent for Hemoscreen 18	206	206
	Lyse for Hemoscreen 18	206	206
	Detergent for Hemoscreen 18	206	206
COULTER	Diluent COULTER	176	176
	Detergent COULTER	176	176
	Lyse COULTER	176	176

BIOCHIMIE			
Appareil	Désignation	Quantités acquises	Quantités distribuées
Spectro miniscreen	SGOT	202	202
	SGPT	202	202
	GLUCOSE	202	202
REFLOTOU	SGOT (Bandelettes Kit, kit de 100)	3	3
	SGPT (Bandelettes Kit, kit de 100)	3	3
	GLUCOSE (Bandelettes Kit, kit de 100)	3	3
	SGOT	4	4
SEGOMAN	SGPT	4	4
	GLUCOSE	4	4
MEDI CHECK QC27 ATLAS BIO	SGOT	244	244
	SGPT	244	244
	GLUCOSE	244	244

PLAN DE DISTRIBUTION DES REACTIFS CD4 de CYFLOW (Don de la Fondation Clinton)

Désignation	Adamaou a	Centre	Est	Extrême Nord	Littoral	Nord	Nord Ouest	Ouest	Sud	Sud Ouest	TOTAL
CD4 Easy Count (kit de 100 tests), fl de 2ml	6	28		4	30		6	12		10	96
CD4% easy Count (kit/100 test), fl de 2 x 1ml		2			2			1		1	6
Countcheck beads Green (kit de 50 tests), fl de 250ml	2	14		2	15		2	12		5	52
Decontamination solution (Flacon de 250ml)	2	8		1	8		2	3		3	26
Cleaning solution (Flacon de 250ml)	2	8		1	8		2	3		3	26
Bleaching solution (Flacon de 250ml)	2	8		1	8		2	3		3	26
Sheath fluid (solution de flux), bidon de 5L	2	8		1	8		2	3		3	26
Sample tubes, 3.5 ML (1 x 500 pièces)	1	7		1	8		1	4		3	26

- Approvisionnement des régions en tests de dépistage du VIH en 2010

Kits de tests de dépistage du VIH et consommables	Quantités commandées	Quantités réceptionnées	QUANTITES DISTRIBUEES EN 2010 AUX CAPR POUR MISE A DISPOSITION DANS LES CTA/UPEC												
			ADAMAOUA	CENTRE	EST	EXTREME NORD	LITTORAL	NORD	NORD OUEST	OUEST	SUD	SUD OUEST	GTC/CNLS	CHP	tests VIH distribués aux
Determine HIV1/2 (kit/100 tests)	1500	1500	200	100	100	100	100	150	100	150	100	150	100	82	1432
Hexagon HIV 1+2 (kit/100 tests)	150	150	5	25	3	6	15	4	10	6	1	5	10	6	96
Shanghai HIV 1+2 (kit/100 tests)	360	360	20	10	10	10	10	15	10	15	10	15	0	0	125
Determine HIV1/2 (kit/100 tests) du Don FC	1 200	1 200	50	250	30	60	150	40	100	60	10	50	100	0	900
Oraqick HIV 1+2 (kit/100 tests) du Don FC	90	90	5	25	3	6	15	4	10	6	1	5	10	0	90
Aiguilles de prélèvement (boîte de 100)	1021 1	1021 1	1175	1000	220	280	1045	375	715	705	340	795	0	210	6860
Tubes silicone vacutainer 5ml (boîte de 100)	1037 2	1037 2	975	900	120	180	945	225	615	555	240	645	0	210	5610

(c) Les M.I.O.

- Approvisionnement des structures de prise en charge (CTA/UPEC) en médicaments contre infections opportunistes (M.I.O.) en 2010

Médicaments contre Infections Opportunistes (M.I.O.)	Quantités de (03) marchés	Quantités livrées des (03) marchés	QUANTITES DISTRIBUEES EN 2010 AUX CAPR POUR MISE A DISPOSITION DANS LES CTA/UPEC										TOTAL des M.I.O. distribués aux CAPR
			ADAMAOU A	CENTRE	EST	EXTREME NORD	LITTORAL	NORD	NORD OUEST	OUEST	SUD	SUD OUEST	
Cotrimoxazole 400/80mg, bte/1000 Cp	45 000	45 000	1 339	11 647	1 209	2 075	9 200	1 967	8 460	3 552	1 192	4 359	45 000
Fluconazole cp 200mg, bte/40 Cp	3 500	3 500	103	900	94	161	721	154	658	277	94	338	3 500
Sulfadiazine 500mg cp, bte/1000 Cp	3 050	3 050	91	788	81	140	625	134	571	243	81	296	3 050
Pyriméthamine 25mg, bte/100 Cp	8 050	8 050	242	2 080	215	370	1 649	353	1 506	640	213	782	8 050
Acide Folinique 15mg, bte/10 Cp	10 500	10 500	314	2 709	281	483	2 155	461	1 967	833	278	1 019	10 500
Clindamycine 150mg, bte/1000 Cp	3 025	3 025	91	781	81	139	619	133	566	241	81	293	3 025

ANNEXE 3 :**Tableau 24** Liste du personnel du CNLS

Noms et Prénoms	Fonction	Lieu	Email	Contact
M. MAMA FOU DA André	Ministre de la Santé Publique/ Président du Comité National de Lutte contre le SIDA	Yaoundé		
Pr. KOULLA SHIRO Sinata	Vice Présidente du CNLS	Yaoundé		
Dr ELAT NFETAM Jean Bosco	Secrétaire Permanent du GTC/CNLS	Yaoundé	jbelat@yahoo.fr	96 98 40 02
Dr IBILE ABESSOUGUIE	Secrétaire Permanent Adjoint du GTC/CNLS	Yaoundé	ibileabessouguie@yahoo.fr	96 98 40 04
Dr DION NGUTE GRACE	Chef Section Appui à la Réponse Santé	Yaoundé	shirriad@yahoo.com	96 98 40 01
Dr BILLONG SERGE Clotaire	Chef Section Planification Suivi Evaluation	Yaoundé	sergebillong@yahoo.fr	97295989
M. DJAOU DJAOUROU	Chef Section Communication pour le Changement de Comportement	Yaoundé	djaouguis@yahoo.fr	96 98 40 14
M. BELA Marcel	Chef Section Réponses Locales	Yaoundé	mbela78@yahoo.fr	96 98 40 12
M. ABONGO Zacharie	Chef Section Administrative et Financière	Yaoundé	abongozacharie@yahoo.fr	96 98 40 10
Dr EBOGO MBEZELE Mesmey	Chef d'Unité PTME	Yaoundé	bertmesmey@yahoo.fr	94 18 83 41
M. IKOUMBA Daniel	Chef Comptable	Yaoundé	danyekoua@yahoo.fr	96 37 08 51
M. MADI HAMAN	Chef d'Unité Administrative et du Personnel	Yaoundé	lemadihaman@yahoo.fr	75 25 47 95
M. VOUNDI Alex	Chef d'Unité Financière et Comptable	Yaoundé	voundi_alex@yao.fr	94 18 83 40
M. MBOUI BILONG Etienne Gérard Lebrun	Cadre Suivi Evaluation	Yaoundé	mbouibilong@yao.fr	96 98 40 18
Mlle MESSEH LIENOU Arlette	Cadre Suivi Evaluation	Yaoundé	arlettemesseh@yahoo.fr	77375275

NOMS et Prénoms	Fonction	Lieu	Email	Contact
M. AMANYE BOTIBA Nestor	Cadre SAF	Yaoundé	amanyebotiba@yahoo.fr	96 98 40 11
M. NGOUPAYOU MAMA	Cadre SAF	Yaoundé	mama_ng2000@yahoo.fr	96 98 40 22
M. NOUKOUNI Marcellin	Cadre Suivi Evaluation	Yaoundé		99874238
GUEGANG DJIMELI CHARLAIN	Ingénieur Statisticien, Cadre Suivi Evaluation	Yaoundé	Charlain02@yahoo.fr	78 25 14 65
M. ELOUNDOU Jean Paul	Auditeur Interne GTC/CNLS par Intérim	Yaoundé		96 57 24 57
Mme EYEBE Odile	Cadre Section Réponses Locales	Yaoundé		96 98 40 29
Dr BONOMO Leonard	Coordonnateur Régional VIH/Sida	Adamaoua	cnls_gtp_ad@yahoo.fr	22-25-19-44/94 90 35 18
Dr BELINGA Edwige	Coordonnateur Régional VIH/Sida	Centre	cnls_gtp_ce@yahoo.fr/ cnls_gtp_ce1@yahoo.fr	22-21-48-10/94 58 38 49
Dr TCHACHOUA GILBERT	Coordonnateur Régional VIH/Sida	Est	cnls_gtp_es@yahoo.fr	22 24 15 63 / 99 68 14 75
Dr SADOU	Coordonnateur Régional VIH/Sida	Extrême-Nord	Cnls_gtp_en@yahoo.fr	22 29 13 49 / 96 82 31 42
Dr ESSOMBA Jean Noël	Coordonnateur Régional VIH/Sida	Littoral	cnls_gtp_lt@yahoo.fr	77 55 18 08 / 33 42 44 59
Dr SEPDE OUMAROU	Coordonnateur Régional VIH/Sida	Nord	cnls_gtp_no@yahoo.fr	22-27-33-17
Dr Gladys Tayong	Coordonnateur Régional VIH/Sida	Nord-Ouest	cnls_gtp_nw@yahoo.fr	33 36 36 03 / 77 35 46 80
Dr ONANA EWANE Arnold	Coordonnateur Régional VIH/Sida	Ouest	cnls_gtp_ou@yahoo.fr	33 44 55 42 / 33 44 55 43 / 99 68 14 75
Dr BINZOULI MBVOUM	Coordonnateur Régional VIH/Sida	Sud	cnls_gtp_su@yahoo.fr	22 28 40 31 / 22 02 10 70 / 77 71 64 88
Dr Pascal NJI ATANGA	Coordonnateur Régional VIH/Sida	Sud-ouest	cnls_gtp_sw@yahoo.fr / nji_atanga@yahoo.com	33 32 31 53 / 77 60 80 73
M. TENDOH TEBON Peter	Démographe, Chef d'Unité Suivi Evaluation	Centre	ptendohtebon@yahoo.com	96984024
M. TSIMI EWODO	Ingénieur Statisticien, Chef d'Unité Suivi Evaluation	Est	jtsimi99@yahoo.fr	99 79 64 25/ 96 56 93 75
M. MINKEMDEFO TEKOUANG Blaise Dupont	Ingénieur Statisticien, Chef d'Unité Suivi Evaluation	Littoral	dminkem@yahoo.fr	77 78 04 47/ 96 56 93 76

NOMS et Prénoms	Fonction	Lieu	Email	Contact
M. KOUONTCHOU MIMBE Jean Christian	Ingénieur Statisticien, Chef d'Unité Suivi Evaluation	Adamaoua	koumijech@yahoo.fr	99 74 49 18/ 96 56 93 80
M. WAWO Snayeul Denis	Ingénieur Statisticien, Chef d'Unité Suivi Evaluation	Ouest	wsnayeul@yahoo.fr	99 44 06 84/ 96 56 93 85
M. ABANDA Joseph	Ingénieur Statisticien, Chef d'Unité Suivi Evaluation	Sud	joabatbis@yahoo.fr	77 77 68 00/ 96 56 94 16
ESSOMBA NKOULOU Thaddée Ghislain	Ingénieur Statisticien Economiste, Chef d'Unité Suivi Evaluation	Nord-Ouest	Knowhow100@yahoo.fr	22 13 96 23/94 32 15 33
BELECK MATOH Armand Roger	Ingénieur Statisticien Economiste, Chef d'Unité Suivi Evaluation	Extrême-Nord	A_beleck@yahoo.fr	74 90 52 08 / 95 47 83 82
Eloundou Adolphe Freddy	Ingénieur Statisticien, Chef d'Unité Suivi Evaluation	Sud-Ouest		79 29 02 92
M. NGWE Guillaume	Comptable GTR	Centre		94 01 32 45
M. MOTOGUE	Comptable GTR	Littoral		94 01 98 45
M. BABA Prosper	Comptable GTR	Extrême-Nord	baba_prosper@yahoo.fr	96 56 90 72
M. NOMHA ISAAC	Comptable GTR	Est		96 56 90 69
M. AWOE BIYO'O CYRILLE	Comptable GTR	Nord		94 63 83 37
M. TENDOH ATIM	Comptable GTR	Nord Ouest	arims80@yahoo.com	96 56 90 87
M. GOUNOU Serge	Comptable GTR	Ouest	sergedidier2005@yahoo.fr	96 56 90 92
M. MANI Henry Fiston	Comptable GTR	Sud	epsyfiles@yahoo.fr	96 56 90 95
M. BOGWE EKANE Jespo	Comptable GTR	Sud-ouest	ekanembwoqe2000@yahoo.com	96 56 93 68
Mme BIKO Geneviève	Secrétaire SP	Yaoundé	cnls_gtc@yahoo.fr	96 98 40 33
M. NDZANA Léopold	Agent d'Appui GTC	Yaoundé		99 37 32 05
M. FONKEM BONIFACE	Cadre GTC/CNLS	Yaoundé		77 84 57 47
M. MAMA Jean Bosco	Chauffeur GTC	Yaoundé		75 23 05 76
M. MANI Pascal	Chauffeur GTC	Yaoundé		75 63 43 93
M. AWONO Justin	Chauffeur GTC	Yaoundé		74 58 38 96

