

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

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

Global Aids Response Progress (GARP)

MARS 2014



TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	2
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	3
INTRODUCTION	7
I. PRINCIPAUX INDICATEURS	8
II. DESCRIPTIF DE L'EPIDEMIE	11
III. RIPOSTE NATIONALE AU SIDA	14
III.1 Prévention de la transmission du VIH et des IST	14
III.2 Accès au soins et au traitement.....	19
III.3 Atténuation de l'impact	24
III.4 Appropriation de la lutte par l'ensemble des acteurs.....	27
III.5 Financement de la lutte	Error! Bookmark not defined.
IV. BONNES PRATIQUES	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
V. PRINCIPAUX DEFIS ET SOLUTIONS	29
V.I Insuffisance d'études pour le suivi de l'épidémie dans certains groupes spécifiques (HSH, TS et leurs partenaires).....	29
V.II Faible appropriation des comités sectoriels de lutte contre le Sida.....	30
VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	28
VII. SUIVI ET EVALUATION	31
VII.1 Système actuel de suivi et évaluation (S&E)	31
VII.2 Analyse forces et faiblesses système du S&E actuel.....	31
VII.3 Mesures correctives prévues.....	35
BIBLIOGRAPHIE	37
EQUIPE DE REDACTION DU RAPPORT	38

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1: Prévalence du VIH dans les régions du Cameroun	11
Figure 2 : Seroprévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les régions du Cameroun.....	11
Figure 3: Statut sérologique dans les régions du Cameroun	12
Figure 4: Connaissance du statut sérologique selon l'âge et le sexe.....	13
Figure 5: Nombre de MARPs touchés par les messages de prévention	14
Figure 6: Evolution du dépistage volontaire du VIH de 2007 à 2013.....	16
Figure 7: Nombre de MARPs ayant fait un test de dépistage du VIH en 2012 et 2013	16
Figure 8: Evolution de la distribution des préservatifs au Cameroun entre 2011 et 2013	17
Figure 9: Taux de réalisation des cibles (distribution du préservatif) du PSN 2011-2015	17
Figure 10 :Taux de fréquentation de la CPN des régions du Cameroun.....	18
Figure 11: Cascade PTME 2013	19
Figure 12 : Evolution du nombre de CTA/UPEC	20
Figure 13 : Evolution de la file active des PVVIH au Cameroun de 2005 à 2013.....	22
Figure 14: Bilans réalisés par les PVVIH en 2012 et en 2013	23
Figure 15: Evolution des ratios de couverture des bilans	23
Figure 16: Répartition des types de soutien reçus par les OEV en 2013	25
Figure 17 : Répartition des OEV ayant bénéficié d'un soutien par région.....	25

TABLEAUX :

Tableau 1 : Nouveaux cas de VIH selon les estimations du modèle MoT.....	12
Tableau 2: Répartition des structures de prise en charge médicale des PVVIH par région.....	20
Tableau 3 : Répartition de la file active par grand groupe d'âge et par sexe.....	22
Tableau 4: Fonds mobilisés pour la lutte contre le VIH et Sida en 2012 et 2013	Error!

Bookmark not defined.

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
AES	Accident d'Exposition au Sang
AGR	Activités Génératrices de revenus
ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le Sida
APPS	Activités Post et Péri Scolaire
ARV	Antirétroviraux
ATAR	Amélioration du Traitement, Agir contre les Résistances
C2D	Contrat Désendettement Développement
CAPR	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCLS	Comité Communal de Lutte contre le Sida
CCM	Country Coodinating Mechanism
CDC	Center for Desease Control and Prevention
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
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 Périnatale
CPN1	Première Consultation Périnatale
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le Sida
CSN	Cadre Stratégique National
CTA	Centre de Traitement Agréé
CTX	Cotrimoxazole
DBS	Dry Blood Spot

DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DS	District de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPP	Estimations et Projections Pays
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
EVF	Education à la Vie Familiale
EVS	Enfant et VIH/Sida
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FOSA	Formation Sanitaire
GFTAM	Global Funds to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GIZ	Coopération Technique Allemande
GICAM	Groupement Inter Patronal du Cameroun
GTR	Groupe Technique Régional
HCY	Hôpital Central de Yaoundé
HIVDR	HIV Drug Resistance
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes
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)
MINRESI	Ministère de Recherche Scientifique et de l'innovation
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MINSEP	Ministère des sports et de l'Education physique
MIO	Médicaments pour les Infections Opportunistes
MSF	Médecins Sans Frontières
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
NVP	Névirapine

OBC	Organisation à Base Communautaire
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
OSC	Organisations de la Société Civile
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIMA	Prise en Charge Intégrée des Maladies des Adultes
PCR	Prise en charge
PCR	Polymérase Chain Réaction
PECP	Prise en Charge Pédiatrique
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PMI	Petites et Moyennes Industries
PMLS	Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PPSAC	Programme de Prévention du VIH/Sida en Afrique Centrale
PPTE	Pays Pauvres Très Endetté
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
SBC	Stratégie à Base Communautaire
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
SP	Secrétaire Permanent
SPA	Secrétaire Permanent Adjoint
SPE	Superviseurs des Paires Educateurs
SRA	Santé de Reproduction des Adolescents
SSR	Santé Sexuelle et Reproduction
TARV	Traitement Anti Retroviral
TB	Tuberculose

TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TS	Transfusion Sanguine
UAFC	Universal Access For Female Condom
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
USAID	United State Agency for International Development
VAD	Visites à Domiciles
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Le Cameroun comme la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne fait face à une situation d'épidémie généralisée du VIH. Pour stopper l'avancée de ce problème de santé publique et inverser les tendances, le Gouvernement avec l'appui technique et financier des partenaires internationaux et nationaux met en œuvre, depuis 2011, un package d'activités multisectorielles selon les orientations du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015.

Ces orientations s'alignent en grande partie sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida adopté depuis 2001 par les Gouvernements de 189 Etats. Ladite déclaration reflète un consensus mondial sur un cadre de travail complet pour stopper la propagation du VIH/Sida et inverser la tendance de l'épidémie d'ici 2015.

Pour garantir la réalisation de cet Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD), cette déclaration, renouvelée en juin 2011 invite à un suivi régulier et attentif des progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements convenus et pris. Sur la base d'indicateurs clés qui permettent d'évaluer l'efficacité des ripostes nationales, les pays se doivent de produire tous les ans un rapport de suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida (rapport GARP). Etant donné la date butoire de 2015, il est opportun de suivre de près les progrès réalisés en produisant, désormais, un rapport tous les ans.

C'est dans cette logique que le présent rapport est élaboré pour mettre en exergue les réalisations de l'année 2013. Ce rapport a été élaboré selon une approche incluant la participation de tous les acteurs impliqués dans la lutte. Ceci s'est fait à travers des réunions de concertations, des ateliers de rédaction et de validation aussi bien des données que des rapports. Le travail a été supervisé par un groupe restreint constitué par les représentants du gouvernement à travers le GTC/CNLS, la Direction de la lutte contre la Maladie/Ministère de la Santé Publique, des représentants de la Société Civile, du secteur privé et du Système des Nations Unies à travers l'Equipe Conjointe ONUSIDA.

Le groupe restreint ainsi mis en place tenait régulièrement des réunions hebdomadaires de suivi. Un atelier de validation tenu du 10 au 15 mars 2014 a permis d'aboutir à un consensus sur les données rapportées et un atelier national tenu le 25 mars 2014 a permis la validation et l'adoption du rapport (le narratif et les indicateurs du GARP) y compris ceux de l'Accès Universel et les dix objectifs de la déclaration politique sur le VIH/Sida de 2013.

Il faut préciser que l'élaboration du rapport GARP 2014, s'inscrit dans un contexte particulier marqué par l'évaluation à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les IST 2011-2015. Le résultat final de cette évaluation a conduit à l'élaboration du plan stratégique 2014-2017.

I. PRINCIPAUX INDICATEURS

N°	INDICATEURS GARP Nom de l'indicateur	VALEUR			Source / année
		Hommes	Femmes	Ensemble	
1.	Pourcentage (%) des personnes interrogées qui ont répondu correctement à "Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?"	81.4	77.3	79.22	EDS-MICS4 (2011)
2.	Pourcentage (%) Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement à "Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?"	75.1	67.7	71.14	EDS-MICS4 (2011)
3.	Pourcentage (%) d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	29.0	6	12.88	EDS-MICS4 (2011)
4.	Pourcentage (%) d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	43	37.3	41.11	EDS-MICS4 (2011)
5.	Pourcentage (%) de jeunes femmes et jeunes hommes de 15-24 ans infectés par le VIH	0.5	2.7	1.7	EDS-MICS4 (2011)
6.	Pourcentage (%) de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH			5	Rapport préliminaire Surveillance (2012)
7.	Pourcentage (%) Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant répondu « oui » à "Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?"			67.6	Rapport Etude chez TS (2009)
8.	Pourcentage (%) de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client			72.7	Rapport Etude chez TS (2009)
9.	Pourcentage (%) de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat			64.2	Rapport Etude chez TS (2009)
10.	Pourcentage (%) de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH			36.8	Rapport Etude chez TS (2009)
11.	Pourcentage de HSH ayant répondu "oui" aux deux questions	58.7	58.4	59.1	Enquête IBBS chez HSH (2011)
12.	Pourcentage de HSH ayant répondu "oui" à la question "savez-vous où aller pour se faire dépister PROXI " avez-vous déjà fait votre test du dépistage du VIH"	81.6	76.2	88.2	Enquête IBBS chez HSH (2011)
13.	Pourcentage (%) Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	56.6	57.3	55.7	Enquête IBBS chez HSH (2011)
14.	Pourcentage (%) d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	56.4	53.7	59.6	Enquête IBBS chez HSH (2011)

N°	INDICATEURS GARP Nom de l'indicateur	VALEUR			Source / année
		Hommes	Femmes	Ensemble	
15.	Pourcentage de HSH vivant avec le VIH	37.2		37.2	Enquete IBBS chez HSH (2011)
16.	nombre de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont bénéficié du CDV dans les 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat			533 707	Rapport Annuel 2013 (CNLS)
17.	nombre de femmes enceintes âgées de 15 ans et plus qui ont bénéficié du CDV dans les 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat			406 066	Rapport Annuel 2013 (CNLS)
18.	Pourcentage (%) de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant			57%	Rapport Annuel 2013 (CNLS) et rapport projections EPP
19.	Pourcentage (%) de nourrissons ayant subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie			22,49%	Rapport Annuel 2013 (CNLS) et rapport projections EPP
20.	Pourcentage de femmes enceintes qui ont été testés pour le VIH et ont reçu leurs résultats - pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement, et pendant la période post-partum (≤ 72 heures), y compris ceux dont le statut VIH précédemment connu			38,4%	Rapport Annuel 2013 (CNLS) et rapport projections EPP
21.	Pourcentage (%) de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évalué selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4)			68,73	Rapport Annuel 2013 (CNLS) et rapport projections EPP
22.	3.7 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) UA			34	Rapport Annuel 2013 (CNLS) et rapport projections EPP
23.	3.8 nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) pendant allaitement au sein.			38%	Rapport Annuel 2012 (CNLS)
24.	Pourcentage de nourrisson nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole dans les deux mois suivant la naissance			62 ,7	Rapport Annuel 2013 (CNLS) et rapport projections EPP
25.	Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période UA			527223	Rapport Annuel 2013 (CNLS)
26.	Pourcentage (%) d'adultes et d'enfants éligibles, qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral	15,7	57.42	26,3	Rapport Annuel 2013 (CNLS) et rapport projections EPP
27.	Pourcentage (%) d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celle-ci. Si les données sur la rétention de 12 mois ne sont pas disponibles pour les patients qui ont initié un traitement antirétroviral en 2010 précisément, mais disponible pour les patients qui ont initié un traitement			80,8%	Enquete rétention 2013 (CNLS)

N°	INDICATEURS GARP Nom de l'indicateur	VALEUR			Source / année
		Hommes	Femmes	Ensemble	
	antirétroviral au cours d'une période de temps plus tôt (par exemple 2009 ou 2008), s'il vous plaît préciser la période dans le champ de commentaire ci-dessus: commencé un traitement antirétroviral entre [mois] / [année] et [mois] / [année]				
28.	Nombre de Formations sanitaires offrant le traitement antirétroviral (ARV) (c.-à-d. prescription et/ou suivi clinique)	Total		163	Rapport Annuel 2013 (CNLS)
29.		public		113	Rapport Annuel 2013 (CNLS)
30.		private		44	Rapport Annuel 2013 (CNLS)
31.		non spécifié		6	Rapport Annuel 2013 (CNLS)
32.	Pourcentage de formations sanitaires dispensant des ARV qui ont connu des ruptures de stock pour au moins une molécule d'ARV les douze derniers mois			42.50%	Enquete IAP 2011
33.	Pourcentage (%) de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH			42,9	Rapport Annuel 2013 (CNLS)
34.	Nombre d'établissements offrant des services ART pour les personnes vivant avec le VIH ayant des pratiques démontrables de contrôle des infections qui comprennent le contrôle de la tuberculose			163	Rapport Annuel 2013 (CNLS)
35.	Pourcentage d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits pour des soins de l'infection à VIH et chez qui un traitement préventif par l'isoniazide (TPI) a été mis en route			3.8	Rapport Annue 2011 (CNLS)

II. DESCRIPTIF DE L'ÉPIDÉMIE

En se référant aux résultats des dernières études réalisées soit en population générale, soit auprès des populations clés, il ressort que l'épidémie du sida demeure une préoccupation de 1^{er} plan au Cameroun. La situation de l'infection à VIH varie d'une sous population à une autre comme l'illustrent les statistiques ci-après présentées.

L'infection à VIH dans la population générale : La dernière Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS), réalisée en 2011, révèle que la prévalence du VIH dans la population générale (15-49 ans) est de 4,3%. Cet indicateur passe du simple (2,9%) chez les hommes à près du double chez les femmes (5,6%). Dans la sous population des jeunes de 15-24 ans la prévalence du VIH est estimée à de 1,7%. Dans ce groupe, il y a relativement plus de jeunes femmes infectées par le VIH (2,7%) que de jeunes hommes (0,5%). En outre, la figure 1 ci-contre montre que la prévalence du VIH n'est pas identique dans toutes les régions.

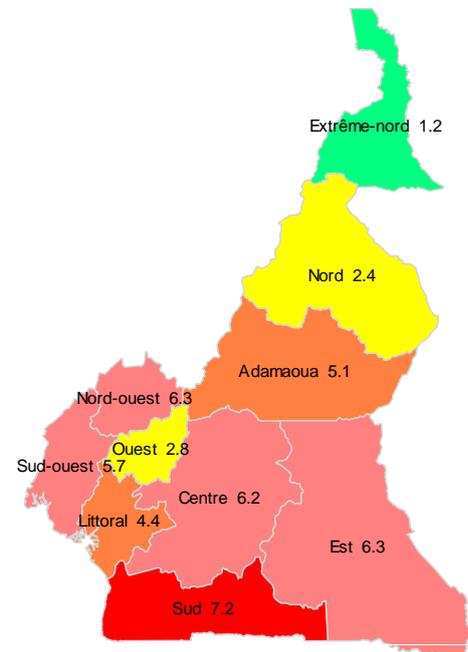


Figure 1: Prévalence du VIH dans les régions du Cameroun

L'infection à VIH chez les femmes enceintes : Le rapport de l'Etude de faisabilité d'un système de surveillance sentinelle du VIH basé sur les données PTME au Cameroun, réalisé en 2012, révèle que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est de 7,8%. Cette estimation est quasiment identique à celle obtenue en 2009, soit 7,6%. La figure 2 ci-contre montre que la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes n'est pas la même dans les 10 régions du pays. L'on note quelques similitudes avec la répartition spatiale de l'infection à VIH dans la population générale.

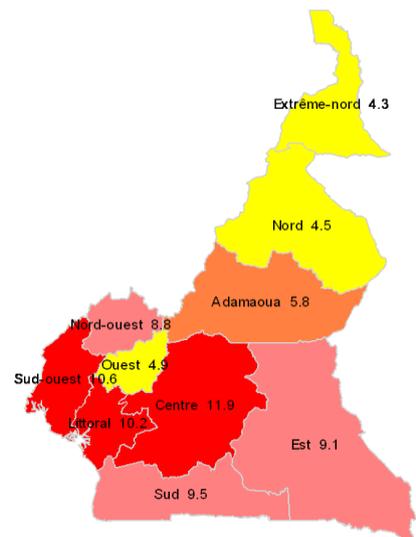


Figure 2: Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les régions du Cameroun

L'infection à VIH dans les populations clés : Une étude réalisée auprès des Travailleuses de Sexe (TS) en 2009, estime à 36% la prévalence du VIH dans cette population. En 2011, une étude intégrée de surveillance comportementale et biologique chez les Hommes ayant les relations sexuelles avec les Hommes (HSH) réalisée à Yaoundé et Douala indique que la prévalence du VIH dans cette sous population est respectivement de 44,3% et 24,2%. Cet indicateur est de 28,8% chez les HSH de moins de 25 ans et de 47,8% chez les plus de 25 ans. En outre, la prévalence du VIH est de 16,3% chez les camionneurs. Par ailleurs, selon trois études transversales réalisées auprès des forces armées du Cameroun en 2002, 2005 et 2011, l'estimation de la prévalence y est respectivement de 9,8%, 11,3% et

6%. Les statistiques suscitées montrent globalement une tendance à la baisse de l'infection à VIH dans la population des forces armées.

Les nouveaux cas d'infection à VIH : D'après une étude réalisée en 2013 sur les modes de transmission du VIH (MoT), la répartition de ces cas selon les groupes à risque montre que 45,3% des nouvelles infections sont enregistrées dans les couples hétérosexuels stables ; ensuite viennent les clients des professionnelles de sexe (35,9%).

Tableau 1 : Nouveaux cas de VIH selon les estimations du modèle MoT

Comportement adulte à risque	Incidence	%
Consomm. drogues inj. (CDI)	248	0,86
Partenaires CDI	19	0,07
Professionnel(le)s du sexe	354	1,23
Clientèle prof. sexe	10 295	35,86
Partenaires de la clientèle	294	1,02
HSH	229	0,80
Partenaires F HSH	19	0,07
Sexe hétérosexuel Occ.	2 344	8,16
Partenaires sex. hét. occ	1 848	6,44
Sexe hétéro à faible risque	12 999	45,28
Pas de risque	0	0,00
Injections médicales	62	0,22
Transfusions sanguines	0	0,00
TOTAL	28711	100,00

Source : CNLS, Rapport MoT 2013

Connaissance du statut sérologique : Pour inverser les tendances de l'épidémie du VIH, il est important que chaque individu sexuellement actif connaisse son statut sérologique. Selon les données de l'EDS-MICS de 2011, 6 hommes de 15-49 ans sur 10 (59,9%) ne connaissent pas leur statut sérologique au VIH¹ contre près de 5 femmes sur 10 (49,2%). La figure 3 ci-contre met en évidence des disparités régionales.

Par ailleurs, la figure 4 ci-dessous montre que cet indicateur varie d'un groupe d'âge à un autre et que les hommes sont relativement plus nombreux à ignorer leur statut sérologique que les femmes.

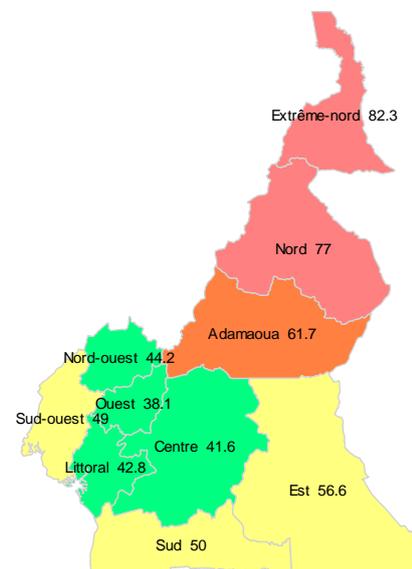


Figure 3: Statut sérologique dans les régions du Cameroun

¹ Il s'agit des personnes n'ayant jamais fait un test de dépistage du VIH ou qui ont fait un test sans retirer les résultats.

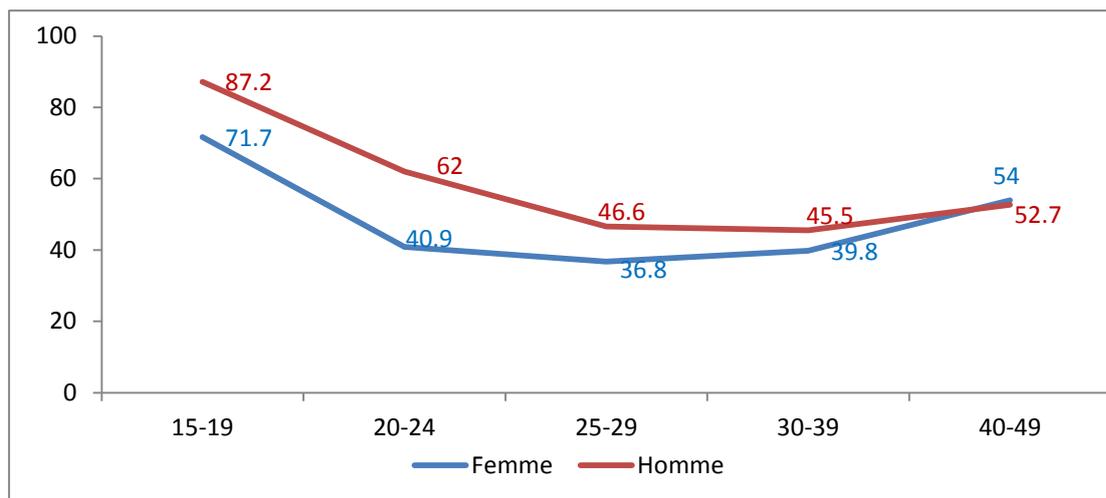


Figure 4: Connaissance du statut sérologique selon l'âge et le sexe.

Stigmatisation et discrimination : Selon l'étude sur l'index de la stigmatisation et la discrimination réalisée au Cameroun en 2011 auprès des PVVIH, moins d'un cinquième des PVVIH ont entendu parler de la déclaration des droits sur le VIH/SIDA ou d'une loi/politique camerounaise qui protège les droits des personnes vivant avec le VIH. Par ailleurs, pour ce qui est de la stigmatisation et la discrimination proprement dite, il ressort de l'étude suscitée les résultats ci-dessous.

- ▲ 13% des PVVIH ont perdu leur emploi du fait de la discrimination exercée par leur employeur ou collègues de travail ;
- ▲ 5% des PVVIH, se sont vus refuser des services de santé sexuelle et reproductive du fait de leur statut sérologique ;
- ▲ 18% des PVVIH ont été victimes d'une violation d'au moins un de leurs droits.

III. RIPOSTE NATIONALE AU SIDA

Pour stopper l'avancée de l'épidémie du VIH, inverser les tendances et réduire l'impact négatif du Sida sur la population générale, le Cameroun mène un ensemble d'activités ayant pour gouvernail, actuellement, le plan stratégique national de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015.

Les faits marquants de la riposte nationale au courant de l'année 2013 sont illustrées ci-dessous.

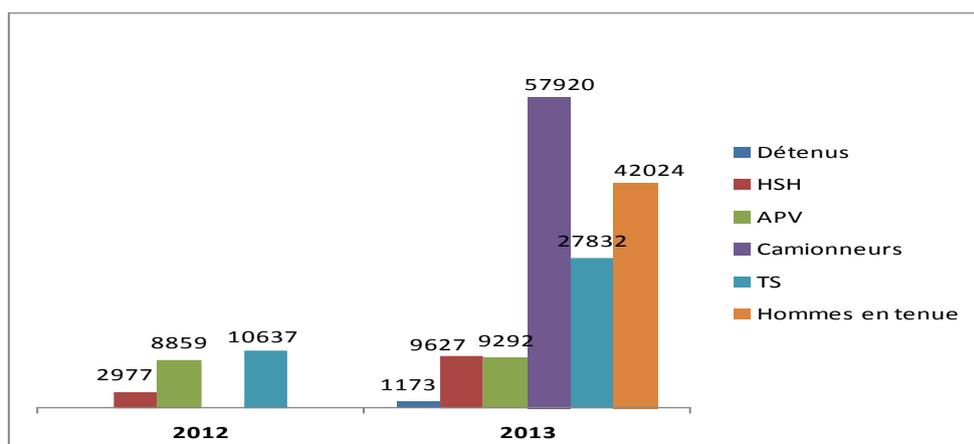
III.1 PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH ET DES IST

Dans un contexte marqué par une proportion importante de personnes qui ne connaissent par leur statut sérologique comme l'indique les statistiques (60% d'hommes et 49% des femmes), il y a lieu d'intensifier les activités de prévention. Les réalisations phares dans ce maillon de la lutte contre le VIH et le Sida sont présentées dans cette sous partie.

Communication et éducation pour le changement de comportement : Dans ce registre, un total de 9321 enseignants (4956 hommes et 4365 femmes) des établissements scolaires et encadreurs pédagogiques de proximité ont reçu une formation et dispensent des cours sur l'éducation sexuelle et le VIH basée sur les compétences à la vie courante. Ces cours ont été dispensés dans 560 établissements d'enseignements primaire et secondairerépartis dans les dix (10) régions du pays et représentant 3,5% du total d'établissements.

L'on note par ailleurs une amélioration de la couverture des activités de communication et d'éducation pour le changement de comportement visant les MARPs comme l'illustre la figure 5 ci-dessous.

Figure 5: Nombre de MARPs touchés par les messages de prévention



Source : GTC/CNLS, Rapport Annuel 2013

Toujours dans le cadre des activités visant les MARPs, les résultats ci-dessous énumérés ont été obtenus en 2013 :

- Mise en place d'un comité de gestion de risque et recrutement de deux conseillers juridiques devant intervenir auprès des institutions de police ou des instances judiciaires chaque fois qu'un acteur de mise en œuvre est interpellé dans le cadre de l'exécution des activités en direction des MARPs ;
- Des plaidoyers en direction des autorités sanitaires, administratives, forces de l'ordre et personnel judiciaire sur le droit à la santé des populations clés ont été menés;
- La cartographie des structures sanitaires pouvant accueillir et offrir les services de prévention aux HSH a été réalisée en 2012. Au total 25 formations sanitaires (publiques, privées, privées confessionnelles, parapubliques) mènent des activités au bénéfice des MARPs;
- Des sessions de plaidoyer pour la mise en place d'un canal d'approvisionnement durable en préservatifs et gels lubrifiants pour les MSM ont été réalisées ;
- 130 pairs éducateurs MSM et TS ont été formés au développement des activités de prévention du VIH, à la protection des droits de l'homme et 10 malles pédagogiques de sensibilisation ont été distribuées ;
- 20 OSC, y compris les Associations de MSM formées sur le développement des initiatives ciblant les MSM et particulièrement les activités sur les droits humains associés au VIH et 06 autres formées en gestion administrative et financière ;
- 10 000 brochures pédagogiques spécifiques à la communauté MSM ont été produites et distribuées au cours des causeries éducatives ;
- La cartographie des sites TS et MSM a été réalisée dans l'une des métropoles du Cameroun (Douala) ;
- 500 MSM sensibilisés ont bénéficié de matériel de prévention (kits de préservatifs et de gels lubrifiants) ;
- Mise en place du projet « Municipalités, VIH et Diversités sexuelles » dans la ville de Douala afin de favoriser l'implication des Communes dans le renforcement de l'accès à la prévention au VIH, au soin et au soutien des populations clés (MSM/SW/TGP) et ciblant 03 municipalités (Douala 1er , Douala 2ème et Douala 3ème) et la Communauté Urbaine de Douala.

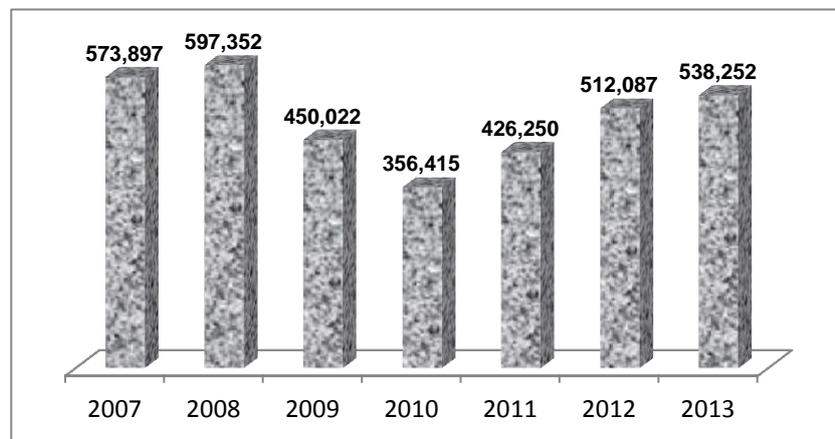
▲ En ce qui concerne les jeunes et les adolescents, les efforts conjugués des différents intervenants ont permis les réalisations ci-après en 2013 :

- 60 SPE et 20 encadreurs ont bénéficié d'un renforcement des capacités en SRA et 288 encadreurs de jeunes et travailleurs sociaux ont été formés pour développer des activités de protection des enfants et des adolescents/jeunes en milieu scolaire et extrascolaire ;
- 172 encadreurs de jeunes issus de 35 structures de formation de jeunes (établissements scolaires, Centres de réfugiés, Centres de promotion de la

- jeunesse et associations) ont été formés en SRA, aux techniques de communication interpersonnelle et à la formation des pairs éducateurs;
- 40 jeunes leaders des 10 régions ont été formés à l'utilisation des TIC pour la prévention du VIH en milieu jeune avec la charge de former à leur tour des jeunes dans leurs communautés respectives ;
 - Plus d'un million de jeunes ont été sensibilisés à travers les dépliants, affiches, banderoles, articles, émissions radio et télé ;
 - 2573 adolescents/jeunes ont effectué un test de dépistage du VIH ;
 - 1830 causeries éducatives ont été menées et ont permis de toucher 6002 jeunes (3614 filles, 2388 garçons).

Dépistage du VIH dans la population générale : Selon les données rapportées par les Unités Mobiles (UM) et les formations sanitaires, 538 252 personnes ont fait le test de dépistage du VIH dans le cadre des CDV en 2013 et ont retiré les résultats. L'on note une augmentation de 5,1% par rapport à l'année 2012. Il faut cependant relever que la cible prévue par le plan stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015, soit 1 226 212 personnes à dépister en 2013, n'est réalisée qu'à 42%. Ce taux de réalisation de la cible prévue est dans le même sillage que celui de 2012 qui était de 41%.

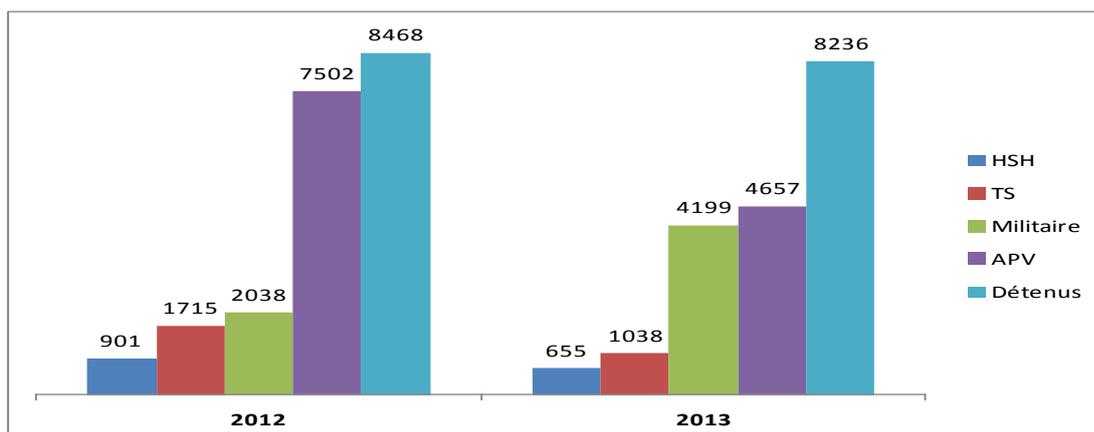
Figure 6: Evolution du dépistage volontaire du VIH de 2007 à 2013



Source : GTC/CNLS, Rapport Annuel 2013

Dépistage du VIH chez les MARPs : Sur la base des données rapportées en 2013, l'on note une baisse du nombre de personnes dépistées dans la population des MARPs par rapport à l'année 2012, à l'exception de la sous-population des militaires.

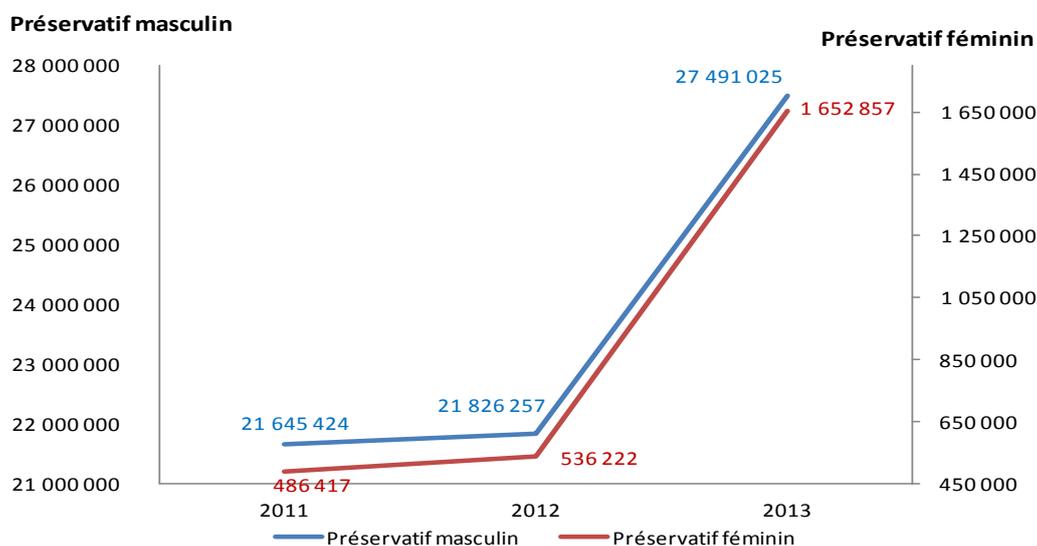
Figure 7: Nombre de MARPs ayant fait un test de dépistage du VIH en 2012 et 2013



Source : GTC/CNLS, Rapport Annuel 2013

Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité aux préservatifs : Au total 29 143 882 préservatifs (27 491 025 masculins et 1 652 857 féminins) ont été distribués en 2013 au Cameroun selon les données rapportées. Quelque soit le type de préservatif, l'on constate une progression remarquable de la quantité distribuée; toutefois plus prononcée pour le préservatif féminin. L'augmentation du nombre de préservatifs féminins distribués s'explique en partie par l'extension du réseau de distribution de l'ACMS. En effet, 679 points de vente ont été créés et 3129 points de vente redynamisés en 2013.

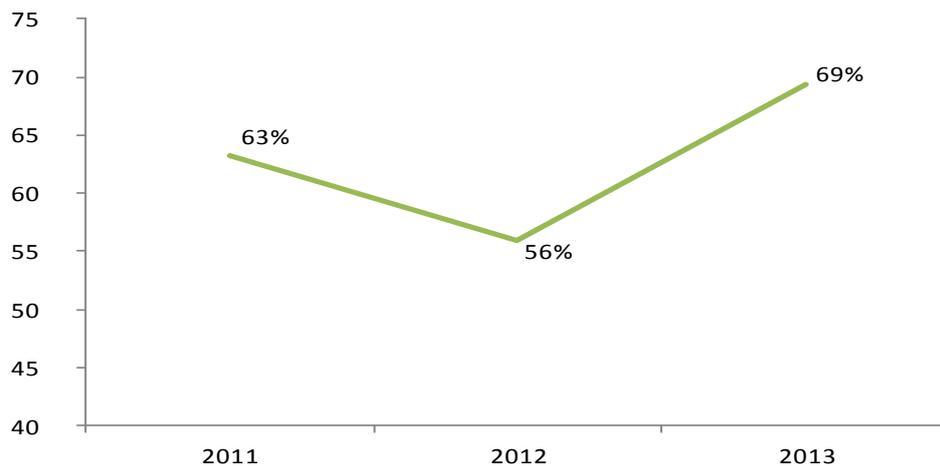
Figure 8: Evolution de la distribution des préservatifs au Cameroun entre 2011 et 2013



Source : GTC/CNLS, Rapport Annuel 2013

Malgré ce bond observé dans la distribution du préservatif en 2013, les réalisations restent en deçà des cibles du PSN 2011-2015 comme le montre la figure 9.

Figure 9: Taux de réalisation des cibles (distribution du préservatif) du PSN 2011-2015



Source : GTC/CNLS, Rapport Annuel 2013

Assurance-qualité des préservatifs : Au courant de l'année 2013, en collaboration avec l'ANOR, le CNLS a mis en place un sous-comité chargé de l'élaboration des normes de qualité pour les préservatifs masculin et féminin. Aussi, faut-il souligner qu'une étude portant sur l'évaluation du système logistique pour la sécurisation des contraceptifs au Cameroun est en cours de réalisation.

Sécurité transfusionnelle : La création du Programme National de Transfusion Sanguine en 2013 est une avancée importante. 100% des poches de sang transfusées étaient sécurisées (test du VIH, Hépatite B et C ...) dans les 15 principales banques de sang du Cameroun

Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH : La prise en compte de la PTME comme domaine prioritaire du PSN 2011-2015 traduit la volonté du Gouvernement de contribuer à l'atteinte des OMD 4, 5 et 6. Cet engagement national qui s'appuie sur le document stratégique de la CARMMA, ambitionne l'élimination de la TME à l'horizon 2015. Dans cette optique, un plan a été élaboré sur la base de l'analyse approfondie des différents goulots d'étranglements de la PTME dans les dix Régions du Cameroun. Le plan d'e-TME 2011-2015 vise à réduire d'au moins 90% d'ici 2015 les nouvelles infections pédiatriques, réduire d'au moins 50% d'ici 2015 les décès maternels liés au Sida.

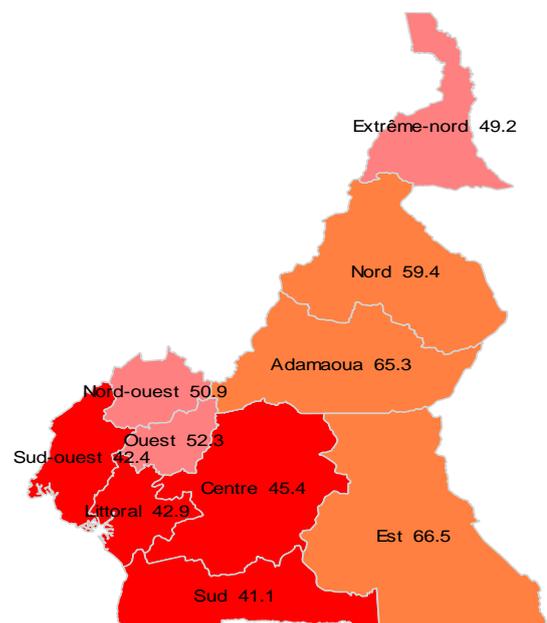


Figure 10 : Taux de fréquentation de la CPN des régions du Cameroun

Les données collectées au cours de l'année 2013 montrent que beaucoup d'efforts restent à fournir pour réaliser les objectifs susmentionnés. En effet, la cascade de la PTME montre des gaps à combler. De manière précise, l'on note que seule la moitié

des femmes attendues en CPN ont été effectivement vues. La situation est toutefois meilleure qu'en 2012 où 41,9% des femmes attendues en CPN avaient été vues. La figure 10 ci-dessus met en exergue le taux de fréquentation de la CPN de chaque région en 2013.

En outre, lorsqu'on observe le nombre de femmes enceintes dépistées en CPN ou en salle d'accouchement, il apparaît clairement que plus de 20% des femmes enceintes vues ne sont pas testées en CPN. En termes relatifs, cette situation est similaire à celle de 2012 où 426 875 femmes avaient été reçues en CPN et 342 387 femmes enceintes ont fait le test en CPN ou en salle de travail.

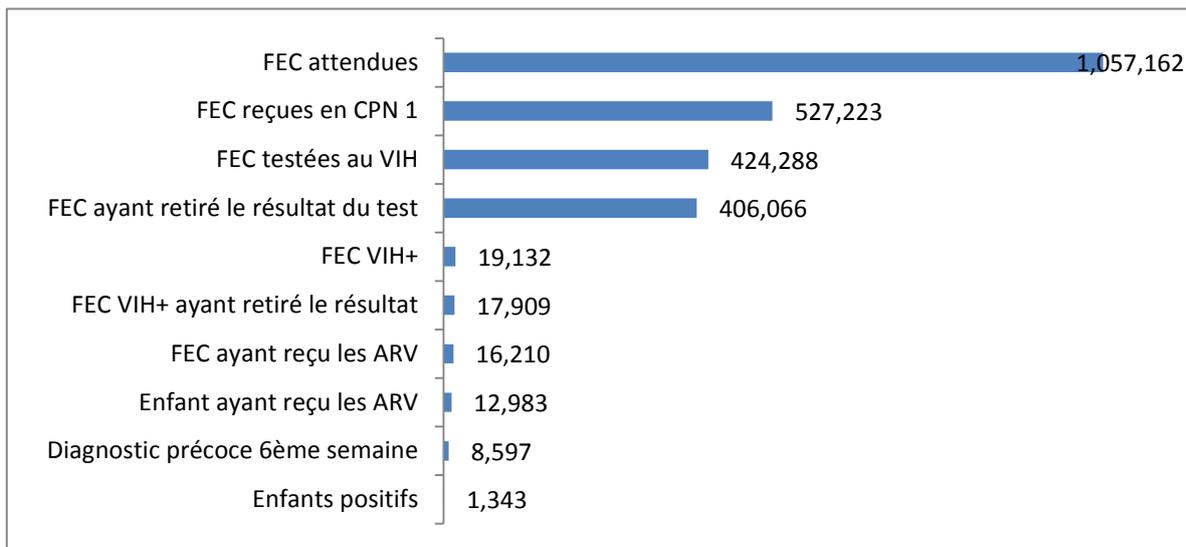


Figure 11: Cascade PTME 2013

Pour ce qui est du retrait des résultats du test de dépistage du VIH, le taux est de 95,7% de manière globale chez les femmes enceintes testées et 90,5% dans la sous population des femmes enceintes VIH+. Il ressort également que la couverture populationnelle en ARV chez les femmes enceintes VIH+ pour éviter la TME du VIH reste faible 57% bien que la couverture programmatique soit de 84,7%. L'on note enfin que le taux de positivité à la PCR chez les enfants testés à la 6^{ème} semaine est de 15,6%, soit près du double (8,4%) de celui de 2012.

III.2 ACCES AU SOINS ET AU TRAITEMENT

La volonté du Gouvernement à décentraliser la prise en charge médicale des PVVIH se matérialise par l'extension progressive des sites de prise en charge comme l'illustre la figure 12. Par rapport à l'année 2012, trois (03) nouvelles unités de prise en charge ont été fonctionnelles.

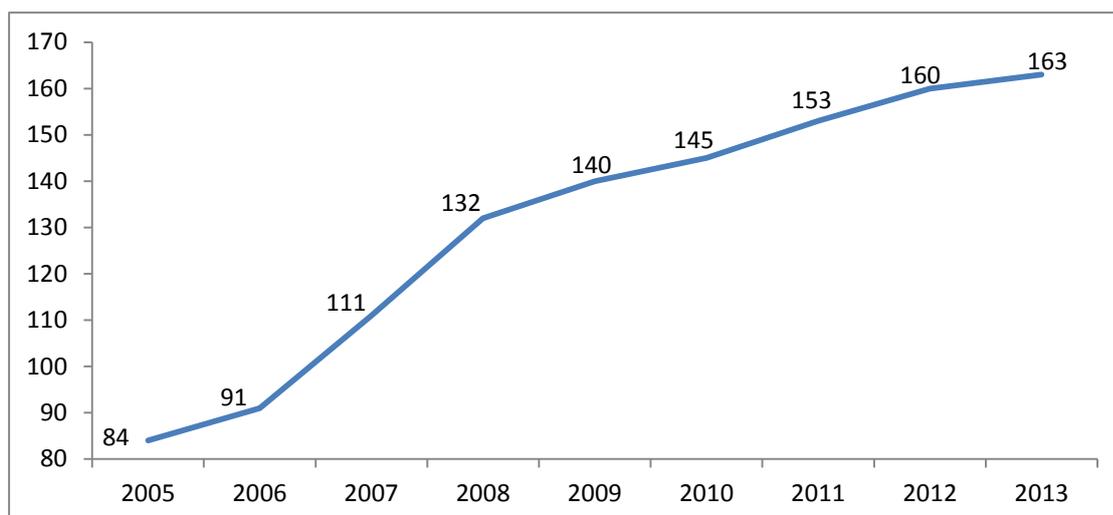


Figure 12 : Evolution du nombre de CTA/UPEC

L'on note cependant que malgré l'évolution observée d'année en année du nombre de sites de prise en charge des PVVIH, les cibles du plan stratégique national de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015 ne sont pas atteintes. En 2012, 64% des formations sanitaires éligibles (250) assuraient la prise en charge médicale des PVVIH contre 75% attendues. En 2013, ces deux proportions sont respectivement dans le même ordre que précédemment 65% et 80%.

Par ailleurs, la couverture en CTA et UPEC par l'approche District demeure faible. En effet, seulement 60,8% des DS disposent d'au moins une structure de prise en charge médicale des PVVIH fonctionnelle. Cette couverture nationale cache par ailleurs de fortes disparités entre régions. En effet, les régions de l'Extrême-nord, du Nord et de l'Ouest ont les plus faibles taux de couverture soit respectivement 39,3%, 45% et 46,6%.

Tableau 2 : Répartition des structures de prise en charge médicale des PVVIH par région

Région	Nbre de CTA/UPEC fonctionnel	Nombre de Districts de Santé	Nombre de district avec CTA	Nombre de district sans CTA/UPEC	Couverture (en %)
Adamaoua	8	8	6	2	75,0
Centre	39	30	22	8	73,3
Est	10	14	9	5	64,3
Extrême Nord	12	28	11	17	39,3
Littoral	26	19	11	8	57,9
Nord	9	15	7	8	46,7
Nord Ouest	18	19	11	8	57,9
Ouest	14	20	9	11	45,0
Sud	11	10	9	1	90,0
Sud Ouest	16	18	15	3	83,3
Cameroun	163	181	110	71	60,8

Source : GTC/CNLS, Rapport Annuel 2013

L'on note par ailleurs que le Cameroun a choisi depuis 2012 l'option B + visant un passage progressif à l'offre de service de PEC disponible dans toutes les formations sanitaires. Dans ce processus, les réalisations à inscrire au crédit de l'année 2013 sont indiquées ci-dessous.

- L'évaluation des besoins financiers pour la mise en œuvre de l'option B+ a été effectuée ;
- L'option B+ est mise en œuvre de manière effective dans 20 formations sanitaires de 2 districts de santé ;
- Le guide national de « délégation de tâches » en matière de PTME, conseils et dépistage du VIH, traitement et soins aux patients infectés a été validé;
- Les plaidoyers ont été menés auprès des partenaires internationaux pour l'amélioration de l'approvisionnement en ARV;
- Le document de normes et procédures et le guide national de PEC pédiatrique ont été élaborés.

En termes de prise en charge effective, la file active des personnes vivant avec le VIH sous traitement ARV s'est accrue de 6,5% entre 2012 et 2013, portant à 131531 le nombre de personnes sous ARV au Cameroun en décembre 2013. Ce nombre correspond à un taux de couverture de 26%, qui demeure largement en deçà de la cible du plan stratégique national (70%). Il faut noter que l'activité de dispensation des ARV n'a pas été épargnée au courant de l'année 2013 par des ruptures de stocks d'ARV. Pour juguler ce problème d'indisponibilité des ARV en temps voulu, dix (10) cellules régionales de coordination et d'approvisionnements ont été mises en place. Dans le même ordre d'idée, une sensibilisation des responsables des directions techniques du Ministère de la Santé Publique, des partenaires au développement et des journalistes de 15 médias nationaux sur les aspects techniques, l'impact et les défis de la mise en œuvre des nouvelles lignes directrices de l'OMS sur l'utilisation stratégique des antirétroviraux (ARV) a été réalisée.

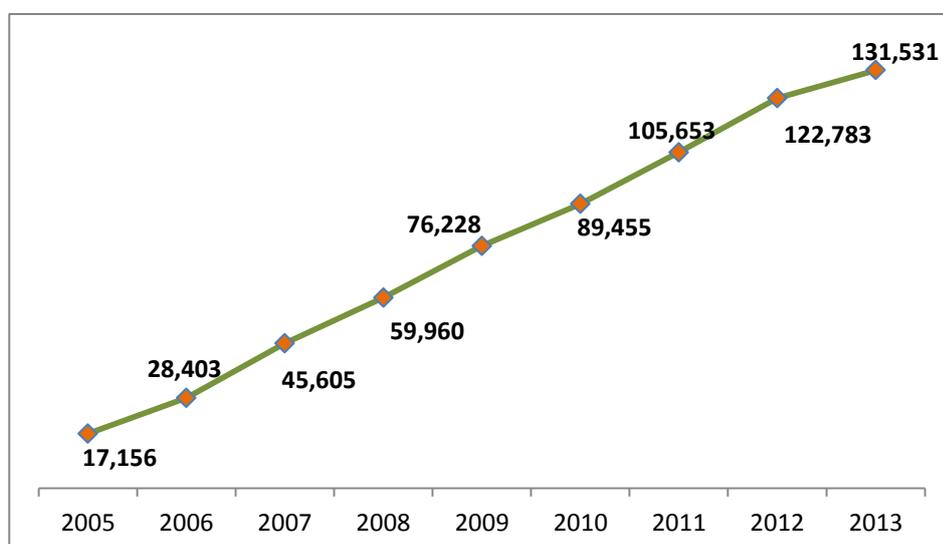


Figure 13 : Evolution de la file active des PVVIH au Cameroun de 2005 à 2013

L'analyse de la file active selon le sexe révèle que plus de 65% des personnes sous ARV, en 2013, étaient des femmes. Les enfants représentaient moins de 5% des personnes sous traitement. Le tableau ci-dessous présente la répartition de la file active par région.

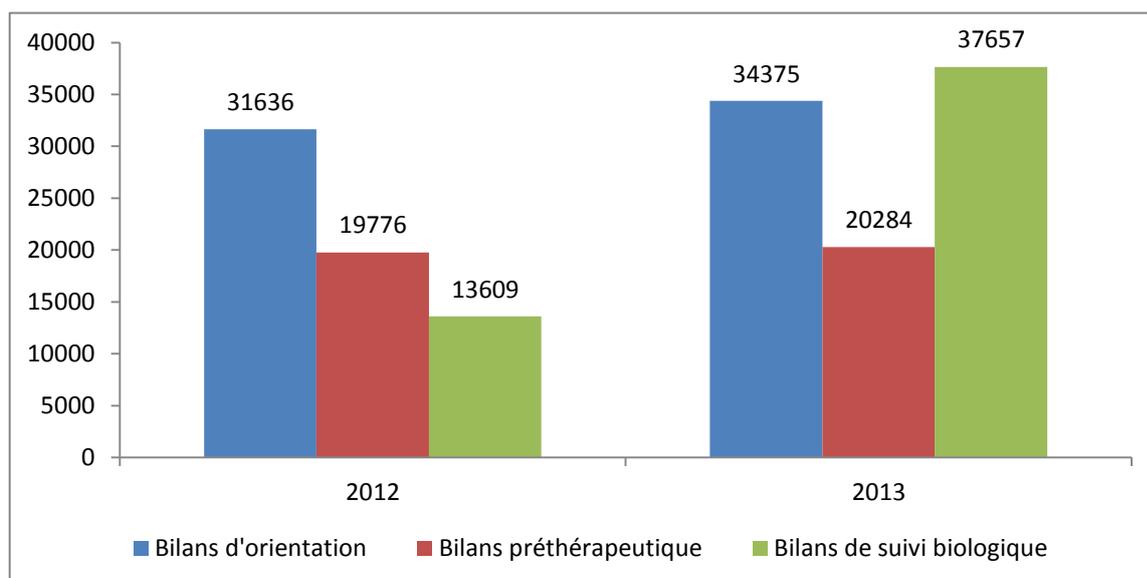
Tableau 3 : Repartition de la file active par grand groupe d'âge et par sexe

	Groupe d'âge		sexe		Total
	Enfants (<15ans)	Adultes (> 15 ans)	H	F	
Adamaoua	123	3 723	1 389	2 457	3 846
Centre	1 636	32 455	10 584	23 507	34 091
Est	182	5 129	1 639	3 672	5 311
Extrême nord	237	5 823	2 333	3 727	6 060
Littoral	1 005	25 802	8 289	18 518	26 807
Nord	120	4 893	1 713	3 300	5 013
Nord ouest	1 234	18 860	5 995	14 099	20 094
Ouest	472	11 555	3 323	8 704	12 027
Sud	105	4 250	1 313	3 042	4 355
Sud Ouest	454	13 473	4 353	9 574	13 927
TOTAL GENERAL	5 568	125 963	40 931	90 600	131 531

Source : GTC/CNLS, Rapport Annuel 2013

En marge de la prise en charge médicale par les ARV, les personnes vivants avec le VIH doivent réaliser à périodicité déterminée des bilans d'orientation, des bilans pré-thérapeutiques et des bilans biologiques de suivi. Au cours de l'année 2013, l'irrégularité observée dans la disponibilité des intrants et la défection des appareils ont fortement handicapé l'accès à ces bilans. L'on constate néanmoins, selon des données de la figure 14, une augmentation du nombre de bilans réalisés, quelque soit le type de bilan, entre 2012 et 2013. La plus grande augmentation s'observe pour les bilans biologiques de suivi.

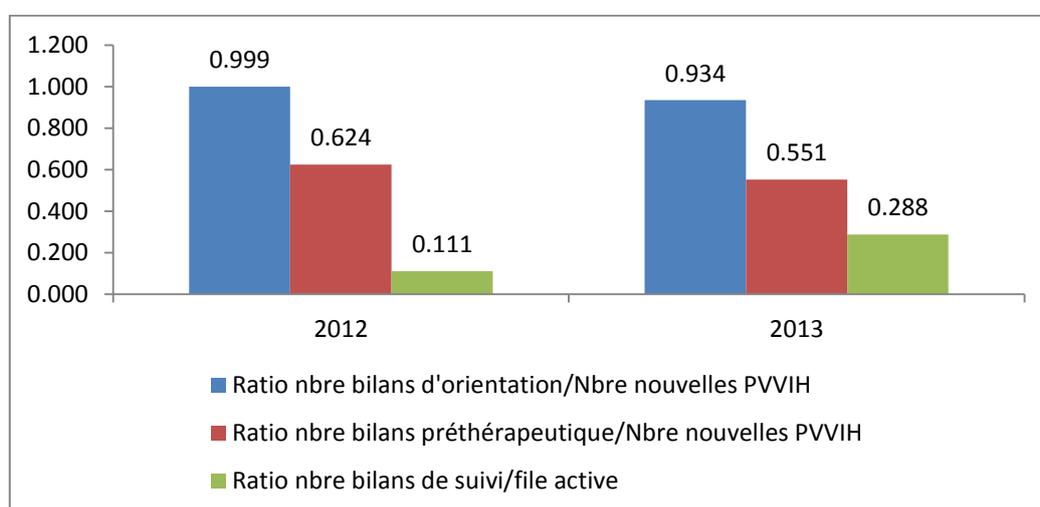
Figure 14: Bilans réalisés par les PVVIH en 2012 et en 2013



Source : GTC/CNLS, Rapport Annuel 2013

En faisant une analyse en termes relatif, il ressort que la couverture des bilans d'orientation est meilleure que celle des deux autres bilans (figure 15). La plus faible couverture est enregistrée pour le bilan de suivi biologique. Toutefois, entre 2012 et 2013 la seule amélioration en terme de couverture concerne le bilan de suivi biologique.

Figure 15: Evolution des ratios de couverture des bilans



Source : GTC/CNLS, Rapport Annuel 2013

Dans l'optique d'améliorer la prise en charge des PVVIH, des conventions ont été signées avec le Centre Pasteur du Cameroun (Yaoundé et Garoua), le Centre Hospitalier d'ESSOS, le Centre International de Référence Chantal Biya de Yaoundé et l'Hôpital Laquintinie de Douala pour baisser le coût du test de mesure de la charge virale de 16 000 FCFA à 10 000 FCFA. De même, un circuit de collecte des échantillons dans la partie septentrionale du Cameroun (Extrême Nord, Nord et

Adamaoua) a été organisé pour la réalisation du test de mesure de la charge virale au Centre Pasteur annexe de Garoua.

III.3 ATTENUATION DE L'IMPACT

L'effet escompté par la mise en œuvre de la stratégie de renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées par le VIH, est l'atténuation de l'impact psychologique, social et économique du VIH sur ces derniers.

Soutien psychologique, social et économique aux PVVIH : Le soutien psychologique, social et économique aux PVVIH commence dans les CTA et UPEC et se fait tout au long de la chaîne de PEC. Selon le cas, les PVVIH bénéficient de l'accompagnement du psychologue, du conseiller psychosocial, de l'assistant social ou de l'ARC. En communauté, les groupes de soutien et les associations des PVVIH jouent également un rôle important dans le soutien psychologique et social aux personnes infectées.

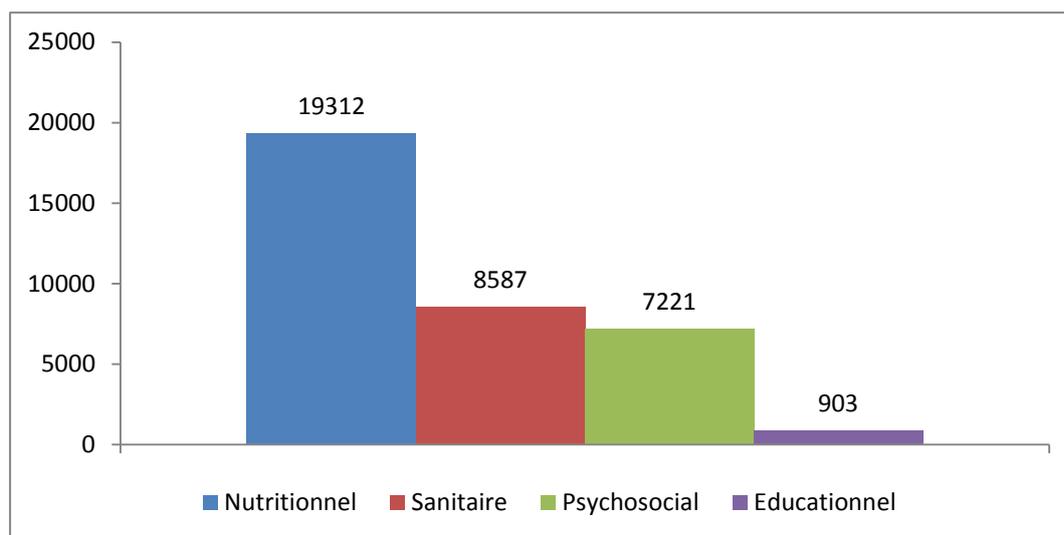
Soutien aux OEV (soutien sanitaire, scolaire, nutritionnel, psychosocial et protection juridique) : Les activités de soutien aux OEV se sont poursuivies en 2013. Pour ce qui est de l'amélioration de l'environnement global de PEC et du soutien aux orphelins, un atelier de renforcement des capacités des acteurs de la PEC des OEV au niveau central et déconcentré sur l'approche « programmation VIH centrée sur la famille » a été organisé ; le but de cet atelier étant de doter les gestionnaires des programmes, des connaissances, des compétences et des aptitudes afin de faciliter l'intégration de cette approche dans le processus de planification à tous les niveaux. Au total 30 responsables ont bénéficié de cette formation.

Dans le processus devant conduire à la PEC des OEV les réalisations de 2013 sont présentées ci-dessous:

- ▲ Contractualisation de 25 OSC partenaires du projet pour appuyer le processus d'identification des OEV ;
- ▲ Recrutement de 82 Travailleurs sociaux contractants pour la mise en œuvre du projet dans la communauté ;
- ▲ Mise en place effective de la base des données des OEV ;
- ▲ Révision, production et distribution des documents de base pour le soutien aux OEV (manuel d'exécution, manuel de suivi et manuel du Travailleur social).

S'agissant de la PEC proprement dite, en 2013, au total 19 583 OEV ont bénéficié d'au moins un soutien (psychosocial, nutritionnel, sanitaire ou éducationnel). Ils étaient 13 714 en 2012, soit une augmentation de 43%. En termes absolus, le soutien nutritionnel a été le plus octroyé en 2013 comme le montre la figure 16 ci-dessous. La faible représentativité du soutien éducationnel est liée au fait que le début des activités de soutien a été postérieur à la rentrée scolaire.

Figure 16: Répartition des types de soutien reçus par les OEV en 2013



Source : GTC/CNLS, Rapport Annuel 2013

La figure 17 ci-contre, présente la répartition par région des OEV² ayant reçu au moins un soutien en 2013. Le plus grand nombre de soutien est enregistré dans la Région du Centre. Il faut noter que les régions où aucune donnée n'est précisée ainsi que la Région de l'Extrême-Nord sont des zones non couvertes par les interventions du projet OEV.

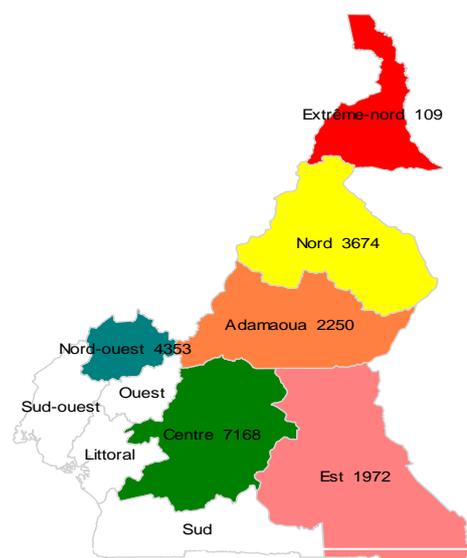


Figure 17 : Répartition des OEV ayant bénéficié d'un soutien par région

Protection juridique des PVVIH et personnes affectées :

Le problème de stigmatisation, discrimination et d'auto stigmatisation des personnes infectées par le VIH demeure une préoccupation majeure pour le programme de lutte contre le VIH.

²Il y a 57 enfants qui n'ont pas été classés car leur région d'appartenance n'a pas été précisée

Dans ce sens, un groupe de travail sur la Stigmatisation et la Discrimination du VIH constitué du GTC/CNLS, des partenaires techniques et financier tel que le BIT et la société civile a été mis en place au CNLS. Ce groupe de travail a pour rôle de proposer et de coordonner les interventions visant à promouvoir les droits associés au VIH et sida au Cameroun.

Les activités suivantes ont été réalisées en 2013.

- ▲ Elaboration du plan d'action pour la réduction de la stigmatisation et la discrimination des PVVIH ;
- ▲ Dissémination des résultats de l'étude sur l'index de stigma dans le cadre des ateliers ;
- ▲ 400 dépliants sur la "Lutte contre la stigmatisation et la discrimination" produits et disséminés lors de la semaine nationale de lutte contre le VIH 2012 ;
- ▲ 450 affiches de la campagne "ZERO AT WORK" du BIT, produites et disséminées sur les lieux de travail et lors des sessions de formation des points focaux de lutte contre le VIH et le Sida ;
- ▲ 9 campagnes de sensibilisation sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, la promotion des droits humains associés au VIH organisées à Douala et à Yaoundé ont permis de toucher 9 entreprises et 744 personnels de ces institutions ;
- ▲ Appui à l'élaboration d'un recueil de lois et de bonnes pratiques (en Français et Anglais) à l'intention des Magistrats et autres personnels de la justice ;
- ▲ Services juridiques liés au VIH intégrés dans les activités de 4 cliniques juridiques tenues par l'Association des Femmes juristes du Cameroun et dans les activités de l'Unité de Protection de la Commission Nationale des droits de l'Homme et des Libertés ;
- ▲ Ateliers de Plaidoyer envers 18 Points focaux des Départements Ministériels , 18 Inspecteurs de Travail et 18 Juges sur le renforcement des questions des droits des PVVIH, la stigmatisation et l'accompagnement juridique des PVVIH victimes des violations de leurs droits sur le lieu de travail ;
- ▲ Renforcement des compétences des acteurs clés afin de créer un environnement favorable à la demande et l'offre des services de protection des droits par les PVVIH :
 - 56 personnes représentant les OSC et les structures de soins disposent des compétences sur les droits humains associés au VIH ;
 - 28 représentants des organisations des employeurs, 12 confédérations syndicales nationales, 02 organisations de la société civile et 03 Collectivités locales décentralisées, formés sur la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la promotion des droits associés au VIH et sida en milieu de travail ;
 - 111 PVVIH et 227 représentants des 12 Confédérations syndicales Nationales sensibilisées sur la stigmatisation et la discrimination, et la

promotion des droits associés au VIH et au sida dans le cadre des 02 fora organisés en marge de la journée mondiale contre le sida 2013 ;

- 01 Toolkit intitulé «Droits et Devoirs des PVVIH au Cameroun : ce qu'il faut savoir » et 01 affiche intitulée «Lutter contre la stigmatisation et la discrimination : une AFFAIRE de TOUS et de CHACUN » élaborés.
- ▲ le document de politique nationale de lutte contre le sida dans le milieu du travail en vue d'améliorer la protection des droits et l'accès aux soins des PVVIH a été validé.

III.4 APPROPRIATION DE LA LUTTE PAR L'ENSEMBLE DES ACTEURS

Au cours de l'année 2013, les efforts visant une implication accrue des acteurs de la société civile et du secteur privé ont été poursuivis

La société civile occupe une place stratégique et importante au sein de l'instance de Coordination Nationale (ICN) des programmes financés par le Fonds Mondial. Elle est représentée dans le Comité nationale de lutte contre le Sida (CNLS) et dans tous les groupes techniques de réflexion (Suivi & évaluation, e-TME, TARV, etc...). Par ses actions, la Société Civile a réussi à susciter le débat sur certaines thématiques notamment la question de la déclaration d'Abuja, la situation des HSH, les politiques face à la problématique de la santé et le financement des ARV .

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

L'implication des entreprises privées dans la lutte contre le sida s'est accrue avec une adhésion d'un nombre croissant d'entreprises privées au CCA-sida en 2013. Les activités de sensibilisation et de dépistage du VIH se sont poursuivies par plusieurs entreprises privées notamment les entreprises opérant dans les zones d'exploitation forestière, le long du pipeline Tchad Cameroun (EXXON ...), les compagnies d'exploitations pétrolières (TOTAL, MOBIL, ..), de téléphonie mobile (Orange, MTN, CAMTEL), agricoles et autres (CDC, SOSUCAM, ALUCAM, etc..).

Par ailleurs, il a été réalisé en 2013, le recyclage des points focaux des entreprises sur l'intégration du VIH dans les business plan des entreprises. Au total 100 Points focaux ont été formés sur le plan de développement de l'entreprise y compris la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, le suivi et le reporting.

Outre les secteurs traditionnellement impliqués dans la lutte contre le VIH/sida (Santé, Education, femmes, communication), l'année 2013 a été marquée par la poursuite et l'intensification des actions de lutte contre le VIH/Sida dans les ministères tels que le tourisme, l'agriculture, la fonction publique, le sport, l'environnement, la planification et les poste et télécommunication .

Les comités sectoriels de lutte contre le sida ont été mis en place ou réactivés, des plans opérationnels sectoriels ont été élaborés et mis en œuvre. Ainsi, les causeries éducatives et plusieurs campagnes de sensibilisation ont permis de toucher plusieurs personnels des secteurs dans les 10 régions du pays.

IV. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

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

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

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

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

Ces actions contribuent :

- ▲ à la production et la dissémination de l'information stratégique ;
- ▲ à la mobilisation des ressources ;
- ▲ au développement des politiques et renforcement des capacités techniques des prestataires ;
- ▲ au renforcement du partenariat national avec la société civile et le secteur privé ;

- ▲ à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- ▲ à l'adoption des comportements à moindre risque y compris la connaissance du statut sérologique ;
- ▲ à la décentralisation et le passage à l'échelle des interventions ;
- ▲ à l'implication de tous les secteurs dans la riposte au VIH ;
- ▲ à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des PVVIH ;
- ▲ à la mobilisation communautaire.

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

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

V. PRINCIPAUX DEFIS ET SOLUTIONS

V.I INSUFFISANCE D'ETUDES POUR LE SUIVI DE L'EPIDEMIE Y COMPRIS DANS LES GROUPES SPECIFIQUES (HSH, TSET LEURS PARTENAIRES...)

L'un des défis majeurs de la lutte contre le VIH et le Sida est de maîtriser l'avancée de l'épidémie et inverser la tendance dans la population générale et dans les groupes spécifiques. Malheureusement la mise en œuvre des activités pour y parvenir se heurte à l'absence ou l'insuffisance d'informations nécessaires pour optimiser les interventions. Les études permettant de suivre l'évolution de l'épidémie dans la population générale et dans les groupes spécifiques sont en nombre insuffisant. Pour pallier ces manquements, l'on fait constamment recours à des estimations et projections basées sur des modèles mathématiques. L'application du modèle MoT proposé par l'ONUSIDA avec l'appui de la Banque Mondiale permet d'avoir une idée sur la dynamique de l'épidémie de manière générale et dans les groupes spécifiques. Ce modèle a permis a démontré que le plus grand nombre des nouvelles infections à VIH au Cameroun est enregistré dans les couples hétérosexuels "stables" et chez la clientèle des professionnelles de sexe. Ces informations vont contribuer à une réadaptation des stratégies nationales de prévention et à

l'identification des domaines prioritaires d'intervention dans le cadre de la réponse à l'infection du VIH. Par ailleurs, le logiciel EPP SPECTRUM est constamment mis à contribution pour les estimations ou les projections des indicateurs permettant de suivre la dynamique de l'épidémie et son impact sur les populations.

Cependant pour que les estimations et projections produites par ces logiciels soient de bonne qualité, il est important que des études produisant les paramètres d'entrée de ces logiciels soient réalisées régulièrement. Dans cet ordre d'idée, l'estimation de la taille de certaines populations à risque tels que les HSH, les travailleurs/travailleuses du sexe et les utilisateurs de drogues injectables sont indispensables.

V.II FAIBLE APPROPRIATION DES COMITES SECTORIELS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

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

Certains Comités sectoriels sont fonctionnels et produisent les données. La non-fonctionnalité des autres est notamment liée à la mobilité des responsables et des membres, au changement ou à la scission des ministères, à l'insuffisance des capacités de planification, de mobilisation des ressources et de suivi.

Il importe de procéder au renforcement des capacités de ces Comités (publiques et privées) notamment en Micro planification et Suivi et évaluation.

V.III AUTRES

- ▲ Insuffisance de la mise en œuvre de la stratégie portant sur la mobilisation communautaire notamment en ce qui concerne l'implication effective des collectivités territoriales décentralisées (CTD), des jeunes.
- ▲ Insuffisance de ressources (humaines, financières, techniques) pour la mise en œuvre des stratégies de lutte contre le Sida.

VI. SUIVI ET EVALUATION

Le système de suivi et évaluation permet d'apprécier régulièrement les performances d'exécution du Plan National Stratégique et apporte les informations nécessaires pour une utilisation efficiente et efficace des ressources. L'ensemble d'informations stratégiques obtenu grâce à ce système favorise la prise de décision pour une meilleure orientation de la lutte. Le système de suivi et évaluation du Programme multisectoriel de lutte contre le VIH et le Sida est présenté ci-dessous.

VII.1 SYSTEME ACTUEL DE SUIVI ET EVALUATION (S&E)

La coordination du suivi de la riposte nationale est assurée par la Section Planification, Suivi Evaluation du Groupe Technique Central du Comité National de Lutte contre le Sida. Son rôle est de s'assurer que toutes les activités des acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida s'intègrent dans un seul système national de S&E conformément aux recommandations sur les «(Three one's »).

Le Groupe de Travail Suivi & Evaluation composé de :

- Experts en S&E du gouvernement ;
- Des agences bilatérales ;
- Du Système des Nations Unies ;
- Des institutions académiques, du secteur privé et de la société civile .

Il a pour tâche de conseiller la section sur la mise en œuvre des plans d'action de S&E. Il se réunit au moins une fois par trimestre ou selon les besoins de ce groupe. Il interagit et coordonne les activités des autres cadres de coordination du suivi de la mise en œuvre du PSN à l'instar du Groupe de coordination des partenaires de la lutte contre le Sida (GCOP), de l'instance de Coordination National (ICN) du Fonds Mondial, et de l'Equipe conjointe du Système des Nations Unies sur le VIH/Sida.

VII.2 ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTEME DE S&E

L'analyse des forces et faiblesses du système de suivi et évaluation a été réalisée à partir de l'outil MESST (Monitoring and Evaluation System Strengthening Tool) à 12 composantes développé par l'ONUSIDA. Les principaux résultats sont consignés ci-dessous.

Composantes	Forces	Faiblesses
Structures institutionnelles ayant des fonctions de suivi et évaluation du VIH	Existence d'une Section Planification Suivi Evaluation au niveau central GTC/CNLS et d'une Unité Planification Suivi Evaluation au niveau régional GTR Disponibilité du manuel de procédures définissant les termes de référence de chaque personnel chargé du suivi-évaluation au niveau central et régional.	Absence d'unité(s) dans la SPSE au niveau central ; Absence de poste de gestionnaire des bases de données au niveau Central; Insuffisance de personnels formés en suivi évaluation ; Insuffisance de supervision du personnel en charge du Suivi Evaluation ; Insuffisance de coordination nationale du SI; 02 personnes qui jouent le rôle de gestionnaire des bases de données sans avoir reçu une formation spécifique dans le domaine au niveau central Plusieurs intervenants pour la même problématique avec des outils différents.
Ressources humaines en matière de suivi et évaluation du VIH	Disponibilité des compétences minimales requises pour animer le système de suivi-évaluation au niveau central et régional ; Disponibilité d'un personnel en charge d'assurer la collecte et la remontée de données du niveau périphérique jusqu'au niveau central ; Quelques activités de renforcement des capacités ont été prévues dans le plan de suivi évaluation.	Absence d'un plan de renforcement des capacités en Suivi et Evaluation ; Absence d'une base de données de ressources humaines (formateurs, formés et non formés) en suivi-évaluation ; Absence d'un curricula de formation en suivi-évaluation du VIH ; Irrégularité du paiement des primes/salaires du personnel clé (ACRR, ARC, ...) du suivi évaluation.
Partenariats pour planifier, coordonner et gérer le système de suivi et évaluation du VIH	Existence d'un Groupe Technique de Suivi Evaluation (GTSE) coordonné par le GTC/CNLS, auquel participent les acteurs (ministères sectoriels, OSC, ...) et les PTF ; Une base de données/site web des partenaires est en cours de développement à la DCOOP définissant la cartographie de leurs interventions.	Absence d'un mécanisme de feedback systématique après les supervisions. Absence de cartographie des interventions et des intervenants
Plan multisectoriel national de suivi et évaluation du VIH	Existence de Plan de Suivi Evaluation accompagnant le PSN 2011-2015.	Insuffisance de réunion de coordination du système de suivi évaluation harmonisé;
Plan de travail chiffré de suivi et évaluation	Les activités de suivi et évaluations qui figurent dans les plans globaux des différents intervenants dans la lutte contre le VIH et Sida sont généralement budgétisées.	Non existence d'un plan de travail annuel national de suivi et évaluation
Plaidoyer, communication et culture concernant le suivi et évaluation	Implication des PTF dans le plaidoyer en faveur de la mise en œuvre des activités de suivi et évaluation ; Le personnel de suivi et évaluation fait partie de l'équipe de Management et de planification (pour ce qui est du GTC-CNLS); Le plan stratégique national de lutte	La fréquence d'évaluation des performances du système de suivi et évaluation n'est pas déterminée Les informations stratégiques nécessaires pour le plaidoyer ne sont pas toujours disponibles en temps voulu. Celles disponibles ne sont pas toujours diffusées à large échelle ;

Composantes	Forces	Faiblesses
	<p>contre le VIH, Sida et les IST précise les grandes orientations du suivi et évaluation</p>	<p>Le reporting des intervenants du secteur santé est faible (CDV, PTME, TS) ; Le reporting des intervenants hors secteurs santé est embryonnaire.</p>
<p>Suivi des programmes courants</p>	<p>Les données de routine contribuent à renseigner les indicateurs du plan de suivi et évaluation</p> <p>Les dépenses et investissements en rapport avec la lutte contre le VIH et Sida sont suivis grâce à l'enquête EF-REDES (Estimation des flux de ressources et dépenses de la lutte contre le Sida) ;</p> <p>Il existe un manuel de procédure (SOP) pour la collecte des données de PTME qui est en phase pilote.</p> <p>Le guide de management et de suivi des approvisionnements en intrants a déjà été vulgarisé dans 06 régions</p> <p>Un Outil d'assurance qualité est en phase pilote (DQA) dans la région du Sud Ouest.</p>	<p>Absence d'un manuel de concepts et de définitions des indicateurs</p> <p>Absence d'un guide de collecte, de traitement, d'analyse et de rapportage des données</p> <p>Absence d'un guide de contrôle de la qualité des données</p> <p>Insuffisance du matériel et des équipements nécessaires pour le suivi et évaluation</p> <p>Les outils de collecte et de synthèse de données ne sont pas standardisés dans les structures qui offrent les mêmes services</p> <p>La qualité des données n'est pas toujours vérifiée par les personnes mandatées avant la transmission au niveau supérieur</p> <p>Toute la documentation nécessaire pour l'audit des données n'est pas toujours disponible lors du passage des auditeurs</p> <p>Le personnel en charge des données au niveau périphérique ne vérifie pas systématiquement la complétude et l'exactitude des données avant de les agréger ;</p> <p>L'archivage des rapports de synthèse n'est pas systématique ;</p> <p>Il y a une insuffisance des registres. Les outils de collecte, les bulletins d'examen; les ordonnanciers, les bons de commande, les bons de livraison et les fiches de stocks ne sont pas toujours disponibles. La transmission des données n'est pas électronique du niveau périphérique (FOSA) vers le DS.</p> <p>Les outils de collecte et de rapportage des ARC ne sont pas harmonisés</p> <p>Les directives en termes de remplissage de fiches de stock ne sont pas respectées dans plusieurs structures.</p> <p>La multiplicité des intervenants dans certaines régions a pour corolaire la modification des outils de collecte harmonisés ou l'introduction de nouveaux outils</p> <p>Certains rapports transmis n'arborent pas la signature du responsable mandaté pour les valider</p> <p>Les personnes détentrices des documents</p>

Composantes	Forces	Faiblesses
		nécessaires pour l'audit des données ne sont pas toujours présentes au moment du passage de l'équipe d'audit
Enquêtes de surveillance	<p>Les enquêtes réalisées contribuent à renseigner certains indicateurs du plan National de suivi et évaluation</p> <p>La première enquête sentinelle de 2ème génération a été réalisée en 2012</p>	<p>Il n'existe pas un inventaire exhaustif, mis à jour tous les 12 mois, de toutes les enquêtes et études en rapport avec le VIH</p> <p>Les enquêtes de bio-surveillance ne sont pas toujours réalisées en temps voulu (par exemple, intervalle de 2 ans pour les enquêtes sentinelles)</p> <p>Les enquêtes bio-comportementales à caractère national ne sont pas réalisées tous les 2 - 3 ans</p> <p>Les enquêtes statistiques portant sur les services liés au VIH et Sida offerts dans les FOSA ne sont pas organisées tous les 2 ou 3 ans</p>
Base de données nationales et infranationales sur le VIH	<p>Les ressources humaines en charge de la gestion et la mise à jour de la base de données sont en quantité suffisante pour ce qui est du GTC/CNLS et GTR/Sida ;</p> <p>Projet de mise en place de la base DHIS ;</p> <p>Existence de la technologie DevInf qui permet de fédérer tous les indicateurs des secteurs.</p>	<p>Absence d'une base de données nationale dans le Système d'information stratégique ;</p> <p>Absence d'une harmonisation du fichier de synthèse des données PTME ;</p> <p>Absence d'une base de données informatisée au niveau des Districts de santé</p> <p>Absence d'un mécanisme de contrôle qualité pour garantir l'exactitude des données saisies ;</p> <p>Insuffisance de matériel et fournitures informatiques ;</p> <p>La base de données existante renferme uniquement les données du secteur santé.</p>
Supervision formative et vérification des données	<p>Existence du manuel et des outils de supervision en Suivi-Evaluation ;</p> <p>Elaboration en cours d'un manuel de procédures du contrôle qualité des données de PTME</p>	<p>Irrégularité des supervisions/audits à tous les niveaux</p> <p>Absence/insuffisances des feedback des supervisions et des audits/contrôle de qualité des données ;</p> <p>Absence d'un manuel de procédures sur l'audit/contrôle de la qualité des données ;</p>
Evaluation et recherche concernant le VIH	<p>Une revue à mi-parcours du PSN 2011 – 2015 a été réalisée ;</p> <p>La revue à mi-parcours a impliqué tous les acteurs de la lutte contre le VIH Sida.</p>	<p>Absence d'un agenda de recherche des études avenir à réaliser dans le domaine du VIH</p> <p>Faible dissémination des résultats de recherche sur le VIH</p> <p>Non-respect de l'agenda des ressources planifiées liées notamment à la lourdeur des procédures ;</p>
Diffusion et utilisation	<p>Les informations produites par le système d'information répondent en général aux</p>	<p>Absence d'un plan stratégique de communication validé ;</p>

Composantes	Forces	Faiblesses
données	besoins des parties prenantes ; Existence d'un site web fonctionnel ; Production et dissémination chaque année du rapport annuel et GARP ; Existence d'une entité dédiée à la communication au GTC/CNLS.	Absence d'une évaluation des besoins en information des différentes parties prenantes dans le domaine de lutte contre le VIH Faible dissémination des informations générées par le système d'information du VIH ;

VII.3 MESURES CORRECTIVES PREVUES

Pour permettre au système de suivi et évaluation actuel de jouer pleinement son rôle à savoir produire les informations nécessaires en temps voulu, un ensemble de recommandations a été formulé pour pallier ses faiblesses. Celles-ci sont présentées ci-après.

Composantes	Recommandations
Structures institutionnelles ayant des fonctions de suivi et évaluation du VIH	Créer des unités à la SPSE ; Créer un poste de data manager au GTC-CNLS ; Former tous les acteurs du suivi-évaluation (CBS, Coordonnateur CTA/UPEC) ; Renforcer la supervision ; Améliorer la coordination nationale du SI.
Capacités humaines en matière de suivi et évaluation du VIH	Elaborer un plan de renforcement des capacités en Suivi et Evaluation ; Elaborer une base de données de ressources humaines (formateurs, formées et non formées) en suivi-évaluation ; Elaborer un curricula de formation des intervenants dans le suivi-évaluation adapté aux différentes cibles. Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement des capacités du personnel chargé du suivi-évaluation au niveau central et régional. Elaborer un manuel de formation des acteurs du Suivi Evaluation.
Partenariats pour planifier, coordonner et gérer le système de suivi et évaluation du VIH	Réaliser une cartographie des intervenants et des interventions Développer des outils standardisés pour les feedback à tous les niveaux Faire un feedback régulier des supervisions et des données analysées à tous les niveaux Produire et vulgariser les Newsletters de façon périodique
Plan multisectoriel national de suivi et évaluation du VIH	Réviser le plan de suivi-évaluation ;
Plan de travail chiffré de suivi et évaluation	Elaborer et vulgariser un plan d'action de suivi-évaluation annuel
Plaidoyer, communication et culture concernant le suivi et évaluation	Renforcer le plaidoyer en faveur du suivi-évaluation dans certaines structures notamment les administrations sectorielles ; Elaborer un plan de mise à jour du site Web Réviser le manuel de procédure de CNLS pour améliorer le profil de carrière du personnel intervenant dans le suivi-évaluation Elaborer des cartes thématiques sur l'infection à VIH
Suivi des programmes courants	Elaborer un manuel de concepts et de définition des indicateurs Elaborer un guide de collecte, de traitement, d'analyse et de rapportage des données Vulgariser l'utilisation du manuel GAS dans les régions ci-après :

Composantes	Recommandations
	<p>Extrême-Nord, Nord, Ouest et du Sud ;</p> <p>Elaborer et vulgariser le guide de contrôle de la qualité des données</p> <p>Elaborer et rendre disponible les outils de suivi-évaluation au niveau des FOSA et des Organisations à Base Communautaires</p>
Enquêtes et surveillance	<p>Organiser des EIS (Enquête sur les Indicateurs du Sida) entre deux EDS ou autres enquêtes connexes</p> <p>Contribuer à l'élaboration des enquêtes ou des collectes de données nationales (EESI, Carte Scolaire, ...)</p> <p>Organiser les enquêtes périodiques portant sur les services liés au VIH et Sida offerts dans les FOSA</p> <p>Elaborer l'agenda annuellement des enquêtes et études</p>
Base de données nationales et infranationales sur le VIH	<p>Mettre en place une base de données nationale des indicateurs du système d'information ;</p> <p>Renforcer les capacités techniques et matérielles des acteurs du suivi-évaluation ;</p> <p>Elaborer un guide d'évaluation de la base de données.</p>
Supervision formative et vérification des données	<p>Elaborer et vulgariser un manuel de l'audit de la qualité des données (routine, évaluation)</p> <p>Rendre systématique les feedbacks des supervisions/audits ;</p> <p>Elaborer et vulgariser le protocole pour l'audit de l'utilisation des données ;</p> <p>Elaborer un guide standardisé de feedback ;</p> <p>Réviser et vulgariser le guide de supervision.</p>
Evaluation et recherche concernant le VIH	<p>Elaborer chaque année une cartographie de toutes les études déjà réalisées et celles planifiées</p> <p>Vulgariser toutes les études de recherche sur le VIH et le sida ;</p> <p>Réaliser les études planifiées</p>
Diffusion et utilisation des données	<p>Elaborer un plan de mise à jour du site web</p> <p>Implémenter sur le site web un compteur pour tracer la fréquence des visiteurs</p> <p>Elaborer un plan de dissémination des rapports et documents</p> <p>Organiser chaque année une collecte des données pour l'élaboration du rapport annuel et du rapport GARP ;</p> <p>Finaliser, valider et vulgariser le plan stratégique de communication.</p>

BIBLIOGRAPHIE

- 1- CNLS – DLM : Profil des Estimations et projections en matière de VIH/sida au Cameroun, 2013
- 2- CNLS : Plan Stratégique de lutte contre le SIDA 2011-2015
- 3- CNLS : Rapport annuel CNLS 2011, 2012 ,2013
- 4- CNLS : Rapport de Progrès PTME CNLS N° 5 et N° 6
- 5- MINSANTE /CHP : Cartographie des Travailleurs du Sexe, 2008
- 6- MINSANTE-INS : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (Rapport final)
- 7- Rapport final de l'étude de l'index de stigmatisation /discrimination des PVVIH au Cameroun
- 8- Programme de Prévention du VIH/SIDA, Rapport Finale : Etude Intégrée de Surveillance Comportemental et Biologique chez les Hommes Ayant des Rapports sexuels avec les Hommes au Cameroun, PEPFAR/USAID/CNLS/CARE /ACMS, Mai 2012.
- 9- HIV/AIDS Prevention Program (HAPP), Second Annual Report To USAID FY 12.

EQUIPE DE REDACTION DU RAPPORT

COORDINATION DE LA REDACTION DU RAPPORT

N°	Noms Prénoms	Titre/Structure
1	Dr Jean Bosco ELAT NFETAM	Secrétaire Permanent du CNLS
2	Dr Amadou Moctar MBAYE	Coordonnateur Pays ONUSIDA
3	Dr Abessouguie IBILE	Secrétaire Permanent Adjoint du CNLS

COR GROUPE DE REDACTION

N°	Prénoms Noms	Titre/Structure
1	Mlle Arlette MESSEH LIENOU	GTC/CNLS
2	Dr Serge BILLONG	GTC/CNLS
3	Dr Gatien K. EKANMIAN	ONUSIDA
4	Mr Pascal R ENOK BONONG	GTC/CNLS
5	Mr NOKOUNI Marcellin	GTC/CNLS

COMITE DE REDACTION

N°	Prénoms Noms	Structure
1	Dr Serge BILLONG	GTC/CNLS
2	Dr Gatien K. EKANMIAN	ONUSIDA
3	Mr Pascal R ENOK BONONG	GTC/CNLS
4	Arlette MESSEH LIENOU	GTC/CNLS
5	Etienne KEMBOU	OMS
6	Dr Magdalene MAYER	UNICEF
8	Mr Christophe MBEKLIRI MIRIZOUKOU	ESTHER
8.6	Dr OUATTARA Yafflo	ONUSIDA
9.7	Mr NGUE Noé Théodore	MINAS
11	Mr IROGO Michel	RéCAP+
12	Mr Narcisse CHIMI	PNUD
13	Mr NGOUNGA TENA AROUNA	CAMNAFAW
14	Mme Lilly Claire EKOBICA NGOM PRISO	ACMS
15	Mr Eric MVONDO ONDOUA	Conseil national de la Jeunesse
16	Dr MOUGNOL	UNICEF
17	Mr Raoul FODJO TOUKAM	GTC/CNLS
19	Mme Chantal EVA	DSF
20	Dr Samuel BESONG	OMS
21	Mme Louise HOUAG	ACMS
22	Mr ANUIKA ABESOLO	ICAP
23	Mme Christine GOUMBANG	UNESCO
24	Dr Alain Charlie MBO'O	CARE
25	Mr Francis ZO'O ZO'O	CNJC

26	Dr Hubert WAN	GIZ
27	Mr Jackson Gaetan ESSOMBA EBENGUE	MINJUSTICE
29	Mr Clement NIMESSI	MINPOSTEL
30	Mme TOUBIOU NGANOU	MINJEC
31	Mr Francis TCHAMOKOUEM TCHASSEM	KidAIDS
32	Dr Amidou NSANGOU	MINESEC
33	Mme TSALA née Mariane NOAH ABOMO	MINEDUB
34	Mr William NGUE	UNESCO
35	Mr Joseph NKFUSAI	ICAP
36	Mme Pina NKUNI	UNAIDS
37	Mme Duplextine NGUEMNE	CAMNAFAW
38	Mr Eric ONDOUA MIOUDO	CNJC
40	Mr Eugène FOYETH	POSITIVE-GENERATION
41	Mr Marcelin NOKOUNI	GTC/CNLS