



# PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST

2011 - 2015

# **PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST**

**2011 - 2015**

Yaoundé, Août 2010



**S.E. PAUL BIYA**

*Président de la République  
du Cameroun*

**H.E. PAUL BIYA**

*President of the Republic  
of Cameroon*

*«...Pour ce qui est du Sida, nous avons lancé une véritable croisade contre ce fléau des temps modernes avec l'aide des sommités médicales dans le domaine. Déjà, les thérapies les plus efficaces ont été mises à la portée d'un grand nombre de malades. L'information, la prévention ne sont pas laissées de côté. Nous ne relâcherons pas nos efforts.»*

**Son Excellence Paul BIYA, Chef de l'Etat, le 31 décembre 2002**



**S.E. Phillémon YANG**  
*Premier Ministre,  
Chef du Gouvernement*

**H.E. Phillemon YANG**  
*Prime Minister,  
Head of Government*

# AVANT-PROPOS



*Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST, qui est un plan de 3ème génération, est l'instrument d'orientation de la riposte à l'épidémie à VIH au Cameroun pour la période 2011-2015. Sur la base des leçons apprises de la mise en œuvre du précédent plan, des orientations et engagements internationaux, sous régionaux auxquels le Cameroun a souscrit, ce plan est orienté vers la consolidation des acquis, la contribution à l'atteinte des OMD à l'horizon 2015 et plus spécifiquement l'OMD 6. En cohérence avec la politique « des grandes ambitions » du Chef de l'Etat camerounais, ce plan se veut ambitieux en vue d'une génération de camerounais sans Sida.*

*Ce plan stratégique a été élaboré dans un environnement international de crise financière et économique, caractérisé par une diminution considérable des ressources d'appui au développement. À cet égard, la mobilisation des ressources financières internes est une des orientations maîtresses de la lutte pour les cinq prochaines années. Au plan national, l'environnement est marqué par l'effectivité de la décentralisation qui se concrétise par une plus grande responsabilisation des collectivités locales décentralisées dans la planification et la gestion des actions de développement. Dans cette optique, les Comités Communaux de Lutte contre le Sida des 360 Communes du Cameroun sont appelés à jouer un rôle plus important.*

*Pour les cinq prochaines années, ce Plan envisage de réduire la morbidité et la mortalité liée au VIH et les autres IST et d'atténuer l'impact socio-économique sur le développement du pays. La mise en œuvre de ce cadre stratégique qui se veut multisectoriel devra nécessiter l'implication de toutes les composantes de la société camerounaise (secteurs public et privé, société civile, confessions religieuses et les communautés à la base). Le leadership devrait se renforcer pour une plus grande appropriation de la lutte à tous les niveaux.*

**André MAMA FOU DA**

*Ministre de la Santé Publique  
Président du CNLS*



## TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	3
LISTE DES ABREVIATIONS	7
LISTE DES TABLEAUX	11
LISTE DES FIGURES	11
AVANT PROPOS	12
REMERCIEMENTS	13
RÉSUMÉ	14
INTRODUCTION	16
I.PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2011-2015	18
1.1 La mise en place d'un dispositif de pilotage	18
1.2 La revue du PSN 2006-2010	18
1.3 L'élaboration du PSN 2011-2015	18
II. DONNEES GENERALES SUR LE CAMEROUN	19
2.1 Contexte géographique	19
2.2 Contexte politique, administratif et économique	19
2.2.1 Organisation politique et administrative	19
2.2.2 Aperçu économique	19
2.3 Contexte démographique et culturel	20
2.4 Contexte législatif	21
2.5 Secteurs prioritaires	21
2.5.1. Secteur santé	21
2.5.2. Secteur Education	23
2.5.3. Secteur Social	23
III. SITUATION DU VIH, DU SIDA ET DES IST	25
3.1 Données épidémiologiques du VIH et du Sida	25
3.2 Données sur les IST	25
3.3 Facteurs de propagation du VIH et des IST	26
3.4 Principaux groupes moteurs et passerelles de l'épidémie	27
IV.REPONSE NATIONALE FACE AU VIH, AU SIDA ET AUX IST ENTRE 2006-2010	31
4.1 Dispositif institutionnel et organisationnel de la réponse	31
4.2 Principaux résultats par axe stratégique	31
4.2.1. Axe stratégique I : «Vers l'accès universel à la prévention en faveur des groupes cibles prioritaires»	31
4.2.2. Axe stratégique II : Vers l'accès universel aux traitements et soins en faveur des enfants et des adultes vivant avec le VIH	33
4.2.3. Axe stratégique III : Protection et soutien aux OEV	35
4.2.4. Axe stratégique IV : Appropriation de la lutte par les acteurs ;	35

4.2.5. Axe stratégique V : Surveillance épidémiologique et promotion de la recherche	37
4.2.6. Axe stratégique VI : Renforcement de la coordination, de la gestion, du partenariat et du suivi évaluation	38
4.3 Analyse de la réponse au niveau des groupes spécifiques	38
4.4 Analyse des résultats par thématiques transversales	39
4.4.1. Prise en compte du genre	39
4.4.2. Prise en compte des Droits Humains	39
V.SYNTHESE DES PRIORITES DE LA LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST POUR LA PERIODE 2011-2015	40
VI.ORIENTATIONS STRATEGIQUES 2011-2015	42
6.1 Principes directeurs	42
6.2 Alignement du PSN 2011-2015	43
6.3 Objectifs, résultats attendus et axes stratégiques du PSN 2011-2015	43
6.3.1 Objectifs stratégiques	43
6.3.2. Résultats attendus	43
6.3.3. Axes stratégiques	43
AXE 1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST	45
AXE 2 : Renforcement de l'accès aux soins et traitement	61
AXE 3 : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées	68
AXE 4 : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs	73
AXE 5 : Renforcement du système de santé	78
AXE 6 : Renforcement du système communautaire	84
AXE 7 : Information stratégique	87
AXE 8 : Coordination, partenariat et gestion	93
VII. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DU PSN 2011-2015	97
7.1 Les secteurs d'intervention	97
7.2 Dispositif de coordination de la mise en œuvre du PSN	98
7.2.1 Le Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS)	98
7.2.2 Les organes exécutifs du CNLS	98
7.2.2.1 Le Groupe Technique Central	98
7.2.2.2 Les démembrements	98
7.2.3 Les Cellules de coordination sectorielle	99
7.2.4 La coordination des interventions du secteur privé	99
7.2.5 La plate-forme des organisations de la société civile impliquées	99
7.2.6 Les structures de coordination des partenaires	99
7.2.7 Les structures de coordination multi partenariale	99
7.2.7.1 La Commission mixte de suivi indépendante du PSN	99
7.2.7.2 La Commission Mixte de Coordination et de Suivi des Programmes financés par le FM (CCM)	99



VIII. CADRAGE BUDGETAIRE DU PSN 2011-2015	101
8.1 Gestion des ressources:	101
8.2 Estimation du coût du PSN 2011-2015	101
8.3 Budget prévisionnel du PSN 2011-2015	102
8.3.1 Budget par axe stratégique	102
8.3.2 Budget par sous programme	104
8.3.3 Budget par secteur d'intervention	106
IX. STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE ET SUIVI EVALUATION DU PSN 2011-2015	109
9.1. Stratégie de mise en œuvre du PSN 2011-2015	109
9.1.1. Planification globale et sectorielle	109
9.1.2. Couverture géographique des interventions	111
9.2 Suivi-évaluation du PSN	112
9.2.1. Présentation et description du système national de suivi et évaluation	112
9.2.2. Principales stratégies	113
9.2.3. Mécanismes	114
9.3 Cadre de performance du PSN 2011-2015	117
X. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES	118
10.1 Analyse des risques	118
10.2. Conditions de succès de la mise en œuvre du PSN 2011-2015	118
ANNEXE : NOTE SUR LE CADRAGE FINANCIER DU PSN 2011-2015	120



## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>ACIC</b>	Association Culturelle Islamique du Cameroun
<b>ACMS</b>	Association Camerounaise pour le Marketing Social
<b>AES/AELB</b>	Accident d'Exposition liés au Sang et Liquides Biologiques
<b>AGR</b>	Activité Génératrice de Revenus
<b>ARC</b>	Agent de Relais Communautaire
<b>ARV</b>	Antirétroviral
<b>ATB</b>	Antibiotiques
<b>BIT</b>	Bureau International du Travail
<b>BM</b>	Banque Mondiale
<b>CAPR</b>	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional
<b>CCC</b>	Communication pour le Changement de Comportements
<b>CCLS</b>	Comité Communal de Lutte contre le Sida
<b>CCM</b>	Country Coordinating Mechanism
<b>CDIP</b>	Conseil et Dépistage Initié par les Prestataires
<b>CDT</b>	Centre de Diagnostic et de Traitement
<b>CDV</b>	Conseil et Dépistage Volontaire
<b>CEDEF</b>	Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes
<b>CENAME</b>	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
<b>CEPCA</b>	Conseil des Églises Protestantes du Cameroun
<b>CERAC</b>	Cercle des Amis du Cameroun
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CIRCB</b>	Centre International de Référence Chantal Biya pour la recherche sur la prévention et la prise en charge du VIH/sida
<b>CLLS</b>	Comité Local de Lutte contre le Sida
<b>CMA</b>	Centre Médical d'Arrondissement
<b>CMS</b>	Commission Mixte de Suivi
<b>CMS</b>	Centre Médico-Scolaire
<b>CNE</b>	Comité National d'Éthique
<b>CNLS</b>	Comité National de Lutte contre le Sida
<b>CNPS</b>	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
<b>CNTS</b>	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>COGE</b>	Comité de Gestion
<b>COGEDI</b>	Comité de Gestion de District
<b>COSA</b>	Comité de Santé de l'Aire
<b>COSADI</b>	Comité de Santé de District
<b>CPDV</b>	Centre de Promotion du Dépistage Volontaire
<b>CRLS</b>	Comité Régional de Lutte contre le Sida
<b>CPN</b>	Consultation Prénatale
<b>CRTS</b>	Centre Régional de Transfusion Sanguine
<b>CRIS</b>	Country Response Information System
<b>CRTS</b>	Centre Régional de Transfusion Sanguine
<b>CSA</b>	Centre de Soins Ambulatoires
<b>CSI</b>	Centre de Santé Intégré
<b>CSST</b>	Comité de Sécurité et de Santé au Travail
<b>CTA</b>	Centre de Traitement Agréé
<b>CLD</b>	Collectivités Locales Décentralisées
<b>DC</b>	Dépistage Conseil
<b>DGSN</b>	Délégation Générale à la Sûreté Nationale
<b>DLM</b>	Direction de la Lutte contre la Maladie

<b>DRSP</b>	Délégation Régionale de la Santé Publique
<b>DRH</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>DROS</b>	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
<b>DS</b>	District de Santé
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>ESTHER</b>	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseaux
<b>EVF/EMP/VIH/Sida</b>	Education à la Vie Familiale, En Matière de Population et de VIH- Sida
<b>FM</b>	Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
<b>FOSA</b>	Formation Sanitaire
<b>GCOP</b>	Groupe de Coordination des Partenaires du volet Opérationnel
<b>GICAM</b>	Groupement Interpatronal du Cameroun
<b>GIPA</b>	Greater Involvement of Persons leaving with Aids
<b>GTC</b>	Groupe Technique Central
<b>GTR</b>	Groupe Technique Régional
<b>GTSE</b>	Groupe de Travail de Suivi et Évaluation
<b>HD</b>	Hôpital de District
<b>HG</b>	Hôpital Général
<b>HR</b>	Hôpital Régional
<b>HSH</b>	Hommes ayant des relations Sexuelles avec les Hommes
<b>IDA</b>	International Development Agency
<b>IEC</b>	Information, Education et Communication
<b>IO</b>	Infection Opportuniste
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>KFW</b>	Kreditanstalt Für Wiederaufbau
<b>LANACOME</b>	Laboratoire National de Contrôle de Médicaments et d'Expertise
<b>MINADER</b>	Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural
<b>MINAS</b>	Ministère des Affaires Sociales
<b>MINCOMMERCE</b>	Ministère du Commerce
<b>MINDAF</b>	Ministère des Domaines et des Affaires Foncières
<b>MINDEF</b>	Ministère de la Défense
<b>MINDT</b>	Ministère de l'Industrie et du Développement Technologique
<b>MINDUH</b>	Ministère du Développement Urbain et de l'Habitat
<b>MINEDUB</b>	Ministère de l'Éducation de Base
<b>MINEE</b>	Ministère de l'Eau et de l'Énergie
<b>MINEP</b>	Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature
<b>MINEPIA</b>	Ministère de l'Élevage, des Pêches et des Industries Animales
<b>MINESEC</b>	Ministère des Enseignements Secondaires
<b>MINFOPRA</b>	Ministère de la Fonction Publique et de la Reforme Administrative
<b>MINJEUN</b>	Ministère de la Jeunesse
<b>MINJUSTICE</b>	Ministère de la Justice
<b>MINPMEESA</b>	Ministère des Petites et Moyennes Entreprises, de l'Economie Sociale et de l'Artisanat
<b>MINPOSTEL</b>	Ministère des Postes et Télécommunications
<b>MINPROFF</b>	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
<b>MINRESI</b>	Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation
<b>MINSANTE</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>MINSEP</b>	Ministère des Sports et de l'Education Physique
<b>MINESUP</b>	Ministère de l'Enseignement Supérieur
<b>MINT</b>	Ministère des Transports
<b>MINTOUR</b>	Ministère du Tourisme

<b>MINTP</b>	Ministère des Travaux Publics
<b>MINTSS</b>	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
<b>MSF-CH</b>	Médecins Sans Frontières-Suisse
<b>NASA</b>	National AIDS Spending Assessment
<b>OCASC</b>	Organisation Catholique pour la Santé au Cameroun
<b>OEV</b>	Orphelin et Enfant Vulnérable
<b>OMD</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le Sida
<b>PAC</b>	Plan d'Action Communautaire
<b>PAM</b>	Programme Alimentaire Mondial
<b>PCIMAA</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies des Adultes
<b>PCR</b>	Polymerase Chain Reaction
<b>PEC</b>	Prise en Charge
<b>PF</b>	Planning Familial
<b>PEV</b>	Programme Élargi de Vaccination
<b>PFC</b>	Point Focal Communal
<b>PNLS</b>	Programme National de Lutte contre le Sida
<b>PNLT</b>	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
<b>PON</b>	Plan Opérationnel National
<b>POR</b>	Plan Opérationnel Régional
<b>PSTE</b>	Pays Pauvre Très Endetté
<b>PSN</b>	Plan Stratégique National
<b>PTF</b>	Partenaire Technique et Financier
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH
<b>RH</b>	Ressources Humaines
<b>RTS</b>	Ressources Tracking System
<b>S-E</b>	Suivi et Évaluation
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
<b>SNU</b>	Système des Nations Unies
<b>SP/GTC/CNLS</b>	Secrétaire Permanent du Groupe Technique Central du Comité National de Lutte contre le Sida
<b>SPSE</b>	Section Planification, Suivi et Evaluation
<b>SSR</b>	Santé Sexuelle et Reproductive
<b>SYNAME</b>	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
<b>TB/VIH</b>	Tuberculose et VIH
<b>TME</b>	Transmission Mère Enfant
<b>TS</b>	Travailleur du Sexe
<b>UA</b>	Union Africaine
<b>UNDP</b>	United Nations Development Program
<b>UNESCO</b>	United Nations for Education, Science and Culture organization
<b>UNFPA</b>	United Nations Fund for Population Agency
<b>UNGASS</b>	United Nations General Assembly Special Session on AIDS
<b>UNHCR</b>	United Nations High Commission for Refugees
<b>UNICEF</b>	United Nations Children's Fund
<b>UNIFEM</b>	United Nations Development Fund for Women
<b>USAID</b>	United State Agency for International Development
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Différents niveaux du secteur santé	20
<b>Tableau 2</b> : Évolution des cas d'IST	24
<b>Tableau 3</b> : Évolution des indicateurs PTME 2005-2009 au Cameroun	31
<b>Tableau 4</b> : Budget par axe stratégique en US \$	100
<b>Tableau 5</b> : Budget par sous programme	102
<b>Tableau 6</b> : Budget par secteur d'intervention	104
<b>Tableau 7</b> : Budget relatif au Genre	106
<b>Tableau 8</b> : Composantes du circuit de l'information	113
<b>Tableau 9</b> : Risques et moyens de mitigation	116
<b>Tableau 10</b> : Indicateurs démographiques et épidémiologiques	119
<b>Tableau 11</b> : Données financières, Budget global 2011-2015	121
<b>Tableau 12</b> : Budget des différents DIP en FCFA	124
<b>Tableau 13</b> : Budget par secteur	127

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Répartition des cas notifiés d'IST selon les étiologies en 2009	34
<b>Figure 2</b> : Évolution de la file active des malades sous ARV : 2005 – décembre 2009	42
<b>Figure 3</b> : Organigramme fonctionnel de la coordination de la lutte contre le Sida au Cameroun	108
<b>Figure 4</b> : Dispositif de suivi et d'évaluation du PSN 2011-2015	120
<b>Figure 5</b> : Circuit de l'information	124
<b>Figure 6</b> : Besoins en ressources	143

# REMERCIEMENTS

*Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST pour la période 2011-2015 est le fruit de l'engagement de tous les acteurs de la riposte. Le présent document, synthèse d'un large consensus national, a été élaboré sur la base des forces et faiblesses du précédent plan en prenant en compte les orientations internationales.*

*L'apport des différents départements ministériels, des organisations de la société civile, des associations et des réseaux de PVVIH, des entreprises privées et parapubliques, des organisations religieuses etc. a permis d'assurer la prise en compte des opinions et la participation des acteurs, ainsi que celle des bénéficiaires à ce processus de planification de la riposte multisectorielle du Cameroun au Sida, au VIH, et les IST pour la période 2011-2015.*

*La mise en œuvre de ce processus a été rendue possible grâce aux partenaires techniques et financiers du Cameroun dont les contributions multiformes ont été déterminantes. Ils ont mis à contribution des ressources humaines en terme d'experts et de consultants nationaux et internationaux de qualité pour renforcer l'équipe nationale sur des thématiques diverses. À cet effet, des remerciements particuliers sont adressés à l'ONUSIDA, l'OMS, l'UNICEF, l'UNIFEM, au PAM, à l'UNESCO, à l'UNFPA, au PNUD et au BIT.*

*Que toutes les institutions qui n'ont pas été citées de manière singulière, et les personnes ressources qui ont contribué par leur engagement et leur professionnalisme à l'élaboration de ce plan, trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.*

**Dr Jean Bosco ELAT NFETAM**

Secrétaire Permanent du GTC/CNLS





# RESUME

Au terme de la mise en œuvre du PSN 2006-2010, afin de réduire les insuffisances relevées et améliorer la réponse nationale, le Gouvernement camerounais a décidé d'élaborer un nouveau Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST pour la période 2011-2015.

Ce Plan dit de 3ème génération a pour but de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et les autres IST et d'atténuer l'impact socio-économique sur le développement du pays. De façon spécifique, les objectifs stratégiques pour la période 2011-2015 sont les suivants :

1. réduire la propagation du VIH dans la population générale et dans les groupes à haut risque par la mise en œuvre des mesures de prévention efficaces et efficientes ;
2. améliorer la qualité de vie des PVVIH grâce à une meilleure prise en charge globale ;
3. réduire l'impact socio-économique de la maladie sur les personnes vivant avec le VIH, les OEV et les autres personnes affectées ;
4. renforcer la mobilisation sociale et l'appropriation de la lutte par tous les acteurs ;
5. renforcer les systèmes de santé et communautaire en vue de pérenniser les interventions ;
6. renforcer la disponibilité d'une information stratégique et son utilisation adéquate pour la prise de décision et l'amélioration des interventions ;
7. renforcer la coordination, la mobilisation des ressources et la gestion de la réponse nationale.

Ce Plan, qui a été élaboré avec l'implication de tous les acteurs de la lutte, se décline en 08 axes, à savoir :

**Axe stratégique 1** : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST.

**Effet attendu** : l'incidence du VIH et des IST est réduite de moitié dans la population générale et dans les groupes spécifiques.

**Axe stratégique 2** : Renforcement de l'accès aux soins et au traitement.

**Effet attendu** : la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH est améliorée grâce à un meilleur accès à

une prise en charge globale de qualité dans les structures de santé et au niveau communautaire.

**Axe stratégique 3** : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées.

**Effet attendu** : l'impact psychologique, social et économique du VIH sur les PVVIH, les OEV et autres personnes affectées est atténué au cours de la période 2011-2015.

**Axe stratégique 4** : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs.

**Effet attendu** : la lutte contre le VIH est consolidée dans les différents secteurs public, privé (formel et informel) et les collectivités locales décentralisées.

**Axe stratégique 5** : Renforcement du système de santé.

**Effet attendu** : le secteur santé dispose des capacités techniques et opérationnelles suffisantes pour assurer une riposte efficace au Sida au cours de la période 2011-2015.

**Axe stratégique 6** : Renforcement du système communautaire.

**Effet attendu** : le secteur communautaire dispose des capacités techniques et opérationnelles suffisantes pour soutenir une riposte efficace au Sida au cours de la période 2011-2015.

**Axe stratégique 7** : Renforcement de l'information stratégique

**Effet attendu** : au cours de la période 2011-2015, l'information stratégique de qualité est disponible et utilisée par les acteurs pour la riposte au VIH.

**Axe stratégique 8** : Renforcement du partenariat, coordination et gestion

**Effet attendu** : au cours de la période 2011-2015, les mécanismes nationaux de coordination et de concertation avec les partenaires sont renforcés et les fonds mobilisés pour la mise en œuvre.

La mise en œuvre du PSN 2011-2015, placée sous la coordination du GTC/CNLS, met un accent sur les principes suivants : la multisectorialité, la décentralisation des interventions, le renforcement du leadership à tous les niveaux, l'implication accrue des PVVIH, le ciblage des interventions, la prise en compte des aspects transversaux (genre, droits humains et équité), la Déclaration de Paris et les «Three Ones», la planification, la gestion et la budgétisation axées sur les ré-

sultats, la bonne gouvernance et le respect de l'environnement.

L'opérationnalisation de ce PSN se fera à travers des plans sectoriels, régionaux et communaux de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Le suivi de la mise en œuvre, l'évaluation des performances et des progrès se feront dans le cadre du plan national de suivi-évaluation.

Le budget prévisionnel du PSN 2011-2015 est estimé à **290 834 705 892 FCFA<sup>1</sup>**, il est reparti selon les 8 axes comme suit :

- o Axe stratégique 1 : 74 736 586 812 FCFA (25,7%) ;
- o Axe stratégique 2 : 143 799 185 153 FCFA (49,4%) ;
- o Axe stratégique 3 : 18 180 374 721 FCFA (6,3%) ;
- o Axe stratégique 4 : 4 098 053 796 FCFA (1,4%) ;
- o Axe stratégique 5 : 2 470 825 721 FCFA (0,8%) ;
- o Axe stratégique 6 : 2 908 511 139 FCFA (1%) ;
- o Axe stratégique 7 : 24 945 836 603 FCFA (8,6%) ;
- o Axe stratégique 8 : 19 695 331 947 FCFA (6,8%).

---

<sup>1</sup> Réf. 1 \$US = 475 FCFA

# INTRODUCTION

Depuis l'apparition des premiers cas de Sida au Cameroun en 1985, le Gouvernement du Cameroun a fait de la lutte contre le VIH et le Sida une priorité nationale. Cet engagement au plus haut niveau de l'Etat s'est matérialisé par la mise en œuvre des Plans d'urgences de lutte contre le VIH et le Sida des années 90 et de deux Plans Stratégiques Nationaux (2000-2005 et 2006-2010). Cette politique volontariste de l'Etat, avec le soutien des partenaires au développement et l'implication effective du secteur privé, de la société civile, des organisations confessionnelles et des PVVIH, a abouti à des résultats concrets, notamment l'accroissement de l'offre de services de prévention du VIH et de prise en charge des personnes infectées et affectées par cette pandémie.

Selon le profil des estimations et projections<sup>2</sup>, le taux de séroprévalence dans la population générale est estimé à 5,1% en 2009. Cette séroprévalence varie selon les groupes spécifiques. Elle est de 6,7%<sup>3</sup> chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans, et de 36,7%<sup>4</sup> chez les travailleurs du sexe. Les données 2008 et 2009 des activités de routine de conseil et dépistage du VIH chez les HSH montre que la séropositivité dans ce groupe se situe autour de 35%<sup>5</sup>. En outre, chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans, elle varie selon les Régions (de 4,3% à l'Extrême-Nord à 11,9% au Sud-ouest) et le milieu de résidence (8,2% en milieu urbain et 6,5% en milieu rural).

La mise en œuvre des précédents Plans a permis d'obtenir des résultats encourageants. En terme concret, le niveau de connaissances des populations a considérablement augmenté, la prévalence du VIH au sein de la population générale s'est stabilisée autour de 5% depuis 2004. Les services de la PTME sont disponibles dans 99,4% des districts de santé du pays. Entre 2005 et 2009, on note un accroissement de la couverture géographique nationale en structures de prise en charge de 36% à 56% et un taux de couverture en ARV de 23% à 46,5%.

Afin de consolider ces acquis, le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015 a été élaboré de façon participative avec une forte implication des représentants du secteur public, du secteur privé, des organisations de la société civile et des partenaires au développement. Ce PSN apporte

un certain nombre d'innovations : (i) prise en compte des aspects Genre et Droits Humains dans les actions à mener ; (ii) ciblage des actions de prévention sur les couches vulnérables et les populations les plus exposées au risque et (iii) amélioration qualitative et quantitative de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées, afin d'infléchir la tendance de l'épidémie.

Ce Plan de 3ème génération se fixe de grandes orientations et des principes d'action qui s'arriment à la vision de développement du Gouvernement à l'horizon 2035, au Document de Stratégie de Croissance et de l'Emploi (DSCE) et aux différentes stratégies sectorielles. Aussi, s'inscrit-il dans le cadre de la réalisation des engagements internationaux pris par le Cameroun, notamment l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

## I. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2011-2015

L'élaboration du Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015 au Cameroun a été faite sur la période d'avril à juillet 2010. Elle a suivi les étapes suivantes :

### 1.1 La mise en place d'un dispositif de pilotage

Un dispositif de pilotage a été mis en place pour la revue du Plan Stratégique 2006-2010 et l'élaboration du nouveau Plan 2011-2015. Les acteurs des différents secteurs et les partenaires au développement ont été impliqués. La composition des groupes de travail a respecté la multisectorialité en impliquant tous les intervenants et les bénéficiaires des secteurs à différents niveaux de la réponse nationale.

### 1.2 La revue du PSN 2006-2010

Lancé le 1er Avril 2010 par le Ministre de la Santé Publique, Président du CNLS, le processus de revue du PSN 2006-2010 a suivi une démarche participative qui a permis une grande implication des différents acteurs sectoriels (secteur public, secteur privé, société civile) et des partenaires techniques et financiers, ainsi que des bénéficiaires.

<sup>2</sup> CNLS, Rapport sur le Profil des estimations et projections en matière de VIH et Sida au Cameroun 2010-2020

<sup>3</sup> GTC/CNLS : Rapport Enquête surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, 2009.

<sup>4</sup> GTC/CNLS : Rapport Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH et de la syphilis chez les travailleurs du sexe au Cameroun, 2009.

<sup>5</sup> CAMNAFAW : Rapport d'activités, 2008 ; Alternatives Cameroun : Rapport d'activités, 2009.

Le rapport de la revue a été discuté en atelier regroupant l'ensemble des acteurs impliqués. Les recommandations issues de cette revue ont servi de base pour la détermination des priorités du nouveau Plan Stratégique.

### 1.3 L'élaboration du PSN 2011-2015

L'élaboration du Plan a été marquée par les étapes suivantes :

- > élaboration d'une première mouture du document par un groupe restreint avec l'appui technique des personnes ressources mises à disposition par différents partenaires;
- > amélioration de la première mouture par la prise en compte des préoccupations des différents acteurs et bénéficiaires;
- > validation technique du PSN 2011-2015 suite aux échanges et amendements effectués par l'ensemble des acteurs, des bénéficiaires et des partenaires de la lutte contre le VIH, le Sida et les autres IST;
- > adoption du PSN 2011-2015 de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST par le Comité National de Lutte contre le Sida.

## II. DONNEES GENERALES SUR LE CAMEROUN

### 2.1 Contexte géographique

Pays d'Afrique Centrale, le Cameroun est situé au fond du Golfe de Guinée, entre les 2<sup>ème</sup> et 13<sup>ème</sup> degré de latitude Nord et les 9<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup> degré de longitude Est. Il couvre une superficie de 475 650 km<sup>2</sup> dont 466 050 km<sup>2</sup> de superficie continentale et 9 600 km<sup>2</sup> de superficie maritime. Le Cameroun est limité à l'Ouest par le Nigeria, au Nord-Est par le Tchad, à l'Est par la République Centrafricaine, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale et au Sud-Ouest par l'Océan Atlantique.

### 2.2 Contexte politique, administratif et économique

#### 2.2.1 Organisation politique et administrative

Le Cameroun est un Etat unitaire décentralisé et démocratique à régime présidentiel. La constitution de 1996 consacre la séparation des pouvoirs :

- l'exécutif est exercé par le Président de la République ;
- le législatif bicaméral est exercé par l'Assemblée Nationale et le Sénat ;

- le judiciaire s'exerce à travers différentes juridictions dont la plus haute est la Cour Suprême.

La constitution prévoit la décentralisation de la gestion publique avec la création des Régions et des Collectivités Locales Décentralisées (CLD), l'ouverture démocratique et la libéralisation. Elle prévoit également le principe de l'égalité des droits des citoyens, y compris ceux des femmes.

L'ouverture démocratique et la libéralisation ont favorisé le développement de dynamiques associatives à caractère sociopolitique qui ont donné lieu à l'éclosion d'une société civile fort entreprenante, ainsi qu'à des dynamiques féminines qui constituent une force à capitaliser dans le cadre des grandes batailles contre l'adversité pour le bien-être de tous.

Au plan administratif, le Cameroun a deux langues officielles, le français et l'anglais ; il est composé de 10 Régions subdivisées en 58 Départements et 360 Arrondissements.

#### 2.2.2 Aperçu économique

Après une période de croissance soutenue jusqu'au milieu des années 1980, avec la chute du cours des produits de rente, le Cameroun a connu une crise économique dès 1986.

D'abord perçue comme conjoncturelle, cette crise est devenue structurelle, affectant ainsi toutes les composantes de la vie nationale. Le choc né du tarissement des principales sources pourvoyeuses des devises s'est amplifié par la dévaluation du franc CFA en 1994. La conséquence la plus perceptible de ce choc fut la généralisation de la pauvreté, la fermeture des entreprises ou leur privatisation, la compression des effectifs dans les secteurs public et privé et les baisses des salaires en 1993 et 1994.

Les mesures prises pour faire face à cette crise ont contribué à exacerber les inégalités, les injustices et les discriminations, accentuant ainsi la vulnérabilité des femmes et d'autres groupes en situation de désavantage. Les principaux indicateurs sociaux, notamment les indicateurs de santé maternelle et infantile, ont connu une dégradation à cause de l'appauvrissement des familles. La vulnérabilité de la femme s'est ainsi accrue, entraînant la précarité de la situation de l'enfant.

L'expansion subséquente de la pauvreté a amené les populations à adopter des stratégies de survie illusoires par des comportements à risque : consommation des produits de moindre qualité, hiérarchisation des dé-

penses en passant celles de la santé en second ordre. À maints égards, le sexe chez la femme et les jeunes filles ainsi que chez les groupes vulnérables devient un élément fondamental de transactions sociales.

Au terme de la mise en œuvre du Plan d'Ajustement Structurel, avec l'admission du Cameroun à l'initiative PPTE, les efforts du pays vont aujourd'hui vers l'amélioration durable des grands agrégats macro économiques, la poursuite de la mise en œuvre des stratégies de croissance et la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015.

Le Produit Intérieur Brut (PIB) à prix constant du Cameroun était évalué à 8770,5 milliards de FCFA en 2005. Une grande partie de la population du Cameroun vit de l'agriculture qui représente environ 22,5 % du PIB en 2005. L'industrie et le commerce contribuent respectivement pour environ 21 à 57 % du PIB. En 2008, le PIB du Cameroun était estimé à 10 434 milliards de FCFA, soit 30,82% de celui de la sous région Afrique Centrale (33 855,70 milliards de FCFA)<sup>6</sup>.

### 2.3 Contexte démographique et culturel

Sur le plan démographique, la population a été évaluée à 17 123 688 habitants lors du 3<sup>ème</sup> recensement général de la population et de l'habitat en novembre 2005. Avec un taux de croissance démographique de 2,7 % par an, la population du Cameroun est estimée à 19 406 100 d'habitants en 2010. Cette population est répartie en 230 ethnies et 05 groupes :

- au Nord : les Soudanais, Hamites et Sémites, généralement animistes, musulmans ou chrétiens.
- au Sud : les Bantous, semi Bantous et les Pygmées dans la zone de la forêt équatoriale, généralement animistes ou chrétiens.

La zone soudano sahélienne couvre les trois Régions septentrionales. Elle présente un relief favorable à la fois à l'érosion et aux inondations, soumettant les populations à des risques de déficits alimentaires exacerbés par des habitudes alimentaires résistant encore à la modernité. Les mouvements de population que cela engendre accroissent la vulnérabilité des populations concernées. Les traditions de la zone, fortement modulées par la religion, régissent les relations de pouvoir entre les différents groupes sociaux et régulent la vie des populations. Les espaces, rôles et statuts des femmes, hommes, enfants, doivent être rigoureusement respectés selon les principes traditionnels. La modernité, avec le développement et la mise en place

d'universités et grandes écoles est un élément capital dont l'impact se fait de plus en plus sentir.

Dans les hauts plateaux de l'Ouest, la zone de forêt du Sud et de l'Est et la zone côtière, le vécu quotidien des femmes et des hommes présente une réalité tout à fait différente. La modernité a eu un impact assez poussé malgré une forte présence des pratiques mythiques et rituels liés à la tradition et qui affectent la vie des femmes tout comme la structuration de la société et la division sexuelle du travail.

La densité de la population est de 37,5 habitants au km<sup>2</sup> (7). Cette population est inégalement répartie sur le territoire national ; la proportion d'urbains étant de 48,8% avec une forte concentration à Douala (environ 1,9 millions d'habitants) et à Yaoundé (1,8 millions d'habitants).

La population du Cameroun est caractérisée par son extrême jeunesse : 43,62% a moins de 15 ans, 46,95% a entre 15 et 49 ans et 9,43% de la population a 50 ans et plus. Les femmes représentent 51% de la population et la proportion des femmes dans la tranche des 15-49 ans est de 24,3%.

Contrairement aux mutilations génitales féminines, il est à relever que la circoncision des garçons est largement pratiquée au sein de la population et constitue une pratique culturelle positive dans le cadre de la lutte contre le VIH et les IST.

### 2.4 Contexte législatif

Le Cameroun a ratifié plusieurs conventions internationales, notamment celles relatives aux mesures juridiques de la Déclaration de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le Sida en 2001. Il convient également de relever la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, la Convention sur l'Elimination de toutes formes de Discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) et son Protocole Additionnel, la Convention sur les Droits de l'Enfant, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples et la signature de son Protocole Additionnel relatif aux Droits de la femme en Afrique.

En dehors des dispositions contenues dans la Constitution et le code pénal, la protection des personnes vivant avec le VIH demeure insuffisante. Les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les personnes infectées et affectées persistent à l'échelon familial, communautaire et sur les lieux de travail. Les

<sup>6</sup> Source : MINEPAT, 2008 (DAE)

<sup>7</sup> BUCREP : RGPH 3, 2005



projets de lois relatifs au Code des Personnes et de la Famille et aux violences basées sur le genre, ainsi que ceux concernant spécifiquement la protection des PVVIH (avant projets de loi du Ministère de la Santé Publique et celui de la Société Civile) ont été élaborés et suivent leur cours.

Ces dernières années, une attention particulière est portée sur les violences faites aux femmes, à l'instar du viol et l'inceste, et sur les mutilations génitales féminines. Selon une étude menée en 2009 par la GTZ, la prévalence des viols pour l'ensemble du pays est de 5,2%, ce qui revient à dire qu'une femme sur 19 est victime de viol au Cameroun, surtout dans les Régions du Nord (7,5%), du Nord-Ouest (7,1%) et de l'Extrême Nord (6,8%).

## 2.5 Secteurs prioritaires

Le découpage sectoriel est inspiré du document de Stratégie de la Croissance et de l'Emploi qui prend en compte la nomenclature fonctionnelle en vigueur. Ainsi, dans le cadre de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, les secteurs prioritaires sont : le secteur Education qui inclut le MINEDUB, le MINESEC, le MINESUP et le MINRESI, le Secteur Santé qui concerne principalement le MINSANTE et le Secteur Social qui concerne les aspects sociaux hors éducation et santé. Ce dernier couvre le MINJEUN, le MINAS, le MINPROFF, le MINSEP, le MINTSS et le MINEFOP.

### 2.5.1. Secteur santé

Le système de santé au Cameroun est organisé en trois niveaux :

- à la base de la pyramide sanitaire, on retrouve le niveau périphérique avec ses Services de Santé de District, les Centres Médicaux d'Arrondissements (CMA), les Centres de Santé Intégrés (CSI), qui jouent le rôle d'unités opérationnelles. Chaque District de Santé (DS) est subdivisé en aires de santé.
- le niveau intermédiaire comprend les Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP) et les hôpitaux régionaux et assimilés.
- le niveau central comprend les Services Centraux du Ministère de la Santé Publique, les Hôpitaux Généraux et les Hôpitaux Centraux.

**Tableau 1 : Différents niveaux du secteur santé**

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
Central	- Services Centraux du Ministère de la Santé Publique - Services Centraux des secteurs apparentés	- Elaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux de référence, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés	Conseil national de la santé, d'hygiène et des Affaires Sociales
Intermédiaire	Délégations régionales	Appui technique aux districts de santé	Hôpitaux régionaux et assimilés Polycliniques	Fonds spéciaux provinciaux pour la promotion de la santé
Périphérique	Services de Santé de District	Mise en œuvre des programmes	- Hôpital de District - Cliniques - CMA - SSPE	COSADI COGEDI COSA COGE

**Source :** MINSANTE ; DRH, Cameroun profil pays des ressources humaines pour la santé, décembre 2009

⇒ Le sous secteur sanitaire public est composé de 2215 structures sanitaires du MINSANTE et des structures apparentées des autres départements ministériels tels que le MINDEF, le MINTSS, le MINE-DUB, le MINESEC, le MINESUP et la CNPS. Les formations sanitaires (FOSA) qui composent ce système sont classées par catégorie et par niveau de référence. On dénombre 04 hôpitaux de 1<sup>ère</sup> catégorie, 03 hôpitaux de 2<sup>ème</sup> catégorie, 11 Hôpitaux Régionaux (HR) et assimilés, 154 Hôpitaux de District (HD) et assimilés (répartis dans 180 Services de Santé de District) et, 155 Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), 1888 Centres de Santé Intégrés (CSI).

⇒ Le sous-secteur sanitaire privé comporte 652 FOSA dont 559 centres de santé privés à but non lucratif et 93 hôpitaux privés à but non lucratif. Quant aux hôpitaux toutes catégories confondues, 35% relève du sous secteur du privé à but non lucratif.

Le profil pays en ressources humaines effectué en 2009 par la Direction des Ressources Humaines (DRH) du Ministère de la Santé Publique a permis d'établir une base de données indiquant 19 155 personnels toutes professions confondues, dont 15 720 dans le secteur public et 3 435 dans le secteur privé. On note une inégale répartition de ces personnels entre les 10 Régions du pays. Les ratios varient de 0,17 médecins pour 10 000 habitants dans la Région de l'Extrême-Nord à 2,45 dans le Centre et de 0,31 infirmiers pour 10 000 habitants dans le Sud-Ouest à 7,41 dans le Centre.

Il existe au Cameroun un Système National d'Approvisionnement en Médicaments (SYNAME). Son objectif est de faciliter l'accès aux médicaments aux popula-

tions à travers l'adoption d'une politique du médicament générique, la mise en place des Centres d'Approvisionnement Pharmaceutiques Régionaux (CAPR) et d'une Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux essentiels (CE-NAME) dans le secteur public. Les CAPR assurent la distribution des médicaments et consommables médicaux aux FOSA au niveau régional et dans les districts de santé.

### 2.5.2. Secteur Education

Le secteur de l'éducation se définit comme l'ensemble des structures qui participent à la l'instruction, à l'éducation et à la formation morale et intellectuelle de l'individu. Il est constitué des institutions suivantes : le MINEDUB, le MINESEC, le MINESUP et le MINRESI.

Le MINEDUB est en charge de l'enseignement préscolaire et primaire. En 2007-2008, l'effectif total des élèves (6-11 ans) dans le primaire était de 3 201 477 (garçons : 1 732 874 ; filles : 1 468 603). Le MINESEC s'occupe de l'enseignement secondaire dont l'effectif total des élèves (12-18) en 2007-2008 était de 1 127 691<sup>9</sup> (garçons : 629 809 ; filles : 497 882).

Le taux de scolarisation en 2007 était de 79,8% chez les enfants âgés de 6 à 14 ans. Les raisons de la non fréquentation scolaire chez les enfants de 6-19 ans est le refus des parents ou la tradition (26,4%) et le coût élevé d'accès à l'école (17,5%).

En 2009, le MINESUP comprenait 07 Universités d'Etat et 44 institutions privées d'enseignement supérieur (IPES). La communauté de l'enseignement supérieur est estimée à 174 267 étudiants dont 151 106 dans les Universités d'Etat et 23 161 dans les IPES<sup>10</sup>. Le MINESUP compte 3 660 personnels. Chaque Université d'Etat dispose en son sein d'un centre médico-social fonctionnel.

Le MINRESI est en charge de la recherche scientifique et a sous sa tutelle toutes les institutions de recherche scientifique au Cameroun.

### 2.5.3. Secteur Social

Le secteur social est constitué de : Ministère des Affaires Sociales (MINAS), Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF), Ministère de la Jeunesse (MINJEUN), Ministère du Travail et de la

Sécurité Sociale (MINTSS) et Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (MINEFOP).

Le MINAS est chargé de la protection et de la promotion des droits des personnes et groupes vulnérables (enfance abandonnée, maltraitée, exploitée, personnes âgées, personnes handicapées, malades chroniques, nécessiteux, indigents...), de la prévention de la délinquance et de l'inadaptation sociale, de la lutte contre la marginalisation et l'exclusion sociale, de la promotion de la réinsertion et de l'intégration sociales, de la promotion au développement de la responsabilité partagée et citoyenne, à travers la solidarité nationale. Le MINAS est constitué d'une administration centrale avec des directions techniques et des services déconcentrés au niveau des Régions, des Départements et des Arrondissements, ainsi que d'institutions et services spécialisés pour répondre aux besoins spécifiques de sa population cible particulièrement exposée à l'infection et à l'impact négatif du VIH et du Sida.

Le MINPROFF est au cœur du mécanisme institutionnel de promotion des droits de la femme et de la famille et de promotion de l'égalité de sexe. Il est chargé de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des mesures relatives au respect des droits de la femme et à la protection de la famille. Il est constitué d'une administration centrale avec des directions techniques et des services déconcentrés au niveau des Régions et des Départements. Le MINPROFF dispose également d'unités techniques spécialisées d'encadrement socioprofessionnel des jeunes filles (Centres de Promotion de la Femme). Il travaille en partenariat avec d'autres départements ministériels, la Commission Nationale des Droits de l'Homme et des Libertés et les organismes de coopération bi et multi latérale.

Le MINJEUN est chargé de la préparation et de la mise en œuvre de la politique de la Nation dans le domaine de la jeunesse. A ce titre, il est responsable de : l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies appropriées pour faciliter la contribution de la jeunesse au développement du pays et à la promotion des valeurs de paix, de travail, de démocratie et de solidarité; la prise en compte des préoccupations des jeunes dans les stratégies de développement dans les différents secteurs; l'insertion sociale des jeunes ruraux et urbains; la promotion économique et sociale des jeunes et de leur regroupements; la coordination de l'action et du suivi des associations et mouvements de jeunesse; l'éducation citoyenne de la jeunesse. Il est également chargé du

<sup>8</sup> MINEDUB. Annuaire statistiques 2007-2008

<sup>9</sup> MINESEC. Annuaire statistiques 2007-2008

<sup>10</sup> MINESUP. Annuaire statistique 2009

service civique national de participation au développement et assure la tutelle des organismes relevant de son domaine de compétence.

Le MINTSS est chargé de la préparation, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique et des programmes de l'Etat dans les domaines des relations professionnelles, du statut des travailleurs et de la prévoyance sociale. A ce titre, il est responsable: du contrôle de l'application du Code du Travail et des conventions internationales ratifiées par le Cameroun ayant trait au travail; de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de prévoyance sociale; de la liaison avec les institutions du Système des Nations-Unies et de l'Organisation de l'Unité Africaine spécialisées dans le domaine du travail. Il assure la tutelle de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale et des organismes d'intervention en matière de prospection de l'emploi.

Le MINEFOP est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'emploi, de formation et d'insertion professionnelles. A ce titre, il est responsable de: la préparation de la politique de l'emploi, de la défense et de la promotion de l'emploi, de l'orientation et du placement de la main d'œuvre, des études sur l'évolution de l'emploi et du marché du travail, des études sur l'évolution des qualifications des emplois, la conception et de l'organisation des activités de formation professionnelle rapide.

### III. SITUATION DU VIH, DU SIDA ET DES IST

#### 3.1 Données épidémiologiques du VIH et du Sida

Les dernières données d'envergure nationale sur l'épidémie du VIH et du Sida au Cameroun datent de 2004. Il s'agit des résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSIII) qui ont confirmé le caractère généralisé de l'épidémie dans le pays, sa féminisation et sa juvénisation. Les jeunes, les femmes, les OEV, les handicapés et les groupes marginaux sont considérés comme des groupes vulnérables. Certains groupes spécifiques tels que les hommes en tenue, les travailleurs du sexe et leurs clients sont considérés comme à haut risque du fait de leurs comportements.

La séroprévalence estimée à travers un système de surveillance sentinelle auprès des femmes en consultation prénatale est passée de 7,3% en 2002 à 7,6% en 2009.

Les estimations sur l'impact de l'infection à partir des logiciels Estimation Projection Package (EPP) et Spectrum révèlent que la prévalence dans la population des 15– 49 ans se situe autour de 5,1 % en 2010, avec 560 306 personnes infectées (adultes et enfants), soit 326 278 femmes et 234 028 hommes. En 2010, la proportion des personnes les plus infectées se situe dans les tranches d'âges de 20 à 39 ans. Les enfants de 0 à 14 ans représentent 8,5% des PVVIH, soit 48 736 des cas. Le nombre de nouvelles infections reste croissant et se situe à 51 315 cas en 2010 (les femmes 28 635, soit 55,8%, contre 28 680 chez les hommes, soit 44,2%).

En 2009, une étude comportementale et de séroprévalence a été menée chez les travailleurs de sexe (Rapport enquête comportementale et de séroprévalence du VIH et de la Syphilis chez les TS au Cameroun, 2009). Les résultats montrent une évolution de la prévalence qui est passée dans ce groupe de 26,4 % en 2004, à 36,7 % en 2009. Selon la même étude, 60% des personnes interrogées déclarent utiliser régulièrement le condom et 72,7% déclarent l'avoir utilisé lors du dernier rapport sexuel. Ces chiffres montrent une différence significative par rapport à l'étude de 2004. Par ailleurs, les résultats de l'étude « Identité, pratiques sexuelles à risque en matière de VIH et de Sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans la ville de Douala » en 2008-2009, indiquent que le phénomène d'homosexualité existe au Cameroun et est pratiqué dans la majorité des cas par des jeunes avec un âge médian des personnes interrogées se situant à 25 ans. Dans ce groupe, l'utilisation du condom n'est pas systématique lors des rapports (utilisation par 43,7% des 168 personnes enquêtées)<sup>11</sup>.

L'impact humain et social de cette pandémie est important. Le nombre de cas de tuberculose parmi les personnes infectées par le VIH et le Sida, croît au fil des années et est estimé à près de 48 000 en 2010. Avec l'augmentation de la survie des PVVIH imputable en grande partie aux traitements ARV, ces dernières années ont été marquées par une réduction du nombre de décès dans la population des personnes infectées se situant à près de 34 000 en 2010 (CNLS, Rapport EPP-SPECTRUM 2009). En outre, on assiste à un accroissement important du nombre d'orphelins liés au Sida. Estimé à 240 000 entre 2004 et 2006 (ONUSIDA et OMS 2006), ce nombre se situerait à près de 304 210 en 2010, représentant près de 26 % du total des orphelins toutes causes confondues.

<sup>11</sup> Guemego C. Rapport sur l'identité, pratiques sexuelles à risque en matière de VIH/Sida chez les HSH dans la ville de Douala, 2009 (mémoire de Master, présenté à l'UHP de Nancy 1, France)



### 3.2 Données sur les IST

En 2009, 51 745 cas d'IST ont été notifiés et pris en charge au plan national. Les femmes sont de loin les plus infectées (82,5% des cas). Cela s'expliquerait par le fait que ces dernières utilisent plus les structures de soins que leurs partenaires. Le tableau ci-dessous montre l'évolution du nombre de cas d'IST notifiés et traités au cours de la période 2006-2009 dans les FOSA.

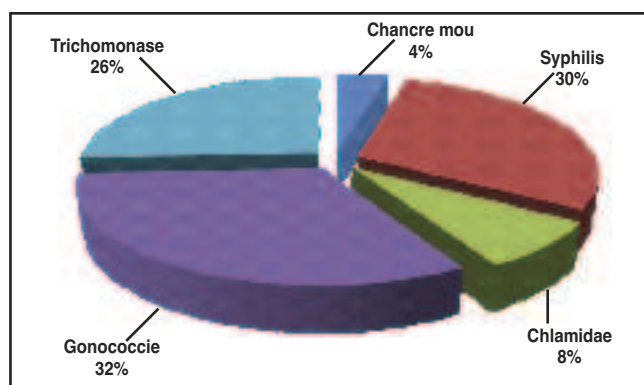
**Tableau 2 : Évolution des cas d'IST**

	2006	2007	2008	2009
Nombre de patients atteints d'IST reçus dans les FOSA et traités suivant l'algorithme national	47 488	22 789	63 881	51 745
% des IST chez les femmes	78,4%	54%	68%	82,5%
% des IST chez les hommes	21,6%	46%	32%	17,5%
Cible annuelle	1 196 641	1 260 526	1 372 882	1 660 526

**Source :** CNLS, Rapports annuels du CNLS, 2006, 2007, 2008, 2009

Le syndrome le plus fréquemment évoqué est la douleur abdominale basse qui représente 57,2 % des cas notifiés chez les femmes. Sur le plan étiologique, la gonococcie reste la première IST, avec 32,5 % des cas notifiés, suivie de la syphilis (29,7 %), du trichomonas (25,7%), du Chlamydia (8 %) et du Chancre mou (4,1%)<sup>12</sup>.

**Figure 1 : Répartition des cas notifiés d'IST selon les étiologies en 2009**



**Source :** CNLS, Rapport annuel 2009

### 3.3 Facteurs de propagation du VIH et des IST<sup>13</sup>

Au Cameroun, la propagation du VIH et du Sida au sein de la population est multifactorielle. Les principaux facteurs de transmission du VIH sont les suivants :

- ⇒ Facteurs liés à la connaissance et à l'information
  - Ignorance du statut sérologique : La connaissance de ce statut permet de prendre les dispositions appropriées pour limiter l'infection ;
  - Barrières à l'éducation, à la SSR, au VIH et au Sida : Les obstacles à l'information dans milieu familial liés aux tabous culturels, aux contraintes socioprofessionnelles et à l'ignorance des parents constituent des limites à la connaissance sur le VIH ;
- ⇒ Facteurs liés à la situation socio-économique
  - Pauvreté qui crée un environnement favorable à l'expansion de l'infection :
    - o accès limité aux services de santé ;
    - o absence de pouvoir de négociation ;
    - o priorité donnée aux besoins de survie à travers des comportements à risque ;
  - Activités augmentant la vulnérabilité des jeunes et des femmes (petit commerce ambulancier ; employés de maison, des lieux de restauration et de loisir, phénomène des enfants de la rue ; trafic des enfants et des femmes) ;
- ⇒ Facteurs liés à la situation socio-culturelle
  - Attachement aux valeurs et pratiques traditionnelles ou coutumières à risque ;
  - Dénigrement du VIH ;
  - Stigmatisation et discrimination ;
  - Pratiques en série de lésions corporelles dans des rituels traditionnels (scarifications, mutilations sexuelles, etc. ...) ;
  - Migration de certains groupes ethniques (nomades) ;
- ⇒ Facteurs socio comportementaux
  - Prostitution ;
  - Abus d'alcool et de stupéfiants ;
  - Non utilisation des préservatifs ;
  - Multiplicité des partenaires ;
  - Rapports trans-générationnels ;
  - Relations hétérosexuelles des HSH ;
  - Partenaires sexuels multiples.
- ⇒ Facteurs liés au genre
  - Viols, harcèlement sexuel ;
  - Discriminations vis-à-vis des femmes ;
  - Vulnérabilité biologique ;
  - Normes socioculturelles en défaveur des femmes
- ⇒ Facteurs liés aux conditions locales (milieu de vie)
  - Insuffisance de l'offre de préservatifs ;
  - Insuffisance de la sécurité de la transfusion san-

<sup>12</sup> CNLS : Rapport annuel 2009

<sup>13</sup> IRESCO 2003 : cartographie zone de transmission du VIH/Sida à Douala ; GTZ, 2009 : Viol et inceste au Cameroun ; CAMNAFAW 2009 : Mid-term report «Meeting Sexual diversity needs» ; IRESCO/ACMS : Partenaire de confiance ; IRESCO/PPSAC : 2008 ; IRESCO/CDC 2007 et EDSC 2004

- guine et des mesures de précautions universelles ;
- Faible accessibilité aux services de prévention et de prise en charge.

### 3.4 Principaux groupes moteurs et passerelles de l'épidémie

Ils sont classés en deux grandes catégories, suivant les facteurs de risque et de vulnérabilité de ces populations face à l'infection à VIH. Cela permet d'adapter la réponse et l'offre de service qui leur sont adressées.

Ces différents groupes sont :

- **Les populations à haut risque d'exposition au VIH** : il s'agit de celles dont le niveau d'infection est supérieur à la population générale. Elles sont caractérisées à la fois par leur haut risque d'exposition (enfants nés de mères séropositives) et/ou par le fait qu'elles peuvent jouer un rôle disséminateur de l'infection vers la population générale : camionneurs, TS, hommes en tenue, populations du milieu carcéral, HSH.
- **Les populations en situation de vulnérabilité biologique, sociale et/ou économique** : certains groupes de population présentent une vulnérabilité particulière du fait de leur constitution biologique à leur situation socio-économique. (absence de protection familiale, dépendance économique, inégalités liées au genre, etc.) . Il s'agit des femmes, des jeunes des handicapés des OEV, des populations marginales (Pygmées ; Bororos), migrantes ou mobiles.

Il n'existe pas de données récentes décrivant la situation dans ces groupes. Toutefois les données des activités de routine, montrent que la situation ne semble pas avoir véritablement changé. A titre d'exemple, la séroprévalence dans la population générale est restée à 5,1% en 2009 contre 5,5% en 2004. Chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans, elle est de 6,7% en 2009, contre 7,4 en 2002.

#### Les jeunes

Selon l'enquête EDSC-III, (2004) la prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est de 3,3% avec un ratio femme/homme de 3,4 (4,8% contre 1,4%). La prévalence du VIH chez les jeunes est passée de 1,4% en moyenne chez les 15-19 ans à 5,5% chez les 20-24 ans (7,9% chez les filles). La vulnérabilité de cette population est double en raison de sa jeunesse et de son évolution dans un environnement qui offre peu de possibilités d'acquiescer et/ou de maintenir

des comportements de vie protectrice vis-à-vis de l'infection à VIH. C'est pour cela que 59% des femmes pensent que cela devrait être fait contre 73% pour les hommes âgés de 18 à 49 ans, ayant entendu parler du Sida, pensent que l'utilisation du préservatif devrait être enseignée aux jeunes de 12 à 14 ans.

Les risques d'infection sont très élevés dans cette population. Chez les 15-19 ans, 54,7% des filles et 43% des garçons déclarent déjà avoir eu au moins un rapport sexuel (EDS-C III).

Chez les jeunes de 15 à 24 ans, le multi partenariat constitue également un facteur de vulnérabilité face au VIH. En effet, 4% des jeunes de 15 à 24 ans séropositifs ont eu au moins 2 partenaires sexuels à haut risque lors des 12 derniers mois avec une vulnérabilité plus élevée chez les femmes (9,3% contre 2,2%). De même, la prévalence est plus élevée parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans qui n'ont pas utilisé de préservatif que chez celles qui en ont utilisé, que ce soit lors de leurs derniers rapports sexuels ou lors de leurs derniers rapports sexuels au cours des 12 mois précédents l'enquête EDS-C III.

#### Les Camionneurs et leurs aides

Les camionneurs (qui incluent sous cette dénomination générique, les chauffeurs de poids lourds et leurs aides) constituent au Cameroun à la fois une population à haut risque d'exposition et un groupe susceptible de favoriser la dissémination de l'infection (groupe passerelle). Leur nombre est évalué au Cameroun à 186.000 (Bureau Général du Fret Terrestre) et la prévalence estimée à 16,3% en 2004<sup>14</sup>.

#### Les travailleurs du sexe

Le Travailleur du sexe (TS) est l'homme ou la femme qui se prostitue. Au Cameroun, les acteurs qui se livrent à cette activité se considèrent comme « fille libre » pour les prostituées femmes, le phénomène n'ayant pas encore d'appellation courante pour les hommes. Les Travailleurs du Sexe constituent un groupe à haut risque. Leur vulnérabilité est essentiellement due au multi partenariat sexuel qui les caractérise, et est accentuée par la non utilisation systématique du préservatif.

L'effectif total des TS est variable selon les sources. Un inventaire a été fait et le nombre de TS dans 447 sites inventoriés est estimé à 18 000 personnes (Rapport Cartographie des Travailleurs du Sexe, 2008). Le nombre exact de TS en activité n'est pas connu au Came-

<sup>14</sup> Rapport d'enquête séro-épidémiologique et comportementale sur le VIH et Sida dans les groupes spécifiques - 2004

roun, mais le rapport 2008 sur l'accès universel l'estimait à 20 145 en 2006 (*Vanderpите, SexTransm Infect 2006*).

En 2004 (EDS-C III), une faible proportion d'hommes (3%) a déclaré avoir eu des rapports sexuels avec une prostituée. Si cette proportion reste faible (bien que plus élevée à 6% chez les hommes en rupture d'union), seulement 64% de ces hommes ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours de ces derniers rapports sexuels.

Parallèlement, le taux de séroprévalence chez les travailleurs (ses) du sexe est passé de 26,4% en 2004 (Rapport CNLS 2004) à 36,8% en 2009.

### **Les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH)**

En dépit du peu de données existantes sur la population des HSH au Cameroun, ce groupe est bien identifié bien qu'il ne soit pas reconnu officiellement et culturellement. Une étude menée à Yaoundé et à Douala entre 2000 et 2002 auprès de 81 HSH ayant accepté de répondre à des interviews a révélé que 58% d'entre eux se déclaraient comme des « homosexuels purs ». Néanmoins parmi ce sous-groupe 28,6% avaient déjà eu une relation sexuelle avec le sexe opposé (Gueboguo C., 2007). Les HSH constituent donc un groupe de plus haut risque d'exposition au VIH qui peut être à la fois une population à haut risque de contamination mais aussi constituer un groupe passerelle de diffusion dans d'autres sous-groupes.

### **Les forces de défense et de sécurité**

Les forces de défense et de sécurité constituent une cible particulière sur laquelle il faut concentrer les actions de lutte contre le VIH. La surveillance de l'évolution de l'infection à VIH a été faite dans ce groupe. En 2005, l'étude de séroprévalence et comportementale parmi les forces de l'ordre au Cameroun a révélé une prévalence de 11,2%. De même parmi les militaires, 63% ont bénéficié d'un dépistage du VIH selon l'enquête réalisée en 2004. Les Programmes de prévention parviennent à atteindre 59,3% des militaires<sup>15</sup>

### **Les populations du milieu carcéral**

Les populations du milieu carcéral sont un groupe vulnérable à cause de la promiscuité et leurs conditions

de vie. En 2009, 6 170 (76%) détenus sur 8 161 nouveaux entrants enregistrés, ont accepté de se faire tester pour l'infection à VIH. 492 (8,0%) cas positifs au VIH ont été diagnostiqués à l'entrée en prison. La coïnfection VIH/Tuberculose est aussi préoccupante dans ce milieu. En 2009, sur 1867 cas suspectés, 302 cas de tuberculose à bacilloscopie positive ont été diagnostiqués et pris en charge.

### **Les populations marginales, réfugiées et/ou déplacées (Pygmées, Bororos)**

Les Pygmées constituent une minorité autochtone qui doit être protégée. Ils représentent une des communautés les plus démunies, vivant dans des localités isolées et d'accès souvent difficile. Ils sont considérés comme peu évolués et souffrent d'une discrimination et d'une marginalisation socioculturelle de la part des populations environnantes qui les dominent et les exploitent sexuellement.

Les Bororos constituent une des populations marginales du Cameroun<sup>16</sup>. Ils sont sujets à la marginalisation, aux préjugés et ont un accès limité aux services sociaux de base. Ils pratiquent la transhumance et sont victimes de l'exclusion sociale des populations sédentaires qui ne reconnaissent pas leur mode de vie et leurs droits. Les femmes Bororos entrent plus souvent en contact avec les populations environnantes car elles sont chargées de vendre les produits laitiers dans les concessions.

Depuis le début de l'épidémie, les approches spécifiques de prévention en direction des populations de Pygmées et Bororos sont presque inexistantes. Le dépistage<sup>17</sup> mené en zone exclusivement pygmées indique une séropositivité de 2,5%. Cette séropositivité est déjà assez problématique si l'on considère la taille de ce sous groupe de la population.

Les facteurs communs de vulnérabilité au VIH des Pygmées et Bororos, sont notamment leur accès limité aux infrastructures et services sociaux de base (éducation et santé) ainsi qu'aux informations et aux connaissances sur le VIH et le Sida. Même quand ces services existent, ils ne sont pas adaptés à leur style de vie ;

### **Les handicapés**

Selon le Ministère des Affaires Sociales, la proportion des handicapés est estimée à 10% de la population du Cameroun, soit 1 940 010 en 2010, dont 30% sont

<sup>15</sup> Rapport de Progrès sur la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida UNGASS, décembre 2009

<sup>16</sup> Indigenous and Tribal People and Poverty Reduction Strategy in Cameroon, 2005

<sup>17</sup> Rapport FONDAF 2005/Projet de prévention du VIH et des IST le long du corridor pipeline Tchad-Cameroun

aveugles et mal voyants, et 20% sont sourds et/ou muets. Les handicapés sensoriels représentent quant à eux 10% de l'ensemble des handicapés. Malgré leur poids démographique, les handicapés ne sont pas spécifiquement ciblés par des interventions de lutte. Bien qu'aucun chiffre de prévalence ne soit connu dans ce groupe, la vulnérabilité de cette population au VIH est considérable, en raison des facteurs parmi liés au faible niveau d'instruction générale et professionnelle, au faible accès à l'information et aux services de santé à la stigmatisation et à la discrimination dont ils sont victimes.

### **Les orphelins et enfants vulnérables**

L'OEV est un être humain âgé de moins de 18 ans qui a perdu au moins l'un de ses parents ou tuteur légal, exposé aux risques de toute sorte du fait de la déstabilisation de la cellule familiale (transmission du VIH de la mère à l'enfant, accès limité à la citoyenneté, croissance limitée, accès limité à l'éducation, exploitation de toute, transmission sexuelle du VIH) et qui ne bénéficie pas d'un encadrement familial ou communautaire satisfaisant. L'on estime à 304 210 le nombre d'orphelins du Sida vivant au Cameroun en 2010 (CNLS, Rapport EPP Spectrum, 2009).

### **Les populations mobiles (réfugiés, déplacés internes, pêcheurs...)**

Selon les statistiques de l'UNHCR, 102 130 réfugiés vivent sur le sol camerounais au 1er janvier 2010. Près de 99 000 d'entre-deux cohabitent avec la population locale, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. A ce jour, près de 83 000 réfugiés centrafricains, majoritairement Bororos sont installés dans les Régions de l'Est et de l'Adamaoua.

La précarité financière et économique de cette population, accentuée par le faible niveau d'instruction et d'éducation de la majorité des réfugiés les expose aux risques d'infection et ou de propagation du VIH. Aucune enquête n'a été menée à ce jour pour évaluer le taux de prévalence du VIH dans ce groupe. Ces populations réfugiées et déplacées internes devraient être ciblées de manière singulière dans la stratégie de riposte nationale contre les IST/VIH-Sida au regard de leur spécificité.

## **IV. REPONSE NATIONALE FACE AU VIH, AU SIDA ET AUX IST ENTRE 2006-2010**

### **4.1 Dispositif institutionnel et organisationnel de la réponse**

Grâce au leadership des pouvoirs publics, la réponse nationale au VIH au Cameroun est organisée autour d'un cadre d'intervention multisectoriel, le Plan Stratégique 2006 – 2010 qui se voulait multisectoriel et décentralisé, visait à impliquer tous les secteurs et acteurs dans la lutte contre cette maladie en vue de mettre en œuvre des interventions adéquates.

Différentes formes de partenariats ont été élaborés à l'instar du partenariat public/privé dans la lutte contre le VIH. A cet effet, au niveau national sont impliqués :

- les entreprises privées et parapubliques (88 conventions avec le CNLS) ;
- les organisations et associations non gouvernementales ;
- les confessions religieuses ;
- les Ministères qui disposent de plans sectoriels et de points focaux spécialisés sur les questions du VIH ;
- les coopérations bi et multilatérale ;
- les organisations et associations non gouvernementales ;
- le Système des Nations Unies.

L'organigramme de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST au Cameroun est présenté à la figure 4 de ce document.

### **4.2 Principaux résultats par axe stratégique**

#### **4.2.1. Axe stratégique I : «Vers l'accès universel à la prévention en faveur des groupes cibles prioritaires»**

##### **• Conseil et dépistage du VIH**

La stratégie fixe à travers l'approche « conseil et dépistage initié par le prestataire (CDIP) » dans les hôpitaux et la stratégie mobile (caravanes et unités mobiles) ont été essentiellement utilisées. Entre 2006 et 2009, plus de 1 800 000 personnes ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH, et retiré les résultats. Cette réalisation représente 13,6% des 13,2 millions de personnes fixées par le Plan. Cette faible performance est due à de nombreux facteurs parmi lesquels : la faible utilisation du CDIP dans les formations sanitaires en dépistage ; les nombreuses ruptures de stocks des intrants enregistrées surtout en 2009 et l'expiration de contrats



des prestataires des unités mobiles à la même période ; la diminution des ressources allouées au secteur santé et la faible implication des autres partenaires du secteur notamment les ONG et associations qui peuvent servir de bons catalyseurs aux activités de conseil et dépistage.

#### • **Lutte contre les IST**

Les interventions de prévention et de traitement ont été intensifiées, surtout en direction des camionneurs/rouliers, des hommes/femmes en tenue, des jeunes scolarisés et non scolarisés, des étudiants, et des personnels des services pénitenciers/prisonniers. Le nombre de patients atteints d'IST reçus dans les formations sanitaires et traités suivant l'algorithme national est passé de 47488 (en 2006) à 185 903 en (2009), ce qui représente 4% de la cible (5 490 575) de la période.

#### • **Promotion des préservatifs**

La distribution des préservatifs féminins et masculins connaît une évolution. Elle est passée de 143 593 en 2008 à 382 276 préservatifs féminins en 2009. La consommation annuelle de préservatifs masculins entre 2006 et 2008 est passée de 33 242 888 à 33 485 765 préservatifs. Toutefois le problème de l'assurance qualité des préservatifs commercialisés dans le pays se pose de manière cruciale, car certaines structures d'approvisionnement et de distribution n'utilisent pas systématiquement les services du LANACOME chargé du contrôle de qualité des produits pharmaceutiques. Le taux de couverture des besoins reste encore faible (31%), ainsi que la couverture en points de vente. 40% du total des points de ventes sont en milieu rural.

#### • **Sécurité sanguine**

Le nombre d'unités de sang transfusé et ayant fait l'objet de dépistage du VIH, a progressé. Il est passé de 26 079 en 2006 à 81 692 en 2009. Cependant, les données de 2009 montrent que les réalisations annuelles sont en deçà des besoins en poches de sang requises. Dans l'ensemble, si le nombre d'unités de sang transfusé ayant fait l'objet du dépistage du VIH a augmenté, il ne représente que 13,3% des besoins globaux sur la période 2006-2009. Dans ces conditions, le recours aux donneurs de sang familiaux est encore très répandu et représente plus de 75% des poches de sang collectées. Sur le plan institutionnel, un service de sécurité transfusionnelle a été créé à la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) du MINSANTE. Néanmoins, le Cameroun ne dispose pas d'un service de transfusion sanguine organisé suivant les recommandations internationales.

#### • **Renforcement de la prévention du VIH chez les jeunes**

Les différentes interventions menées chez les jeunes ont permis de renforcer les capacités des encadreurs de cette catégorie d'âge, de développer « des compétences de vie » chez les jeunes scolarisés et non scolarisés, d'intégrer la lutte contre le VIH et les IST dans les curricula de formation à différents niveaux. Le pourcentage des jeunes qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avant 15 ans pour les filles et 18 ans pour les garçons était respectivement de 13,4% et 61,8% en 2008. Celui des hommes et des femmes âgés de 15-24 ans qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque était respectivement de 58,5% et 45,8%.

#### • **Prévention des nouvelles infections chez les femmes**

La réponse a été apportée sous le leadership du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille. Des campagnes de sensibilisation ont été faites en direction des femmes sur l'adoption des comportements à moindres risques telles que l'utilisation du préservatif et le dépistage du VIH. En 2008, le pourcentage des femmes (15-24 ans) indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque était de 45,7%.

Les actions de prévention ont également porté sur la lutte contre les violences faites aux femmes à travers des causeries éducatives, des médiations, des négociations et des conseils conjugaux et familiaux. Des campagnes de légalisation des unions, de dépistage pré-nuptial et en couple du VIH participent de cette prévention. Les associations et réseaux d'associations féminines ont été sensibilisés pour s'y impliquer davantage en intégrant la prévention dans leurs activités de routine. Dans le même ordre d'idées, des campagnes et des actions spécifiques sont menées, en collaboration avec les partenaires au développement, en direction des groupes dont la culture tolère encore des pratiques néfastes au bien-être de la femme, de la jeune fille et de la veuve.

#### • **Prévention de la transmission mère enfant du VIH**

La PTME est un service de base intégré dans toutes les formations sanitaires offrant la Consultation Périnatale (CPN). Elle a été mise en œuvre dans un contexte où les indicateurs de la santé de la reproduction sont faibles (43% des accouchements ont lieu dans des formations sanitaires, 58,9% des accouchements sont pratiqués par un personnel non qualifié). Le passage à

l'échelle de la PTME a permis de mettre en place les services dans 99,4% des districts de santé contre 64% en 2005 et d'accroître de 462 en 2005 à 2025 en 2009, le nombre de formations sanitaires offrant ce service, soit 78% de celles qui offrent la CPN. Le tableau ci-dessous montre l'évolution des indicateurs PTME sur la période de mise en œuvre du PSN 2005-2009.

**Tableau 3 : Évolution des indicateurs PTME 2005-2009 au Cameroun**

Indicateurs	2005	2006	2007	2008	2009
% et nombre de femmes enceintes reçues en CPN1	7,2%	12,5%	28% (260319)	37% (343114)	35% (333386)
% de femmes enceintes testées au VIH en CPN1	31%	67,8%	77,7%	81,8%	82%
Taux de séropositivité au VIH chez les femmes enceintes testées en CPN1	9%	7,5%	5,8%	6,4%	5,8%
% de femmes enceintes VIH+ ayant reçu des ARV prophylactiques	9%	62%	46,6%	56,4%	56,7%
% d'enfants exposés au VIH reçus dans une formation sanitaire et ayant bénéficié des ARV prophylactiques	ND	9%	42,7%	79,1%	100%
Nombre d'enfants exposés au VIH testés à 6 semaines par PCR	ND	ND	ND	2908	8940
% et nombre d'enfants testés positifs par PCR	ND	ND	ND	9,7% (281)	9,6% (865)
% et nombre d'enfants testés VIH+ après 12 mois	35%	24%	23%	22%	29%

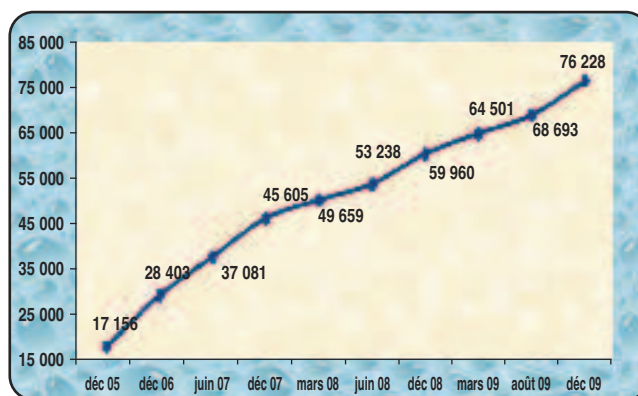
Au cours de l'année 2009, 10 322 femmes enceintes testées séropositives dans les CPN ont reçu les ARV à titre prophylactique, soit une performance de 56,7%. Cependant, la couverture nationale de la cible reste très faible, soit 15,7% des femmes enceintes séropositives attendues en 2009. Des efforts doivent être accentués pour améliorer la fréquentation des services de CPN et l'accouchement dans les FOSA, la disponibilité des réactifs et intrants, l'établissement de liens entre les différents services de santé de la mère et de l'enfant et le renforcement de la sensibilisation des partenaires des femmes enceintes séropositives pour assurer un meilleur suivi de la femme et de l'enfant. En décembre 2009, 19% des enfants exposés au VIH attendus étaient mis sous traitement ARV. Des efforts importants ont été déployés pour le suivi des enfants exposés au VIH, avec la mise en place du diagnostic précoce et des ARV pédiatriques.

#### 4.2.2. Axe stratégique II : Vers l'accès universel aux traitements et soins en faveur des enfants et des adultes vivant avec le VIH

L'accès universel au traitement relève du secteur santé. Le MINSANTE a poursuivi le renforcement des dispositions institutionnelles avec la création de nouvelles UPEC (Unités de Prise en Charge). Entre 2006 et 2010, le nombre de CTA est passé de 23 à 28. Le nombre de districts de santé ayant une UPEC/CTA opérationnelle est passé de 64 à 112, couvrant ainsi 100 districts de santé sur les 178 prévus, soit une couverture de 56,2% contre 36% en 2005.

Le nombre de PVVIH éligibles mis sous traitement est passé de 17 156 (en fin 2005) à 76 228 (en fin 2009). Ceci correspond à une augmentation de la couverture des besoins de 23% (en 2005) à 46,5% (en 2009).

**Figure 2 : Évolution de la file active des malades sous ARV : 2005 – décembre 2009**



Chez les enfants (0 à 14 ans), en fin décembre 2009, 3114 enfants étaient sous ARV gratuits, soit 18 % des 17337 éligibles. Même s'il est en nette augmentation par rapport aux années précédentes, ce chiffre reste en deçà du niveau acceptable de l'objectif de 100% des besoins en thérapie fixé par le PSN.

La gratuité des médicaments des infections opportunistes a amélioré l'accès de la prise en charge des infections opportunistes (IO) et des efforts ont été faits pour améliorer l'état nutritionnel des PVVIH.

Des efforts ont été faits dans l'intégration des activités TB, VIH, et Sida. 10 CTA/UPEC (sur les 140) ont mis sous traitement préventif à l'INH 806 patients VIH+ éligibles sur un objectif de 1 017 en 2009. Tous les 216 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) offrent systématiquement le dépistage du VIH (le taux de réalisation du test est passé de 48% en 2007 à 74% en 2009). En fin 2008, 95% des patients coinfectés TB/VIH ont reçu du cotrimoxazole, contre 7% en

2007. Par ailleurs, 53% des patients TB/VIH ont bénéficié d'un traitement ARV en fin 2008 contre 7,6% en 2007.

Entre 2006 et 2009, 508 Agents de Relais Communautaires (ARC) ont été déployés dans tous les CTA et UPEC. Leurs activités ont permis à 65 910 PVVIH de bénéficier d'un paquet minimum de soutien (prise en charge psychosociale, fourniture de brochures d'information sur la vie avec le VIH et référence vers les unités de traitement, soins à domicile, aide à l'observance, visites à domicile pour la recherche des perdues de vue, causeries éducatives pour l'observance, conseils de suivi, appui nutritionnel, réalisation des activités génératrices de revenus et soutien juridique) en 2009, contre 184 en fin 2005.

Les activités de soutien nutritionnel des PVVIH sont restées très fragmentaires, se limitant pour la plupart du temps à la fourniture des vivres dans le cadre des visites à domicile menées par les ONG, les OBC et les autres groupes communautaires.

#### 4.2.3. Axe stratégique III : Protection et soutien aux OEV

Entre 2006 et 2009, le nombre d'OEV soutenus annuellement a progressé de 20 750 à 78 001 sur les 183 523 OEV identifiés. Ces efforts ont permis de couvrir 25% du nombre total (304 210) des orphelins du Sida estimé en 2010. Une base de données sur les OEV a été mise en place dans chacune des 10 Régions et au niveau central. 52 organisations de la société civile ont été capacitées pour la prise en charge des OEV et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des OEV.

En 2009, un document de politique pour le développement intégral du jeune enfant (DIJE) a été élaboré et contribue à l'orientation des actions de protection et de soutien aux OEV.

Dans initiatives comme (i) les caisses de solidarité communautaires pour la prise en charge des personnes infectées et affectées et (ii) la formation professionnelle pour un emploi ou auto-emploi et l'appui à l'installation des OEV ont été développées dans certaines localités du pays et méritent d'être renforcées.

#### 4.2.4. Axe stratégique IV : Appropriation de la lutte par les acteurs

Les principaux acteurs de la lutte contre le VIH et le Sida sont : les PVVIH, les communautés, les secteurs public (structures ministérielles) et privé (formels et in-

formels), les organisations religieuses, les OSC, etc. Le CNLS a accompagné et appuyé la mise en place et le fonctionnement de 177 associations et 2 réseaux d'associations de PVVIH au 31 décembre 2007.

#### • **Les PVVIH**

Dans le cadre du GIPA, une stratégie d'implication et de représentativité des PVVIH dans les instances décisionnelles de la lutte contre le Sida a été mise en place (CNLS, Country Coordinating Mechanism, Comités Régionaux de Lutte contre le Sida). Les PVVIH participent également aux activités dans les structures opérationnelles de prise en charge (conseils pré et post test, aide à l'observance des traitements, recherche des perdues de vue, prise en charge communautaire etc.). En fin 2009, près de 177 associations et trois réseaux de PVVIH ont été répertoriés dans le pays.

#### • **Les communautés**

L'approche de mobilisation communautaire basée sur les collectivités locales décentralisées et les Comités de Santé des Aires de Santé (COSA) et a été poursuivie. Un regroupement des municipalités (Alliance des Maires et des Autorités Municipales contre le VIH et le Sida au Cameroun) a vu le jour et s'est impliquée activement dans le développement de la réponse communautaire.

#### • **Les organisations de la société civile**

Les capacités de près de 1 500 membres des ONG/Associations et des OBC ont été renforcées à la prise en charge des PVVIH et le conseil et dépistage du VIH dans les communautés. En 2009, les organisations de la société civile impliquées dans la lutte contre le Sida se sont engagées dans le processus de mise en place d'une plate forme de concertation et d'action.

#### • **Les médias**

Les différents organes de presse (TV, radio, presse écrite) ont contribué à la diffusion permanente des messages de sensibilisation et de promotion du changement de comportement auprès des populations. Les réalisations majeures ont été la couverture médiatique des événements spéciaux sur le VIH et le Sida (Vacances Sans Sida, Journée Mondiale contre le Sida...), la production et la diffusion des microprogrammes, des émissions radio et télé, ainsi que des spots de lutte contre le Sida.

### • Les organisations religieuses

Les organisations religieuses, à l'instar de la Conférence Episcopale du Cameroun, la Conférence des Eglises Protestantes du Cameroun, l'Association Culturelle Islamique du Cameroun... disposent des Programmes de lutte contre le VIH et le Sida. Elles interviennent dans les domaines divers : sensibilisation à travers les prêches dans les églises, les mosquées et les temples, traitement et soins aux PVVIH dans leurs FOSA, prise en charge des OEV.

### • Le secteur privé (entreprises privées et parapubliques)

Entre 2006 et 2009, le secteur privé à travers les entreprises regroupées autour du GICAM, ont renforcé leur implication et leur contribution à la lutte contre le VIH et le Sida.

Les réalisations les plus marquantes sont : (i) la signature de la convention de partenariat public-privé entre le MINSANTE et le GICAM pour la prise en charge des PVVIH ; (ii) la signature de la convention entre l'OIT et 12 entreprises pour le renforcement de la lutte contre le Sida en milieu du travail ; (iii) le développement des activités de lutte par 65 entreprises du portefeuille du GICAM, 25 PME/PMI de Douala (CCA/Sida), 9 entreprises de la filière bois et 5 entreprises du secteur du transport ; (iv) le renforcement des capacités des employeurs, des travailleurs, la mise en place des comités de lutte, l'élaboration des politiques et plans d'action de lutte contre le Sida en entreprise.

### • Le secteur informel

Le secteur informel qui représente environ 85% des travailleurs souvent en situation de précarité n'a pas bénéficié d'actions soutenues. La faible structuration/organisation et les défis en matière de représentation des acteurs de ce secteur participent des raisons souvent évoquées pour justifier le peu d'actions réalisées.

Cependant, quelques interventions ont été développées. Il s'agit de : (i) la mobilisation des conducteurs de taxis et de motos-taxis à travers 30 campagnes de sensibilisation et de dépistage du VIH ; (ii) l'organisation des campagnes de dépistage du VIH au profit de 3000 membres des coopératives, travailleurs du secteur informel et leurs familles ; (iii) la mise en place des comités de lutte contre le VIH/Sida dans 22 Coopératives et (iv) le développement et l'intégration d'une approche d'autonomisation financière des femmes vulnérables et des PVVIH dans 5 institutions de micro finance.

### • Le secteur public

La mise en œuvre de la circulaire du Premier Ministre relative à la création des Programmes Sectoriels de Lutte contre les IST, le VIH et le Sida s'est poursuivie au cours de la période 2006 – 2010. Plusieurs départements ministériels ont mis en place des Comités Sectoriels, élaboré des plans d'action et 26 ministères ont inscrit des lignes pour la lutte contre le Sida dans leurs budgets annuels.

Les points focaux de lutte contre le Sida des départements ministériels ont été formés et ont contribué à l'organisation des campagnes de sensibilisation et de dépistage du VIH en faveur de leurs personnels et des populations couvertes par leurs interventions.

#### 4.2.5. Axe stratégique V : Surveillance épidémiologique et promotion de la recherche

### • Surveillance épidémiologique

De 2006 à 2009, les indicateurs comportementaux ont été suivis à travers : (i) la réalisation de l'enquête MICS en 2006 qui a permis de disposer des données de connaissance de l'épidémie chez les jeunes ; (ii) la réalisation d'une enquête CAP auprès des jeunes en 2008, (iii) la réalisation de l'enquête séro-épidémiologique et comportementale sur le VIH et le Sida et la syphilis chez les femmes enceintes et les travailleurs de sexe en 2009 ; (iv) la réalisation des enquêtes de surveillance sentinelle de 2007 et 2009. Ces enquêtes ont permis de renseigner sur les facteurs de risques au VIH et au Sida au sein de la population. Elles ont également servi à l'actualisation des données sur les estimations et les projections en matière du VIH et du Sida au Cameroun.

La notification universelle des cas de Sida et des IST est effective et alimente les rapports annuels du CNLS. Cependant, elle connaît des faiblesses sur le plan de la complétude et la promptitude.

Une stratégie nationale de prévention et de surveillance de la résistance du VIH aux traitements ARV (PRVIH) est mise en œuvre depuis 2008. Elle a permis d'élaborer un plan pluriannuel (2008-2012), de collecter les données sur les indicateurs d'alerte précoce (IAP) dans 20 des 140 centres de traitements (CTA et UPEC), d'évaluer la prévalence de la résistance transmise à Yaoundé et Douala de suivre la résistance aux ARV dans un site de Yaoundé.

On note l'absence d'un système de surveillance des tendances épidémiologiques des infections opportunistes. Cependant, la surveillance de l'évolution de la



coïnfection VIH-TB est effective et se fait dans le cadre de la mise en œuvre des activités de collaboration TB-VIH par les 2 Programmes. En vue de renforcer les activités de collaboration entre les Programmes TB et VIH, un groupe de travail TB-VIH a été créé par le MIN-SANTE.

#### • Promotion de la Recherche

Il n'existe pas encore à ce jour une base de données sur les activités de recherche (opérationnelle et fondamentale) sur le VIH et le Sida menées au Cameroun. Toutefois, certaines études qui ont obtenu une clearance éthique du Comité National d'Ethique (CNE) et une autorisation administrative du MINSANTE sont répertoriées au sein de la DROS/MINSANTE. La diffusion et la vulgarisation des résultats de ces recherches restent très faibles.

A ce jour, un plan de renforcement des capacités des gestionnaires du Programme en recherche opérationnelle n'est pas disponible et les activités de formation n'ont pas été réalisées, sauf dans le cadre des études spécifiques. Toutefois, le Diplôme Inter Universitaire sur le VIH et le Sida créé au sein de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I à l'intention des gestionnaires des Programmes VIH et Sida, comporte une formation en recherche opérationnelle.

Pendant la période 2006-2010, aucune étude de recherche opérationnelle pour la meilleure implication des tradipraticiens dans la lutte contre le VIH et le Sida n'a été rapportée. La valorisation du patrimoine thérapeutique traditionnel spécifique au VIH et au Sida est insuffisamment organisée au Cameroun.

#### 4.2.6. Axe stratégique VI : Renforcement de la coordination, de la gestion, du partenariat et du suivi évaluation

- La coordination et le partenariat ont été renforcés par les structures de coordination qui sont le CNLS, la Commission Mixte de Suivi, le CCM, l'équipe conjointe du SNU. En dépit de ce renforcement, il faut souligner qu'il y a encore une insuffisance de concertation et d'échange d'informations, et que la recherche des intérêts communs est très limitée. Aussi, l'approche multisectorielle de la lutte ne peut-elle être efficace que grâce à un partenariat effectif.
- Concernant la gestion, il est à relever que les réalisations en rapport avec ce volet permettent d'observer qu'il n'existe pas encore un système permettant la traçabilité de l'ensemble des res-

sources injectées dans la lutte contre le VIH au cours de la période PSN 2006-2010.

- Les financements pour la mise en œuvre du PSN ont pu être obtenus grâce aux contributions de l'Etat, de la Banque Mondiale, du Fonds Mondial, des agences du Système des Nations Unies, des partenaires bilatéraux et multilatéraux, du secteur privé, des bénéficiaires. L'enquête NASA a identifié une mobilisation des fonds d'un montant de 65, 4 milliards de FCFA au cours de la période 2006-2008. Ce montant représente 33% des 197,5 milliards prévus pour la mise en œuvre du Plan.
- Concernant les ressources humaines, il y a eu renforcement des capacités des personnels impliqués dans la mise en œuvre des activités de ce Plan Stratégique. Il s'agit du recrutement des 506 ARC et d'autres personnels d'appui et la formation de nombreux prestataires parmi lesquels 1 694 prestataires communautaires et 3 625 personnels médicaux et paramédicaux.
- Dans le domaine de la gestion de l'information, un site web a été créé au CNLS. Par ailleurs, le matériel informatique et de communication (VSAT) a été mis à la disposition des structures périphériques. Cependant, les coûts liés à leur maintenance et leur fonctionnement sont un défi majeur.
- Dans le domaine du suivi-évaluation, des documents normatifs et les principaux logiciels (guide de S&E, module de formation, RTS, CRIS) pour le suivi-évaluation du PNLS sont disponibles. Au niveau régional, des unités de suivi évaluation ont été mises en place dans chacune des Régions. Le fonctionnement de ces unités est compromis par l'instabilité du personnel.

#### 4.3 Analyse de la réponse au niveau des groupes spécifiques

Au cours de la période 2006-2010, les groupes spécifiques ont bénéficié des actions de lutte contre le Sida dans les établissements scolaires, dans le milieu carcéral, dans les casernes militaires et en milieu universitaire.

Le dépistage volontaire et gratuit du VIH a été effectué chez les camionneurs et les populations riveraines des axes routiers, les professionnelles de sexe, les jeunes en milieu scolaire et extrascolaire, les hommes en tenue, etc. Des innovations en matière de dépistage ont été mises en place pour améliorer les taux de retraits des résultats de dépistage du VIH, comme la remise d'une moustiquaire imprégnée de longue durée à

titre gratuit à ceux qui retirent leurs résultats. Ces innovations ont été mises en place avec succès auprès des hommes en tenue et des jeunes en milieu extrascolaire. Le test de dépistage du VIH est gratuit pour les femmes enceintes, les enfants de 0 à 15 ans, les élèves et les étudiants dans les Centres Médicaux Sociaux, les prisonniers, et coûte 500 FCFA pour le reste de la population. Le coût du paquet de bilan biologique pré-thérapeutique a été réduit à 3000 FCFA.

Le dépistage des IST auprès des populations à risque (camionneurs des grands axes routiers et populations riveraines, hommes en tenue,...) est également utilisé comme porte d'entrée au dépistage et à la prise en charge (PEC) du VIH. Il faut noter que l'exploitation de cette porte d'entrée reste encore limitée.

L'action combinée de la CENAME et de l'ACMS a permis de mettre en place des points de vente de préservatifs dans toutes les dix Régions du Cameroun. Le préservatif féminin est passé de 1000 à 100F l'unité. La contractualisation avec les associations et les organisations de la société civile a facilité la distribution et la promotion du préservatif. Bien que ces interventions aient contribué à améliorer de façon notable l'offre des préservatifs au Cameroun, des efforts restent à faire en terme de couverture des zones semi-urbaines et rurales, et de disponibilité des préservatifs auprès des populations les plus à risques (travailleurs du sexe, camionneurs, populations migrantes, pêcheurs, HSH, hommes en tenue). Le gap entre les besoins à couvrir et les besoins couverts restent encore très importants, car à ces jours, seulement 31% des besoins en préservatifs masculins sont couverts.

#### 4.4 Analyse des résultats par thématiques transversales

##### 4.4.1. Prise en compte du genre

Bien que n'ayant pas été formellement annoncée dans le PSN 2006-2010, l'approche genre transparait dans les activités menées. Au-delà de la désagrégation des données (par ailleurs faiblement appliquée) certaines interventions ont ciblé les violences basées sur le genre et certains groupes vulnérables (jeunes, HSH, femmes, OEV, handicapés)<sup>18</sup>; le renforcement des capacités des organisations féminines pour la riposte au Sida ; le développement d'activités génératrices de revenus au profit des femmes. En matière de budgétisation, le genre n'a pas été pris en compte dans le Plan Stratégique.

##### 4.4.2. Prise en compte des Droits Humains

Au cours de la mise en œuvre du PSN 2006-2010, la prise en compte des droits humains a été effective à travers : la lutte contre la stigmatisation, l'augmentation de l'accessibilité aux soins à travers la décentralisation et la subvention des coûts de services et le soutien aux OEV pour garantir leur accès à la santé, à l'éducation et à l'alimentation, éléments fondamentaux des droits de l'Homme. L'ensemble de ces mesures a permis d'améliorer l'équité en rapprochant les services des populations qui en ont le plus besoin.

## V. SYNTHÈSE DES PRIORITÉS DE LA LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST POUR LA PÉRIODE 2011-2015

Dans le domaine de la prévention, la riposte au VIH et Sida au cours de la période 2006-2010 a eu de nombreux acquis. Cependant, la prévalence reste élevée et le pays se trouve toujours en situation d'épidémie généralisée avec des foyers importants dans certains groupes de la population ou certaines Régions. Il devra s'agir au cours de la période 2011-2015 de développer des stratégies efficaces et efficientes pour renforcer la prévention du VIH et des IST dans les groupes et les Régions où l'épidémie est importante en prenant toutefois le soin de maintenir un niveau acceptable de réponse dans les autres parties du pays. Les préoccupations restent entières dans les domaines de la transfusion sanguine, de la santé sexuelle et reproductive ainsi que sur les violences faites aux filles et aux femmes. Pour la PTME, l'ambition est de l'éliminer telle que prônée au plan mondial.

Dans le domaine du traitement, des soins et du soutien aux PVVIH, les efforts de décentralisation ont permis d'accroître de manière exponentielle le nombre de personnes sous traitement ARV. La proportion de plus en plus grande de patients qui passent en 2ème ligne dénote des insuffisances existantes dans le suivi des malades. Par ailleurs, selon les estimations, un gap important existe entre les besoins et le nombre de personnes sous ARV. Il s'agira donc de développer des stratégies en direction des acteurs du secteur santé (public, privé, confessionnel/religieux, communautaire) afin qu'ils contribuent de manière efficace à l'atteinte des objectifs en matière d'accès universel aux soins et traitement. Ces stratégies prioritaires devront intégrer la poursuite de la décentralisation, l'intégration des services visant la prise en charge des co-morbidités associées au VIH et Sida (TB, hépatites, diabète,

<sup>18</sup> Etude sur le Genre et VIH au Cameroun, Analyse de situation, Yaoundé 2009, Cabinet Afrique en marche, ONUSIDA, UNIFEM.

hypertension,...), la délégation des tâches et l'implication des communautés.

Dans le domaine du soutien aux OEV et PVVIH, la survie de l'enfant est garantie en général par la satisfaction des besoins fondamentaux à son épanouissement. Ces besoins sont spécifiques par tranche d'âge et par sexe. Ils sont exacerbés en situation de VIH et Sida, de décès d'un ou des deux parents ou de fragilité économique subséquente de la famille, rendant ainsi l'enfant vulnérable. Au cours des 5 prochaines années, les priorités seront axées sur la mise en place d'un environnement favorable et l'amélioration qualitative et quantitative par un ciblage de la prise en charge des OEV.

Concernant le soutien aux PVVIH, la faiblesse de la réponse communautaire n'a pas permis d'adresser suffisamment une réponse à leurs préoccupations, surtout en terme de soutien psychologique et social, socioéconomique, de continuum de soins. Au cours de la période 2011-2015, il s'agira de mettre à contribution les leviers d'implication des acteurs communautaires afin qu'ils contribuent efficacement au soutien des PVVIH.

Dans le domaine de l'information stratégique, les préoccupations majeures portent sur la faible disponibilité des données de qualité du fait de l'irrégularité de leur collecte, de leur faible complétude et des difficultés de gestion, l'insuffisance de coordination de la recherche sur le VIH et le Sida. Il s'agira entre 2011-2015 de : renforcer le système de surveillance épidémiologique, comportementale de suivi de la résistance du Sida et des IST, d'élaborer une stratégie nationale de recherche sur le VIH, le Sida et les autres IST, de renforcer le système de suivi-évaluation pour la production des données de qualité.

Dans le domaine de la coordination et de la gestion, l'approche multisectorielle dans la lutte contre le Sida a connu une application modérée. Par ailleurs, la faible mobilisation des ressources n'a pas permis de mettre en œuvre de manière optimale le Plan 2006-2010. Pour une réponse adéquate à la pandémie du Sida, la coordination et la gestion méritent d'être renforcées au cours de la période 2011-2015.

Concernant les aspects transversaux tels le Genre et les Droits Humains, ils méritent d'être améliorés en terme d'élargissement des cibles vulnérables à couvrir (indigents par exemple) et des interventions efficaces dans la réduction des inégalités liées au genre. Ces interventions doivent permettre d'une part, de réduire les inégalités géographiques entre les Régions et entre les zones rurales et urbaine, et d'autre part, d'améliorer les capacités décisionnelles des femmes en matière de recours au

service, en actionnant des leviers sociaux qui peuvent améliorer leur leadership et leur responsabilisation.

## VI. ORIENTATIONS STRATEGIQUES 2011-2015

### 6.1 Principes directeurs

- Multisectorialité : le VIH et le Sida ne constituent pas seulement un problème de santé, mais un problème de développement car ayant des répercussions sur l'ensemble des secteurs de la vie nationale. Par conséquent, tous les acteurs nationaux doivent unir leurs efforts pour lutter contre ces fléaux. Dans le cadre de la multisectorialité, il s'agira de veiller à ce que tous les secteurs et tous les acteurs participent à la mise en œuvre des activités sous la coordination du CNLS.
- Décentralisation : elle devra guider la mise en œuvre des interventions. Elle se fera à travers l'élaboration et la mise en œuvre des Plans sectoriels, régionaux et communaux et devra favoriser la participation effective des acteurs. La responsabilité des structures de coordination à différents niveaux sera marquée par le transfert des compétences, des ressources et l'accompagnement des différents acteurs.
- Application du principe des « Three Ones » et de la Déclaration de Paris : il s'agit de renforcer les mécanismes nationaux de coordination et de développer la concertation avec les partenaires en vue de renforcer l'appropriation, l'alignement, l'harmonisation, la gestion axée sur les résultats, la responsabilité mutuelle. L'expérience de fonds commun dans le cadre de la santé inspirera la lutte contre le VIH et le Sida.
- Renforcement du leadership à tous les niveaux : pour l'appropriation de la riposte au VIH et au Sida, il s'agira au cours de la période 2011-2015 de renforcer le leadership sectoriel à tous les niveaux en vue de favoriser l'implication et la responsabilité de tous les acteurs dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH et le Sida.
- Implication des PVVIH : la participation des PVVIH à la réponse nationale face à l'épidémie du VIH et du Sida devra être renforcée pour un rôle plus efficace dans la lutte, une meilleure prise en compte de leurs préoccupations.
- Ciblage des interventions : bien que le pays soit en situation d'épidémie généralisée et que globalement

la prévalence tend à se stabiliser, certains groupes présentent des prévalences plus élevées que la moyenne nationale. Ils peuvent constituer de ce fait des moteurs de l'épidémie. Aussi, dans le PSN 2011-2015, au-delà des approches en population générale, un accent particulier sera-t-il mis sur ces groupes à risque à travers des actions spécifiques.

- Genre, Droits Humains et Equité : la revue du PSN 2006-2010 a montré que ces aspects étaient pris en compte, mais méritent d'être renforcés. Dans le cadre du PSN 2011-2015, un accent particulier sera mis sur la réduction des inégalités liées au genre, aux Droits Humains et à l'équité dans l'accès aux services.
- Planification, gestion et la budgétisation axées sur les résultats : conformément à la Déclaration de Paris, la budgétisation des activités de la riposte au VIH et la gestion globale de la lutte seront axées sur les résultats. A cet effet, le dispositif à mettre en place, l'interaction et la complémentarité entre les acteurs seront définies et mises en œuvre de sorte à être efficaces et produire de façon optimale les résultats.
- Bonne gouvernance : la bonne gouvernance reposera sur le leadership et l'engagement soutenus des acteurs à tous les niveaux pour une gestion rationnelle des ressources et la reddition des comptes.

## 6.2 Alignement du PSN 2011-2015

### Au plan international

Le PSN 2011-2015 s'aligne aux priorités et autres engagements internationaux notamment : les OMD, la Déclaration des Nations Unies sur le VIH et le Sida (UNGASS), le principe des « Three Ones » de l'ONUSIDA ; La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement ; la Déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union Africaine (UA) sur le VIH et le Sida, la Tuberculose et les autres maladies infectieuses à Abuja ; l'Accord inter gouvernemental RFA-CEMAC, l'Initiative de la Commission du Bassin du Lac Tchad sur les IST/VIH/Sida.

### Au plan national

Le présent PSN s'aligne sur le document « Cameroun Vision 2035 » ; le Document de Stratégie pour la Croissance et de l'Emploi ; les documents des Stratégies Sectorielles ; le Plan Stratégique National de Développement Intégral du Jeune Enfant ...

## 6.3 Objectifs, résultats attendus et axes stratégiques du PSN 2011-2015

Ce Plan dit de 3ème génération a pour but de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et les autres IST et d'atténuer l'impact socio-économique sur le développement du pays.

### 6.3.1 Objectifs stratégiques

La mise en œuvre de la riposte au VIH et Sida pour la période 2011-2015 vise à :

1. réduire la propagation du VIH dans la population générale et dans les groupes à haut risque par la mise en œuvre des mesures de prévention efficaces et efficaces ;
2. améliorer la qualité de vie des PVVIH grâce à une meilleure prise en charge globale ;
3. réduire l'impact socio-économique de la maladie sur les personnes vivant avec le VIH, les OEV et les autres personnes affectées ;
4. renforcer la mobilisation sociale et l'appropriation de la lutte par tous les acteurs ;
5. renforcer les systèmes de santé et communautaire en vue de pérenniser les interventions ;
6. renforcer la disponibilité d'une information stratégique et son utilisation adéquate pour la prise de décision et l'amélioration des interventions ;
7. renforcer la coordination, la mobilisation des ressources et la gestion de la réponse nationale.

### 6.3.2. Résultats attendus

1. La prévalence générale est stabilisée et commence à s'inverser à l'horizon 2015 ;
2. La TME est virtuellement éliminée à l'horizon 2015, ce qui contribuera à réduire la mortalité infantile ;
3. Les nouvelles infections sont réduites d'au moins 50% dans les groupes les plus exposés au risque à l'horizon 2015 ;
4. L'accès aux soins, traitements et soutien est assuré pour au moins 80% des PVVIH, des OEV et des autres personnes vulnérables à l'horizon 2015, ce qui permettra d'atteindre l'accès universel et les OMD.

### 6.3.3. Axes stratégiques

- o Axe stratégique 1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST ;
- o Axe stratégique 2 : Renforcement de l'accès aux soins et au traitement ;



- o Axe stratégique 3 : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées ;
- o Axe stratégique 4 : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs ;
- o Axe stratégique 5 : Renforcement du système de santé ;
- o Axe stratégique 6 : Renforcement du système communautaire ;
- o Axe stratégique 7 : Information stratégique ;
- o Axe stratégique 8 : Coordination, Partenariat et gestion.

## AXE 1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST

Le renforcement de la prévention de la transmission des IST et du VIH au sein de la population sera au centre des activités au cours de la période 2011-2015. À ce titre, ces interventions seront orientées et mises en œuvre en fonction des groupes cibles. Par ailleurs, les thématiques comme la santé de la reproduction et les violences faites aux femmes, l'approche genre et les droits humains seront prises en compte de manière à renforcer l'efficacité des Programmes de prévention.

### Effet

L'incidence du VIH et des IST est réduite de moitié dans la population générale et dans les groupes spécifiques

### Résultats attendus

- o Le taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque chez les jeunes de 15-24 ans passe respectivement de 58,5% et 45,8% à 80 % chez les garçons et les jeunes filles entre 2011 et 2015 ;
- o La transmission du VIH de la mère à l'enfant est virtuellement éliminée (taux inférieur à 5%) d'ici à fin 2015 ;
- o La proportion des personnes ayant effectué leur test de dépistage du VIH (hommes et femmes) passe de 13% à 60% entre 2011 et 2015 ;
- o Tous les cas d'IST diagnostiqués sont traités selon les normes nationales en vigueur pendant la période 2011-2015.

### Domaines d'intervention prioritaires

- o Communication et éducation pour le changement de comportement ;
- o Promotion de l'utilisation correcte du préservatif (masculin et féminin) ;
- o Renforcement des liens entre le VIH et la santé sexuelle et reproductive ;
- o Renforcement de la sécurité transfusionnelle ;
- o Prise en charge des accidents d'exposition liés au sang/liquides biologiques et violences sexuelles ;
- o Renforcement de la prévention du VIH en direction des groupes les plus exposés au risque (adolescents/jeunes, TS et leurs clients, HSH, hommes en tenue, usagers de drogue, population carcérale, populations mobiles et personnes vivant avec un handicap) ;
- o Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- o Dépistage et conseil du VIH ;
- o Prévention et prise en charge des IST.

**Résultat 1** : l'incidence du VIH et des IST baisse sensiblement dans les groupes les plus exposés au risque de transmission entre 2011 et 2015

**Domaine d'intervention prioritaire 1** : Communication et éducation pour le Changement de Comportement

**Produit** : les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations en lien avec la SSR/VIH et IST se sont améliorées.

### Stratégies et actions prioritaires :

- Renforcement de la sensibilisation et de l'information dans la population générale :
  - o élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de communication ;
  - o adapter les outils de communication ciblés (messages) à l'approche genre ;
  - o produire des supports d'information pour les campagnes d'IEC ;
  - o renforcer les activités de prévention au profit des groupes spécifiques ;
  - o renforcer les activités de CCC dans le milieu de travail ;
  - o développer des activités de mass média et de communication interpersonnelle ;
  - o réaliser des campagnes de sensibilisation de masse ;
- Passage à l'échelle de l'enseignement sur la SSR/VIH et les IST dans les établissements scolaires publics et privés (confessionnels et laïcs), professionnels, confessionnels et religieux :
  - o accélérer l'introduction des curricula sur le VIH et le Sida dans les programmes scolaires formel (préscolaire, primaire et secondaire) ;
  - o produire des outils et du matériel didactique d'éducation à la prévention en matière de SSR/VIH et IST ;
  - o renforcer les capacités des acteurs de l'éducation et de la formation professionnelle sur l'enseignement en matière de SSR/VIH et les IST.
- Renforcement des capacités des acteurs communautaires
  - o former les intervenants communautaires en communication interpersonnelle ;
  - o élaborer un guide de communication à l'intention des mobilisateurs sociaux ;

### Cibles

- Population générale ;

- Jeunes scolaires, extrascolaires et du supérieur ;
- Travailleurs des secteurs public et privé y compris le secteur informel ;
- Structures d'éducation et de formation professionnelle : publiques, privées, communautaires, confessionnelles et religieuses.

### **Acteurs de mise en œuvre**

- MINJEUN, MINEDUB, MINESEC, MINESUP, MINEFOP, MINPROFF, MINSEP, MINSANTE ;
- Structures d'éducation et de formation professionnelle publiques, privées, communautaires, confessionnelles et religieuses ;
- ONG/Associations, confessions religieuses, OBC ;
- Entreprises et organisations de travail ;
- Etc.

### **Indicateurs**

- Proportion de jeunes (filles et garçons) âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus (UNGASS) ;
- Proportion d'adultes de 15 à 49 ans (hommes et femmes) ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (UNGASS) ;
- Proportion d'écoles et structures de formation ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire (UNGASS).

### **Domaine d'intervention prioritaire 2 :**

Promotion de l'utilisation correcte du préservatif (masculin et féminin)

**Produit :** l'utilisation correcte du préservatif est systématique chez les populations exposées au risque de contamination par le VIH d'ici 2015.

### **Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité aux préservatifs aussi bien pour la population générale que les populations les plus exposées au risque :
  - o acquérir des préservatifs masculins et féminins de qualité ;
  - o mettre en place des distributeurs automatiques de préservatifs dans les milieux à risque ;
  - o intégrer les interventions de promotion des préservatifs dans les points de prestation des services de santé, les institutions de promotion de la femme et de la jeunesse.

- Renforcement de la promotion de l'utilisation correcte du préservatif :
  - o réaliser des campagnes nationales ou ciblées de promotion de l'utilisation correcte du préservatif (masculin et féminin) ;
  - o contractualiser avec des associations et organisations à la base pour la promotion et la distribution du préservatif (distribution à base communautaire) ;
  - o étendre la promotion du préservatif masculin et féminin en milieu rural.
- Renforcement de l'assurance-qualité des préservatifs :
  - o Faire le plaidoyer pour la signature et l'application effective des textes relatifs à la norme ISO 4074 des préservatifs masculins à base de latex naturel ;
  - o renforcer les capacités opérationnelles du système de contrôle-qualité des préservatifs.
- Renforcement de la gestion environnementale des préservatifs
  - o adopter une politique de gestion des préservatifs de mauvaise qualité ;
  - o faire le plaidoyer auprès des structures appropriées (hôtel, auberge...) pour la gestion des préservatifs utilisés.

### **Cibles**

- Population sexuellement active (zones urbaine et rurale) ;
- Populations les plus exposées au risque.

### **Acteurs de mise en œuvre**

- GTC/CNLS, LANACOME, CENAME ;
- ACMS, OCEAC, KFW, UNFPA ;
- Les autres acteurs de la lutte contre le VIH : public, privé, société civile, OBC, etc.

### **Indicateurs**

- Nombre total de préservatifs distribués ;
- Proportion des préservatifs féminins distribués par rapport au total de préservatifs distribués ;
- Proportion de travailleurs du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client (UNGASS).

### **Domaine d'intervention prioritaire 3 :**

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

**Produit :** les activités de lutte contre le VIH sont intégrées dans 75% des interventions de SSR d'ici fin 2015.

**Stratégies et actions prioritaires**

- Intégration des activités VIH dans les activités de SSR et vice versa :
  - o élaborer des directives pour l'intégration VIH et SSR ;
  - o intégrer les activités de SSR et du VIH dans les activités de CCC d'une part, et intégrer bi directionnellement les activités de SSR et de lutte contre le VIH d'autre part ;
  - o intégrer les activités de SSR dans le programme de lutte contre le VIH ;
  - o intégrer la SSR/VIH dans les Programmes d'enseignement général, technique et professionnel ;
  - o renforcer des capacités techniques et opérationnelles des enseignants, des agents de santé et des acteurs communautaires.
- Renforcement des activités VIH et SSR :
  - o mener le plaidoyer pour l'adhésion de la communauté aux interventions sur la SSR/VIH ;
  - o renforcer les campagnes pour la levée des tabous en matière d'éducation en SSR.

**Cibles**

- jeunes en milieu scolaire et professionnel ;
- femmes et hommes en âge de procréer ;
- PVVIH en âge de procréer.

**Acteurs de mise en œuvre**

- MINSANTE, MINESEC, MINEFOP ;
- CAMNAFAW ;
- Société civile, Secteur privé ;
- Organisations à base communautaires ;
- Formations sanitaires publiques, privées à but non lucratif.

**Indicateurs**

- Pourcentage des structures de dépistage du VIH qui intègrent systématiquement la PF ;
- Pourcentage des structures de PF qui intègrent systématiquement le conseil et dépistage du VIH.

**Domaine d'intervention prioritaire 4 :**

Renforcement de la sécurité transfusionnelle

**Produit** : toutes les poches de sang transfusées sont sécurisées à 100% d'ici à fin 2015.

**Stratégies et actions prioritaires**

- Mise en place d'un cadre institutionnel pour la sécurité transfusionnelle :
  - o accélérer la mise en place du cadre politique et juridique ;

- o construire et équiper le CNTS et les CRTS ;
- o recruter et former le personnel des CNTS et CRTS ;
- o réglementer la transfusion sanguine en l'intégrant dans le paquet minimum et complémentaire d'activités dans les districts de santé ;
- o mettre en place un mécanisme d'assurance-qualité de la transfusion sanguine ;

- Disponibilité du sang sécurisé en quantité suffisante :

- o faire des campagnes de communication sur la promotion du don du sang, et des campagnes de collecte de sang ;
- o recruter et/ou fidéliser les donneurs de sang ;
- o développer le partenariat avec les organisations de la société civile pour la promotion du don de sang.

**Cibles**

- Nourrissons, enfants, femmes enceintes, accidentés ;
- Population adulte.

**Acteurs de mise en œuvre**

- Ministère de la Santé Publique ;
- Croix Rouge Camerounaise ;
- Société civile ;
- Acteurs communautaires ;
- Secteurs public et privé ;
- Formations sanitaires publiques et privées.

**Indicateurs**

- Nombre des poches de sang transfusées soumises au dépistage ;
- Proportion des poches de sang provenant des donneurs bénévoles non rémunérés parmi les unités transfusées ;
- Nombre des donneurs bénévoles fidélisés ;
- Nombre de CNTS/CRTS fonctionnels.

**Domaine d'intervention prioritaire 5 :**

Prise en charge des accidents d'exposition au sang/liquides biologiques et violences sexuelles

**Produit** : 100% de victimes d'AES/LB et des violences sexuelles déclarées bénéficient d'une prise en charge adéquate au cours de la période 2011- 2015.

**Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement des mesures de protection contre l'infection à VIH en milieu de travail à travers les actions prioritaires suivantes :
  - o élaborer et diffuser des guides de précautions universelles adaptés pour la prévention

de la contamination de l'infection à VIH en milieu de travail ;

- o rendre disponible le matériel pour les précautions universelles en milieu de soins ;
- o renforcer les capacités des professionnels de santé en prévention des AES/LB ;
- o renforcer les capacités des structures de PEC médicale et de dépistage en gestion des déchets biomédicaux ;
- o acquérir le matériel de protection (seringues sécurisées, gants, bottes, incinérateurs) pour la protection universelle en milieu de soins ;
- o prévenir les violences liées au sexe à travers la sensibilisation et la protection des droits des personnes victimes des violences sexuelles.

- Renforcement de la prise en charge des cas d'accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques :
  - o améliorer la gestion des stocks de kits de prise en charge des AES/AELB ;
  - o doter les structures de kits prophylaxie post exposition (PPE) ;
  - o sensibiliser la communauté sur les déclarations d'accidents ;
  - o améliorer la qualité des services en direction des personnes victimes de violences sexuelles.

### **Cibles**

- Jeunes filles, femmes, jeunes garçons ;
- Professionnels de santé ;
- Acteurs communautaires impliqués dans les activités de dépistage et de prise en charge des PVVIH ;
- Populations migrantes et mobiles (troubles, guerre..).

### **Acteurs de mise en œuvre**

- MINSANTE, MINPROFF, MINJUSTICE, MINATD ;
- Société civile ;
- Acteurs communautaires ;
- Secteurs public et privé ;
- Formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles.

### **Indicateurs**

- Proportion des cas d'AES/LB pris en charge selon les directives nationales ;
- Nombre de victimes de violences sexuelles déclarées bénéficiant des kits de prophylaxie post exposition.

**Domaine d'intervention prioritaire 6 :**  
Renforcement de la prévention du VIH en direction des groupes les plus exposés au risque

### **Interventions centrées sur les Travailleurs de sexe (Hommes et Femmes) et leurs clients**

#### **Produits :** d'ici à 2015 :

- 95%% des TS ont des connaissances correctes sur le VIH ;
- La proportion des TS qui connaissent leur statut sérologique VIH passe de 64,1% à 90% ;
- 90% des TS déclarent avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport avec un client ;
- 95% des TS ayant contracté une IST au cours des 12 derniers mois consultent une formation sanitaire pour une prise en charge.

#### **Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement de la prise en compte des spécificités des TS face à la problématique du VIH :
  - o Faire le plaidoyer pour l'amélioration de l'environnement de la lutte contre le VIH chez les TS ;
  - o Actualiser la cartographie des sites de TS en vue de faciliter les interventions ;
  - o Développer des activités génératrices de revenus pour la reconversion des TS ;
  - o Elaborer des guides pour la PEC des pathologies anales chez les TS ;
  - o Former le personnel médical ami des TS et des pairs éducateurs TS
- Renforcement de la prévention et la prise en charge des IST et du VIH chez les TS :
  - o Organiser des campagnes ciblées de promotion du préservatif, de sensibilisation et de promotion du dépistage (mobile) ;
  - o Mettre à la disposition des TS des préservatifs (masculin et féminin) et des gels ;
  - o Renforcer la prise en charge adéquate des IST ;
  - o Mettre en place des services de dépistage du VIH/IST, de traitement des IST et un système de référence pour la PEC VIH des TS dans les grandes agglomérations et dans les zones de grande concentration ;
  - o Renforcer les capacités des parties prenantes (gérants d'endroits où officient les TS).

#### **Acteurs de mise en œuvre**

- MINAS, MINPROFF, MINSANTE ;
- Croix Rouge Camerounaise, MSF ;
- Structures de la société civile intervenant auprès des TS ;



- Formations sanitaires ;
- Gérants d'établissements ludiques.

### **Indicateurs**

- Pourcentage des TS touchés par les programmes de prévention (UNGASS) ;
- Pourcentage des TS ayant effectué leur test de dépistage dans les 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats ; (UNGASS) ;
- Pourcentage des TS ayant des connaissances exactes sur le VIH et qui en rejettent les idées fausses (UNGASS) ;
- Pourcentage des TS qui déclarent avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport avec un client (UNGASS) ;
- Prévalence du VIH et de la syphilis chez les TS.

### **Interventions centrées sur les HSH**

#### **Produits** : d'ici à 2015,

- 75% des HSH ont des connaissances correctes sur le VIH, les IST et la SSR ;
- 90% des HSH déclarent avoir utilisé le condom lors du dernier rapport sexuel à risque ;
- 90% des HSH ont fait le test du VIH, pris connaissance et retiré le résultat au cours des 12 derniers mois.

#### **Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement des capacités des structures communautaires et médicales offrant des services en direction des HSH:
  - o améliorer l'environnement législatif et social, notamment la lutte contre la stigmatisation/discrimination ;
  - o améliorer l'offre et l'accès des services de santé chez les HSH (dépistage, IEC, IST, SSR ...).
- Renforcement de la promotion et de l'utilisation des préservatifs chez les HSH:
  - o développer les activités de sensibilisation, de promotion de l'utilisation du préservatif et de promotion du dépistage ciblant les HSH ;
  - o renforcer l'accès aux préservatifs masculins, y compris les lubrifiants.

#### **Acteurs de mise en œuvre**

- MINSANTE ;
- CAMNAFAW ;
- OSC et OBC travaillant avec les HSH ;
- Formations sanitaires.

### **Indicateurs**

- Pourcentage des HSH touchés par les programmes de prévention ;
- Pourcentage des HSH ayant effectué leur test de dépistage dans les 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats ;
- Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin (UNGASS) ;
- Prévalence du VIH et de la syphilis chez les HSH.

### **Interventions centrées sur les populations mobiles (pêcheurs, camionneurs, réfugiés, déplacés, etc.)**

#### **Produits** : d'ici à 2015 :

- 90% des populations mobiles ont des connaissances correctes sur le VIH ;
- 90% des populations mobiles utilisent systématiquement le préservatif ;
- 95% des camionneurs et routiers consultent une FOSA pour la prise en charge des IST.

#### **Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement de la prévention des IST et du VIH en direction des populations mobiles (pêcheurs, camionneurs, réfugiés, déplacés, etc.):
  - o former les pairs éducateurs parmi les populations mobiles ;
  - o organiser des campagnes de sensibilisation en direction des populations mobiles ;
  - o organiser des campagnes de dépistage mobile des IST et du VIH sur les grandes voies de migration/déplacement (routes, fleuves, rivières) ;
  - o améliorer la disponibilité des préservatifs masculins et féminins, y compris les lubrifiants sur les grands axes de déplacement dans les points d'arrêt.
- Renforcement de la prise en charge des populations mobiles (pêcheurs, camionneurs, réfugiés, déplacés, etc.) :
  - o former le personnel de santé pour la prise en charge de ces populations ;
  - o élaborer la cartographie des structures pouvant prendre en charge les IST et le VIH en direction des ces populations ;
  - o renforcer le plateau technique des services de traitement des IST pour les populations mobiles dans les points d'arrêt des grands axes routiers et fluviaux et maritimes.

**Acteurs de mise en œuvre**

- MINAS, MINPROFF, MINSANTE, MINEPIA, MINTSS ;
- Croix Rouge ;
- OSC, ONG intervenant auprès des populations migrantes et mobiles ;
- Formations sanitaires ;
- Gérants d'établissement ludiques.

**Indicateurs**

- o Proportion des populations mobiles ayant effectué leur test de dépistage dans les 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats (UNGASS) ;
- o Proportion des populations mobiles ayant des connaissances exactes sur le VIH et qui en rejettent les idées fausses (UNGASS) ;
- o Proportion des populations mobiles qui déclarent avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport avec un client ;
- o Prévalence du VIH et de la syphilis chez les populations mobiles.

**Domaine d'intervention prioritaire 7 :**

Renforcement de la prévention du VIH en direction des groupes vulnérables

**Interventions centrées sur les adolescents et les jeunes**
**Produits** : d'ici à 2015 :

- o 80% de jeunes de 15 à 24 ans ont réalisé leur dépistage du VIH ;
- o le taux d'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel à risque chez les jeunes filles et garçons de 15 – 24 ans est porté à 80% ;
- o 95% des écoles intègrent l'enseignement d'EVF/EMP/VIH dans les curricula scolaires ;
- o la prévalence du VIH chez les jeunes/adolescents âgés de 15 à 24 ans passe de 3,2 à 1,6%.

**Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement des capacités des adolescents et des jeunes en matière de prévention des IST et du VIH :
  - o élaborer un plan de renforcement de la prévention du VIH chez les adolescents et les jeunes de tous les milieux, y compris les milieux urbain et rural ;
  - o promouvoir les valeurs de fidélité, d'abstinence et de chasteté dans les activités confessionnelles et religieuses ciblant les adolescents et les jeunes ;

- o promouvoir l'utilisation correcte du préservatif ;
- o former les responsables et membres des mouvements de jeunesse, des associations de jeunes.

- Opérationnalisation de l'intégration des enseignements du VIH dans les curricula/programmes en faveur des adolescents et des jeunes à tous les niveaux :

- o généraliser l'enseignement du VIH dans les établissements scolaires et les structures de formation/ enseignement ;
- o intégrer la SSR et le VIH dans tous les Programmes ciblant les adolescents et les jeunes, y compris les programmes d'enseignement ;
- o intégrer systématiquement le volet VIH dans les projets/programmes et autres interventions en faveur des jeunes ruraux.

- Renforcement des capacités des structures de prise en charge et de promotion du Genre :

- o développer des actions pour la lutte contre les violences faites aux jeunes filles et garçons ;
- o mettre en place des structures de prise en charge adaptées aux adolescents et aux jeunes, notamment les centres de santé en milieu scolaire et les centres d'écoute intégrant des interventions sanitaires en milieu extrascolaire.

**Acteurs de mise en œuvre**

- o MINJEUN, MINSEP, MINEFOP, MINESEC, MINEDUB, MINESUP ;
- o UNESCO, UNICEF, IRESCO, CHP, ACMS ;
- o Structures de la société civile, ONG et Associations intervenant en faveur des jeunes ;
- o Formations sanitaires.

**Indicateurs**

- o Pourcentage des jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus (UNGASS) ;
- o Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire (UNGASS) ;
- o Nombre /pourcentage des jeunes de 10 à 24 ans ayant bénéficié à l'école d'un enseignement relatif au VIH dans le cadre de programmes de préparation à la vie active ;

- o Pourcentage des jeunes femmes et d'hommes de 15 à 24 ans sexuellement actifs ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.

### Interventions centrées sur les hommes en tenue

#### Produits : d'ici à 2015 :

- o 95% des hommes en tenue ont des connaissances correctes sur le VIH ;
- o le pourcentage des hommes en tenue qui connaissent leur statut sérologique VIH sur les 12 derniers mois passe de 64% à 90% ;
- o le pourcentage des hommes en tenue qui utilisent le préservatif au cours des 12 derniers mois lors des rapports occasionnels passe de 53 à 90%.

#### Stratégie et actions prioritaires

- Renforcement de la prévention et la prise en charge des IST et du VIH :
  - o promouvoir l'utilisation correcte des préservatifs masculins et féminins ;
  - o promouvoir le dépistage conseil du VIH ;
  - o promouvoir la SSR ;
  - o renforcer l'IEC/CCC ;
  - o dépister et prendre en charge les cas d'IST et de VIH.

#### Acteurs de mise en œuvre

- MINDEF, MINJUSTICE, MINATD, MINFI, DGSN ;
- CHP, ACMS ;
- Formations sanitaires des forces de défense et de sécurité.

#### Indicateurs

- Pourcentage des hommes en tenue ayant des connaissances correctes sur le VIH ;
- Pourcentage des hommes en tenue connaissant leur statut sérologique VIH dans les 12 derniers mois ;
- Proportion des hommes en tenue utilisant systématiquement le préservatif lors des rapports à risque ;
- Prévalence du VIH et de la syphilis chez les hommes en tenue.

### Interventions centrées sur la population en milieu carcéral

#### Produits : d'ici à 2015 :

- 80% des habitants des prisons et autres maisons de privation de liberté ont de bonnes connaissances sur le VIH ;

- 80% des populations des prisons et autres maisons de privation de liberté connaissent leur statut sérologique ;
- 90% des cas de co-infection TB/VIH dans les prisons et autres maisons de privation de liberté sont pris en charge ;

#### Stratégies et actions prioritaires

- Renforcement de la prévention et du dépistage de la tuberculose, des IST et du VIH en milieu carcéral :
  - o faire le plaidoyer pour l'amélioration de l'environnement de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST ;
  - o intensifier la lutte contre la propagation de la TB ;
  - o promouvoir les campagnes de dépistage du VIH et de la TB ;
  - o mettre en œuvre les activités de sensibilisation sur le VIH, les IST et la TB.
- Renforcement des capacités des travailleurs des prisons et autres maisons de privation de liberté :
  - o former des pairs éducateurs ;
  - o mettre en place des services de SSR, de prise en charge médicale et de prise en charge des IST et du VIH ;
  - o rendre disponible les préservatifs et les lubrifiants dans les prisons et autres maisons de privation de liberté.

#### Acteurs de mise en œuvre

- MINSANTE, MINJUSTICE, MINATD ;
- GTZ, CHP ;
- OSC intervenant dans les prisons et autres maisons de privation de liberté.

#### Indicateurs

- Pourcentage de la population carcérale ayant des connaissances sur le VIH ;
- Proportion des détenus ayant effectué leur test de dépistage du VIH ;
- Nombre de cas d'IST diagnostiqué et traité selon les normes.

### Interventions centrées sur les personnes vivant avec un handicap

#### Produits : d'ici à 2015 :

- 90% des personnes vivant avec un handicap ont des connaissances correctes sur le VIH.

#### Stratégies et actions prioritaires

- Renforcement des capacités du personnel et des structures spécialisées pour l'encadrement des personnes vivant avec un handicap ;

- o actualiser et traduire les outils de sensibilisation et de formation en langue braille ;
- o former les encadreurs/enseignants et les pairs éducateurs.

- Renforcement de la prévention et du dépistage de la tuberculose, des IST et du VIH en direction des personnes vivant avec un handicap :
  - o organiser des campagnes ciblées (promotion de préservatif, promotion de dépistage...) au profit des personnes vivant avec un handicap ;
  - o introduire la SSR et le VIH dans les modules d'enseignement des structures de formation et d'encadrement des personnes vivant avec un handicap.

#### **Acteurs de mise en œuvre**

- MINAS, MINESEC, MINEFOP ;
- Structures de formation, d'enseignement et d'encadrement des personnes vivant avec un handicap ;
- Organisations à base communautaire.

#### **Indicateurs**

- Proportion des personnes vivant avec un handicap ayant des connaissances sur le VIH ;
- Proportion de personnes (hommes et femmes) vivant avec un handicap qui ont réalisé leur test de dépistage du VIH et connaissent le résultat ;
- Pourcentage d'utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels à risque chez les personnes vivant avec un handicap.

### **Interventions centrées sur les femmes et les jeunes filles**

#### **Produits : d'ici à 2015 :**

- 80% des femmes et des jeunes filles ont des connaissances correctes sur le VIH ;
- 80% des femmes et des jeunes filles ont réalisé leur dépistage du VIH ;
- le taux d'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel à risque chez les femmes et les jeunes filles est porté à 80% ;
- la prévalence du VIH chez les jeunes filles de 15-24 ans est réduite de 50%.

#### **Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement de la prévention des IST et du VIH auprès des femmes et des jeunes filles :
  - o promouvoir l'utilisation correcte du préservatif ;
  - o promouvoir les valeurs de fidélité, d'abstinence et de chasteté dans les activités confessionnelles et religieuses ciblant les jeunes filles ;
  - o former les responsables et membres des

mouvements de jeunesse, des associations de femmes ;

- o mener les campagnes de sensibilisation et de prévention en direction des femmes et des jeunes filles.

- Renforcement de l'intégration des enseignements du VIH dans les curricula/programmes en faveur des femmes et des jeunes à tous les niveaux :
  - o intégrer la SSR et le VIH dans tous les Programmes ciblant les femmes et les jeunes, y compris les programmes d'enseignement ;
  - o intégrer systématiquement le volet VIH dans les projets/programmes et autres interventions en faveur des jeunes filles et des femmes.

- Renforcement des capacités des structures de prise en charge des victimes des violences faites aux femmes et de promotion du Genre :
  - o sensibiliser la population sur les violences faites aux femmes et à la jeune fille ;
  - o former les leaders des associations de femmes ;
  - o faire le plaidoyer pour la lutte contre les violences faites aux femmes auprès des leaders traditionnels, religieux et politiques.

#### **Acteurs de mise en œuvre**

- MINPROFF, MINJEUN, MINAS, MINEFOP ;
- GTZ ;
- Formations sanitaires ;
- OSC.

#### **Indicateurs**

- Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus (UNGASS) ;
- Proportion des femmes et des jeunes filles qui ont réalisé leur dépistage du VIH et connaissant le résultat ;
- Pourcentage d'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel à risque chez les femmes et les jeunes filles ;
- Pourcentage des jeunes âgés de 15-24 ans infectés par le VIH (UNGASS).

**Résultat 2 : La transmission du VIH de la mère à l'enfant est minimisée à moins de 5% d'ici à la fin 2015**

En accord avec les recommandations internationales, les efforts seront axés au cours de la période 2011-

2015 pour arriver à une réduction considérable de la transmission du VIH de la mère à l'enfant du VIH. Pour ce faire, l'accent sera mis sur la prévention secondaire (positive) auprès des PVVIH et le renforcement des actions directes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. L'implication des hommes à la PTME est indispensable pour y parvenir.

### Domaine d'intervention prioritaire 1 :

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en vue de l'élimination virtuelle de la TME

#### Renforcement de la prévention primaire

Voir Interventions centrées sur les femmes et les jeunes filles.

#### Renforcement de la prévention secondaire

**Produit** : 90% des adultes infectés par le VIH ont des comportements favorables qui empêchent la propagation du virus d'ici à 2015.

#### Stratégies et actions prioritaires

- Renforcement de la responsabilisation des PVVIH :
  - o renforcer les connaissances des PVVIH sur les modes de transmission, y compris la TME ;
  - o renforcer les connaissances des PVVIH sur la PTME ;
  - o promouvoir les comportements à moindre risque par la communication pour le changement de comportement.
- Renforcement des mesures de prévention de la propagation du VIH :
  - o promouvoir l'utilisation des préservatifs masculins et féminins ;
  - o intégrer le planning familial dans les services de prise en charge des PVVIH ;
  - o assurer l'accompagnement médical à la procréation pour les PVVIH en désir d'enfant ;
  - o renforcer la prise en charge adéquate des IST ;
  - o promouvoir les mesures d'hygiène de vie.

#### Acteurs de mise en œuvre

- MINSANTE ;
- Organisations des PVVIH ;
- Structures communautaires impliquées dans la prise en charge des PVVIH.

#### Indicateurs

- Proportion des PVVIH (hommes, femmes) qui souffrent d'une IST ;

- Proportion des PVVIH (hommes, femmes) qui ont révélé leur statut sérologique ;
- Proportion des PVVIH (hommes, femmes) qui utilisent systématiquement les préservatifs lors des rapports sexuels ;
- Proportion des PVVIH ayant bénéficié d'un accompagnement médical à la procréation

Voir Interventions centrées sur les femmes et les jeunes filles

#### Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

**Produit** : 90% des femmes séropositives enceintes et 100% des enfants reçoivent des ARV pour réduire la transmission de la mère à l'enfant d'ici à fin 2015.

#### Stratégies et actions prioritaires

- Renforcement de l'accès aux services de PTME :
  - o étendre la PTME dans toutes les formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles/religieuses ;
  - o assurer l'approvisionnement régulier en intrants ;
- Renforcement de l'utilisation des services de PTME :
  - o mener le plaidoyer auprès des leaders d'opinion ;
  - o mener des campagnes d'information ciblant les hommes ;
  - o développer les services de subvention des coûts relatifs aux CPN et aux accouchements assistés par un personnel qualifié chez la femme séropositive ;
  - o renforcer les stratégies pour l'accroissement de la couverture CPN1 à CPN4.
- Renforcement des performances des activités PTME :
  - o renforcer le suivi des couples mère-enfant et améliorer l'accès des femmes enceintes séropositives aux examens biologiques (CD4) ;
  - o promouvoir le diagnostic précoce chez l'enfant né de mère infectée ;
  - o mettre un système de référence/contre-référence des femmes enceintes séropositives ;
  - o établir une collaboration entre le système sanitaire et les structures communautaires pour le suivi des femmes enceintes séropositives.

#### Cibles

- Femmes et jeunes filles ;
- Hommes ;
- Leaders d'opinion ;



- Formations sanitaires publiques, privées confessionnelles/religieuses.

#### **Acteurs de mise en œuvre**

- MINSANTE, MINPROFF ;
- Organisations et prestataires communautaires ;
- Formations sanitaires publiques, privées, confessionnelles.

#### **Indicateurs**

- Taux de transmission résiduelle du VIH (TME) de la mère à l'enfant ;
- Pourcentage de femmes enceintes vues en CPN qui ont accepté de faire le dépistage du VIH ;
- Pourcentage des femmes dont les conjoints ont accepté de faire le test de dépistage du VIH ;
- Pourcentage des femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant (UNGASS) ;
- Pourcentage des nourrissons nés de mères séropositives ayant reçu les ARV en prophylaxie ;
- Pourcentage des nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH (UNGASS) ;
- Taux de couverture CPN 1 ;
- Taux de couverture CPN 4.

**Résultat 3 :** La proportion de personnes (hommes et femmes) ayant effectué le test du VIH et retiré le résultat passe de 13% à 60% d'ici 2015

Dans le cadre de la lutte contre le VIH, le dépistage est un acte central à la prévention (y compris la TME) et constitue une porte d'entrée à la prise en charge médicale. Il s'agira au cours de la période 2011-2015 de renforcer l'offre et la promotion du dépistage de sorte à accroître son utilisation par la population générale et les groupes les plus exposés au risque. Actuellement, seulement 13% de femmes et d'hommes de 15-49 ans ont effectué leur test de dépistage et en connaissent le résultat.

#### **Domaine d'intervention prioritaire : Conseil et dépistage du VIH**

**Produit :** au moins 60% des personnes de 15 – 49 ans connaissent leur statut sérologique au VIH d'ici 2015,

#### **Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement de l'offre de dépistage :
  - o réviser les Politiques et Directives en matière de dépistage conseil ;
  - o étendre le conseil et dépistage à toutes les formations sanitaires (décentralisation) ;
  - o combiner toutes les approches stratégiques

- (fixe, avancée, à l'initiative du prestataire, mobile, dépistage au doigt) ;
- o renforcer les capacités des personnels des différentes portes d'entrée au dépistage conseil initié par le prestataire ;
- o contractualiser l'offre de dépistage conseil avec au moins un groupe associatif dans chaque district de santé.

- Renforcement du plaidoyer et la promotion du dépistage du VIH :
  - o impliquer les autorités municipales pour la mobilisation des communautés en faveur du DC ;
  - o promouvoir le test de dépistage du VIH en période pré-nuptiale avec l'appui de l'Alliance des Maires et les leaders religieux ;
  - o utiliser le « contact tracking » dans le dépistage (recherche des partenaires) ;
  - o promouvoir le dépistage dans le cadre familial ;
  - o assurer le suivi des couples discordants.

#### **Cibles**

- Population générale ;
- Groupes les plus exposés au risque et les autres groupes vulnérables.

#### **Acteurs de mise en œuvre**

- Formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles ;
- Structures communautaires contractualisées et organismes à base communautaire ;
- Organisation des groupes des personnes à risque/vulnérables/handicapés.

#### **Indicateurs**

- Pourcentage des femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat (UNGASS) ;
- Proportion des formations sanitaires offrant les services de dépistage.

**Résultat 4 :** 100% des cas d'IST diagnostiqués sont traités selon les normes nationales en vigueur dans les structures sanitaires appropriées d'ici 2015

Les IST constituent des facteurs qui augmentent les risques de contamination lors de l'exposition au VIH. Au-delà de leur diagnostic, la complétude et la qualité de leur traitement seront au centre des actions à mener en tenant compte de leur particularité chez certaines cibles.



### Domaine d'intervention prioritaire : Prévention et prise en charge des IST

**Produit** : tous les cas d'IST diagnostiqués sont traités selon les normes nationales en vigueur d'ici 2015.

#### Stratégies et actions prioritaires

- Renforcement de la prévention des IST :
  - o prendre en compte les IST dans les messages de sensibilisation ;
  - o rendre disponible les outils (boîtes à images, affiches...) pour la sensibilisation sur les IST ;
  - o renforcer les activités de lutte contre les IST dans les clubs santé des établissements scolaires, universitaires et dans les associations des jeunes en milieu extrascolaire.
- Renforcement de la prise en charge des IST :
  - o renforcer les capacités des prestataires pour la prise en charge des cas d'IST selon les directives nationales ;
  - o renforcer l'offre de service de qualité en matière de prise en charge des IST.

#### Cibles

- Population générale ;
- Groupes spécifiques les plus exposés (enfants non scolarisés, détenus, hommes en tenue, camionneurs, HSH, TS...).

#### Acteurs de mise en œuvre

- MINSANTE ;
- Organisations de la société civile ;
- Formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles.

#### Indicateur

- Nombre de cas d'IST diagnostiqués et traités suivant l'algorithme national (par sexe, tranche d'âge et type).

## AXE 2 : Renforcement de l'accès aux soins et traitement

Dans le domaine du traitement, il s'agira de consolider le processus de décentralisation et de densification de l'offre en s'appuyant sur un système de santé et un système communautaire efficace et complémentaire. Cela permettra de viser qualitativement et quantitativement l'atteinte des OMD en matière de soins et traitement.

**Effet** : La qualité de vie des personnes vivant avec le VIH est améliorée grâce à un meilleur accès à une prise en charge médicale de qualité au niveau des structures de santé et au niveau communautaire.

#### Résultats attendus

- Le pourcentage de patients adultes et adolescents éligibles mis sous traitement ARV augmente de 30,6% à 80% des patients d'ici fin 2015 ;
- Le pourcentage d'enfants éligibles mis sous traitement ARV augmente de 18% à 80% d'ici fin 2015 ;
- Le pourcentage des patients VIH+ éligibles mis sous prophylaxie INH augmente de 2% à 80% au cours de la période 2011-2015.

#### Domaines d'interventions prioritaires

- Décentralisation de la prise en charge médicale des PVVIH ;
- Diagnostic précoce du VIH et de la prise en charge médicale chez les enfants exposés ;
- Prise en charge des coinfections VIH/TB, VIH/Hépatites et d'autres co-morbidités associées au VIH ;
- Aide à l'observance aux traitements ;
- Prise en charge communautaire des PVVIH ;
- Prise en charge nutritionnelle des PVVIH.

### Domaine d'intervention prioritaire 1 : Décentralisation de la prise en charge médicale des PVVIH

**Produit** : L'offre de prise en charge médicale des enfants et adultes est disponible dans tous les districts de santé.

#### Stratégies et actions prioritaires

- Dotation de tous les districts de santé en services de prise en charge des adultes et enfants PVVIH :
  - o créer des nouvelles UPEC dans les districts de santé et les formations sanitaires sectorielles non encore couverts ;
  - o mettre en place un système de suivi des malades sous ARV (délégation des tâches) dans les CMA/CSI ;
  - o produire et mettre à la disposition de chacune des nouvelles UPEC un kit de documents normatifs, guides techniques et outils de suivi/gestion des malades (registres, fiches, etc.).
- Renforcement de la prise en charge psychologique :
  - o intégrer des psychologues dans la prise en charge médicale des patients ;
  - o renforcer la prise en charge des partenaires sexuels des PVVIH.
- Renforcement des ressources humaines pour la prise en charge médicale :
  - o recruter et former des personnels/agents de santé ;
  - o mettre en œuvre la délégation de tâches en matière de prise en charge des PVVIH ;
  - o intégrer les PVVIH dans toutes les équipes de prise en charge des patients infectés en

- milieu hospitalier et communautaire ;
  - o renforcer les enseignements sur la prise en charge des PVVIH dans les curricula de formation des facultés de médecine et écoles de formation en sciences de la santé (formation initiale) ;
  - o mettre en place des mesures incitatives pour la rétention du personnel formé.
- Amélioration de la disponibilité des médicaments, des réactifs et consommables pour les examens de laboratoire :
    - o renforcer les capacités des laboratoires des structures de prise en charge des PVVIH, y compris dans les anciens CTA et UPEC ;
    - o mettre en place une politique nationale d'acquisition, de maintenance du matériel médico-technique ainsi que le contrôle-qualité des résultats de laboratoire ;
    - o renforcer les capacités institutionnelles et fonctionnelles du laboratoire national de référence VIH et des autres laboratoires ;
    - o mettre en place les ARV (1er, 2ème et 3ème lignes) et assurer leur contrôle qualité ;
    - o renforcer les capacités des structures de prise en charge, des CAPR, de la CENAME sur la gestion rationnelle des médicaments et autres intrants ;
    - o réviser et rendre disponibles les outils de prise en charge médicale, y compris les registres pré ARV et TARV ;
  - Assurance-qualité des traitements et de la prise en charge :
    - o mettre à jour et diffuser régulièrement à toutes les structures de prise en charge des documents de normes, directives et outils nationaux ;
    - o poursuivre la formation initiale et continue des prestataires (recyclage) ;
    - o élaborer et diffuser les procédures normalisées pour l'accréditation des structures de prise en charge médicale ;
    - o étendre l'approche « tutorat » à toutes les structures enrôlées dans la prise en charge ;
    - o renforcer l'implication des agents de relais communautaire (ARC) et des volontaires communautaires dans le processus d'aide à l'observance ;
    - o organiser des supervisions régulières et intégrées de la qualité des soins offerts aux PVVIH ;
    - o évaluer régulièrement la qualité des soins (auto-évaluation, évaluation par les bénéficiaires, évaluation externe) ;
  - o assurer le contrôle-qualité des médicaments et autres intrants ;
  - o renforcer les capacités du système d'assurance-qualité des médicaments.
  - Etablissement des liens entre les services de traitement et de suivi des PVVIH et les services de consultation et d'hospitalisation dans les formations sanitaires :
    - o élaborer et mettre à disposition de fiches de screening/référence pour le diagnostic du VIH à tous les services CTA et UPEC ;
    - o organiser des supervisions semestrielles dans chacun des sites de collecte ;
    - o mettre en place des outils de gestion intégrant les différents services (cliniques, laboratoires et pharmacies).

### **Cibles**

- Formations sanitaires ciblées pour le traitement médical des PVVIH enfants et adultes ;
- Prestataires de santé.

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- GTC/CNLS
- Ministère de la Santé Publique et autres ministères ayant des formations sanitaires ;
- Entreprises privées et organisations confessionnelles ;
- ONG/Associations.

### **Indicateurs**

- Nombre de prestataires formés à la prise en charge des PVVIH et sur les principales coïnfections, tels que la coïnfection TB/VIH ;
- Proportion des districts de santé offrant la prise en charge des PVVIH (enfants et adultes).

### **Domaine d'intervention prioritaire 2 :**

Renforcement du diagnostic précoce du VIH et la prise en charge médicale chez les enfants exposés

**Produit :** d'ici à fin 2015, tous les enfants infectés par le VIH éligibles bénéficient du traitement ARV (18% en 2010 à 80% en fin 2015).

### **Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement de l'offre de dépistage précoce du VIH chez les enfants :
  - o renforcer la recherche active des enfants exposés au VIH à travers le conseil dépistage initié par le prestataire (CDIP) et les actions des volontaires communautaires ;
  - o étendre le diagnostic précoce du VIH chez les enfants par PCR (à travers la technique

du papier buvard) à toutes les formations sanitaires ;

- o renforcer le suivi et la référence dans le cadre du suivi du couple mère-enfant ;
  - o organiser le circuit de transport des échantillons vers les laboratoires de référence ;
  - o mettre en place dans chaque Région, un laboratoire de référence pour le diagnostic précoce du VIH (PCR) chez les enfants.
- Renforcement de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH :
    - o renforcer les capacités des laboratoires pour l'appui au diagnostic (PCR par papier buvard et examens de laboratoire) ;
    - o renforcer les capacités techniques des prestataires pour la prise en charge pédiatrique.

### **Cibles**

- Formations sanitaires requises pour le traitement médical des PVVIH enfants et adultes ;
- Prestataires de santé ;
- Femmes enceintes séropositives ;
- Enfants nés de mères séropositives.

### **Acteurs de mise en œuvre**

- Formations sanitaires publiques, privées, confessionnelles/religieuses ;
- Ministère de la Santé Publique et autres ministères disposant des formations sanitaires.

### **Indicateurs**

- Proportion de formations sanitaires offrant le diagnostic précoce du VIH chez les enfants ;
- Proportion des districts de santé offrant le traitement ARV pédiatrique ;
- Proportion des enfants éligibles ayant bénéficié du traitement ARV.

### **Domaine d'intervention prioritaire 3 :**

Renforcement de la prise en charge des coinfections VIH/TB, VIH/Hépatites et les autres co-morbidités associées au VIH

### **Produits :**

- (i) 80% des patients coïnfectés VIH/TB, VIH/Hépatites B et C diagnostiqués sont pris en charge selon les directives nationales d'ici 2015 ;
- (ii) 80% des autres co-morbidités associées au VIH diagnostiquées sont correctement prise en charge d'ici 2015.

### **Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement du diagnostic et de la prise en charge des coinfections VIH/TB/Hépatites B et C :
  - o améliorer le dépistage de la TB et des hépatites B et C chez les patients VIH ;
  - o assurer la disponibilité des médicaments pour le traitement des coinfections ;
  - o assurer la prophylaxie à l'INH chez les patients VIH positifs éligibles ;
  - o renforcer les mesures de contrôle de la tuberculose dans toutes les structures ;
  - o mettre en place des partenariats entre les formations sanitaires et les organisations communautaires pour le suivi des patients coïnfectés ;
  - o réaliser des enquêtes et l'analyse de situation des coinfections VIH/TB/Hépatites B et C et d'autres co-morbidités (diabète, HTA,...) ;
  - o appliquer les stratégies PCIMAA ;

- Renforcement de la prise en charge des autres infections opportunistes :
  - o renforcer les capacités des prestataires des FOSA sur le diagnostic et le traitement des co-morbidités ;
  - o élaborer et mettre à la disposition des formations sanitaires un kit de documents normatifs, guides techniques et outils de suivi des patients (registres, fiches, etc.) des outils de suivi/gestion des malades ;
  - o approvisionner les structures de prise en charge en médicaments contre les infections opportunistes et autres co-morbidités.

### **Cibles**

- Patients co-infectés ;
- PVVIH ;
- Prestataires de soins.

### **Acteurs de mise en œuvre**

- Ministère de la Santé Publique ;
- Autres ministères ayant des formations sanitaires ;
- Formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles/religieuses ;
- Organisations et acteurs communautaires.

### **Indicateurs**

- Proportion de patients présentant une coinfection TB/VIH recevant concomitamment un traitement contre les 2 maladies (UNGASS) ;
- Proportion des patients VIH diagnostiqués pour la TB ;
- Proportion des patients VIH éligibles mis sous prophylaxie INH ;
- Proportion des patients VIH sous Cotrimoxazole.

**Domaine d'intervention prioritaire 4 :**

Aide à l'observance des traitements

**Produit :** la proportion de sites de prise en charge par ARV (CTA et UPEC) ayant un «Taux de perdus de vue au cours des 12 premiers mois du TARV inférieur ou égal à 20%, (seuil requis) passe de 5% à 80% d'ici 2015

**Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement de l'aide à l'observance des traitements dans les structures de soins :
  - o renforcer les capacités des prestataires concernés ;
  - o développer et harmoniser les outils d'aide à la gestion de l'observance ;
  - o former/recycler des agents de relais communautaire ;
  - o élaborer et mettre à la disposition des ARC des outils d'aide à l'observance, des fiches/registres pour le suivi et la référence des patients infectés ;
  - o développer des activités d'aide à l'observance au niveau des structures privées et publiques de prise en charge médicale ;
  - o organiser des supervisions périodiques des activités des ARC.
- Renforcement de la participation communautaire à l'aide à l'observance des traitements :
  - o renforcer les capacités des structures communautaires et des prestataires (tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles, etc.) pour l'aide à l'observance ;
  - o appuyer la mise en place des clubs d'observance ;
  - o développer des activités d'aide à l'observance au niveau des structures communautaires, privées et publiques de prise en charge médicale ;
  - o mettre en place des cadres régionaux de concertation avec les leaders et prestataires communautaires (chefs traditionnels, leaders religieux, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles, etc) pour la prise en charge et le suivi des PVVIH.

**Cibles**

- PVVIH ;
- Agents de relais communautaire (dans es structures de prise en charge) ;
- Volontaires communautaires (dans les groupes communautaires) ;
- Formations sanitaires publiques, privées, religieuses/confessionnelles.

**Acteurs de mise en œuvre**

- Organisations confessionnelles/religieuses ;
- Organisations communautaires.

**Indicateurs**

- Proportion de perdus de vue dans les structures de prise en charge ;
- Proportion des PVVIH sous ARV de 2ème ligne ;
- Proportion de sites de prise en charge ayant un taux de perdus de vue inférieur à 20%.

**Domaine d'intervention prioritaire 5 :**

Prise en charge communautaire des PVVIH

**Produit :** tous les PVVIH bénéficient d'une prise en charge communautaire selon leurs besoins au cours de la période 2011-2015

**Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement des capacités des structures et des acteurs/leaders communautaires et des prestataires (tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles, etc.) pour la prise en charge et le suivi des PVVIH :
  - o mettre en place un partenariat entre les organisations communautaires et les structures de prise en charge pour la préparation, le suivi du traitement et la référence des patients infectés ;
  - o renforcer les capacités des structures communautaires ;
  - o élaborer et mettre à la disposition des structures communautaires des outils (fiches, registres, etc.) pour la préparation au traitement, le suivi et la référence des patients infectés ;
  - o organiser les supervisions intégrées des activités des volontaires communautaires et autres prestataires communautaires ;
  - o développer la collaboration avec les prestataires de thérapies alternatives (tradipraticiens, naturopathes, etc.) pour une meilleure prise en charge des PVVIH ;
- Renforcement du continuum des soins :
  - o élaborer les guides de prise en charge communautaire des PVVIH ;
  - o soutenir la mise en œuvre des activités de prise en charge communautaire (kits de premiers soins, visites/soins à domicile, soins palliatifs...) ;
  - o organiser le système de référence et de contre référence efficace entre les services de santé et les structures communautaires.

**Cibles**

- PVVIH ;
- Prestataires de thérapies alternatives ;
- Volontaires communautaires ;
- Formations sanitaires publiques, privées, religieuses/confessionnelles.

**Acteurs de mise en œuvre**

- Organisations confessionnelles/religieuses ;
- Ministère de la Santé Publique ;
- Structures communautaires.

**Indicateur**

- Nombre de PVVIH ayant bénéficié d'une prise en charge communautaire.

**Domaine d'intervention prioritaire 6 :**

Renforcement de la prise en charge nutritionnelle des PVVIH

**Produit** : tous les PVVIH dont l'état de santé le nécessite ont bénéficié d'un soutien nutritionnel.

**Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement des capacités des formations sanitaires pour la prise en charge nutritionnelle des PVVIH :
  - o élaborer et disséminer le guide national de prise en charge des carences nutritionnelles en faveur des PVVIH à toutes les formations sanitaires, y compris les structures de prise en charge des PVVIH ;
  - o recruter des conseillers en nutrition pour les structures de prise en charge des PVVIH ;
  - o étendre les unités de réhabilitation nutritionnelle et de démonstration des techniques culinaires à tous les districts de santé ;
  - o renforcer les capacités des acteurs des structures publiques, privées et communautaires pour la prise en charge nutritionnelle des PVVIH ;
  - o élaborer un plan d'appui nutritionnel des patients dans les structures de prise en charge (approvisionnement, référence, distribution et rapportage).
- Renforcement de la participation communautaire à la prise en charge nutritionnelle :
  - o renforcer les capacités des volontaires des structures communautaires pour la prise en charge nutritionnelle des PVVIH ;
  - o vulgariser les outils d'aide nutritionnelle (boîtes à image...) ;
  - o mettre en place un cadre de concertation des acteurs de la prise en charge nutritionnelle ;

- Mise à disposition des intrants pour l'appui nutritionnel aux PVVIH :
  - o promouvoir l'acquisition des suppléments nutritionnels (vivres, nutriments...) ;
  - o contractualiser avec les structures communautaires la distribution des suppléments pour la prise en charge nutritionnelle ;
  - o mettre à disposition des outils pour le suivi de la prise en charge nutritionnelle des PVVIH (fiches de stock, fiches de suivi...).

**Cibles**

- PVVIH ;
- Agents de relais communautaire ;
- Structures communautaires impliquées dans la prise en charge des PVVIH ;
- Formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles/religieuses.

**Acteurs de mise en œuvre**

- Formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles ;
- Organisations communautaires.

**Indicateurs**

- Nombre de PVVIH bénéficiant d'un soutien alimentaire ;
- Pourcentage de PVVIH présentant une malnutrition ;
- Pourcentage de District de Santé ayant au moins une unité de réhabilitation nutritionnelle.

### AXE 3 : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées

En matière de soutien et de protection, les efforts seront axés sur l'impact du VIH sur les PVVIH, les OEV et les autres personnes affectées. Dans ce sens, les soutiens psychologique, social et économique seront renforcés en s'appuyant sur les principaux acteurs que sont le secteur de la santé et le secteur communautaire.

Avec une séroprévalence estimée à 5,1% en 2010, le VIH touche un nombre estimé de 560 306 personnes au Cameroun, causant ainsi 34 478 décès. L'importance numérique des personnes infectées et affectées que sont les PVVIH, les OEV et leurs proches, sera croissante tout au long de la période couverte par le présent Plan Stratégique.

La réduction de l'impact du VIH sur ces groupes consiste à leur garantir une égale opportunité d'accès aux services sociaux de base et à la citoyenneté. Ces



défis sont d'autant plus cruciaux qu'avec la décentralisation, les collectivités locales sont appelées à s'investir dans la prise en charge des personnes infectées et affectées, aussi bien dans le domaine de la mobilisation des ressources que dans la création d'un environnement favorable à leur épanouissement. Les interventions en direction des OEV seront ciblées en fonction des tranches d'âge, du sexe et du degré de vulnérabilité.

**Effet :** l'impact psychologique, social et économique du VIH sur les PVVIH, les OEV et autres personnes affectées est atténué au cours de la période 2011-2015

**Résultats attendus :**

- 80% des personnes infectées et 55% des OEV et leurs familles reçoivent au moins un soutien d'ici 2015 ;
- le niveau de tolérance vis-à-vis des personnes infectées et affectées chez les femmes et les hommes passe respectivement de 8% à 28% et de 13%<sup>19</sup> à 33% d'ici 2015.

**Domaines d'interventions prioritaires :**

- Soutien psychologique, social et économique aux PVVIH ;
- Soutien aux OEV (soutien sanitaire, scolaire, nutritionnel, psychosocial et protection juridique) ;
- Implication des collectivités locales décentralisées dans la protection et le soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH ;
- Protection juridique des PVVIH et personnes affectées.

**Résultat 1 :** 80% des personnes infectées et 55% des OEV et leurs familles reçoivent au moins un soutien d'ici 2015

**Domaine d'intervention prioritaire 1 :**  
Soutien psychologique, social et économique aux PVVIH

**Produit :** 80% des PVVIH identifiés reçoivent un soutien psychologique, social et économique d'ici 2015.

**Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement des capacités institutionnelles et du leadership des associations des PVVIH :
  - o rendre fonctionnelle au moins une association des PVVIH dans chacune des 360 Communes du Cameroun ;
  - o renforcer les capacités des membres des associations des PVVIH en gestion, planification, suivi, plaidoyer, bonne gouvernance.
- Renforcement de l'appui psychologique et social aux PVVIH :
  - o accompagner le développement des groupes d'auto-soutien ;
  - o assurer la référence vers les institutions d'assistance adaptées (confessions religieuses, psychologues...) ;

- o assurer les médiations sociales en faveur des PVVIH ;
- o assurer les visites et soins à domicile.

- Renforcement de l'appui économique aux PVVIH :
  - o développer des mécanismes de solidarité au profit des PVVIH (fonds de solidarité, prise en charge des indigents, mutuelles...) ;
  - o développer un programme d'activités génératrices de revenus ;
  - o appuyer économiquement les ménages de PVVIH à travers un transfert monétaire direct aux ménages les plus vulnérables.

**Cibles**

- PVVIH ;
- Personnes affectées.

**Acteurs de la mise en œuvre**

- CNLS ;
- Ministères en charge de la santé, des affaires sociales et de la promotion de la femme/famille, du travail, de l'éducation ;
- Associations des PVVIH ;
- Organisations de la société civile et ONG ;
- Secteur privé ;
- Communautés locales décentralisées.

**Indicateurs**

- Nombres d'associations de PVVIH fonctionnelles ;
- Nombre de communes disposant d'au moins une association de PVVIH impliquée dans la prise en charge communautaire ;
- Nombre de PVVIH et personnes affectées ayant reçu un appui psychologique ;
- Nombre de PVVIH et personnes affectées ayant reçu un appui social ;
- Nombre de PVVIH ayant reçu un appui économique.

**Domaine d'intervention prioritaire 2 :**  
Soutien aux OEV (soutien scolaire, sanitaire, nutritionnel, psychosocial et protection juridique)

**Produit :** 55% des OEV et leurs familles reçoivent au moins un soutien approprié d'ici fin 2015.

**Stratégies et actions prioritaires**

- Mise en place d'une politique de prise en charge des OEV au Cameroun :
  - o élaborer un document de stratégie pour la protection et le soutien des OEV ;
  - o élaborer un guide national de prise en charge des OEV ;

<sup>19</sup> OCEAC. Etude Quantitative d'Evaluation des Indicateurs de Projet de Prévention du VIH/Sida en Afrique Centrale, Mai 2008



- o réviser et diffuser les outils d'identification et de suivi des OEV.
- Développement des interventions de qualité en direction des OEV :
  - o mettre à jour la base de données dynamique des OEV ;
  - o cibler les interventions en fonction du degré de vulnérabilité et des besoins spécifiques des OEV, afin d'enrôler un plus grand nombre à la prise en charge ;
  - o prendre en compte les facteurs sociaux et culturels qui influencent la vulnérabilité différentielle des OEV féminins et masculins, tant dans leur encadrement que dans leur bien-être social et économique ;
  - o mettre en place un système de parrainage des OEV au Cameroun ;
  - o renforcer les capacités d'intervention sociale des acteurs à la prise en charge holistique des OEV (collectivités locales décentralisées, familles/communautés des OEV, organisations de l'économie sociale - coopératives, institutions de micro finances, organisations de la société civile...) ;
  - o promouvoir la formation et l'insertion socio-professionnelle des OEV non scolarisés.
- Mise en place d'un mécanisme de suivi de qualité de la prise en charge des OEV :
  - o mettre en place un système interconnecté des bases de données des OEV incluant une cartographie électronique des interventions ;
  - o mettre à jour annuellement la base de données dynamique ;
  - o mettre en place un système de suivi et évaluation de qualité de la protection et du soutien des OEV ;
  - o renforcer le mécanisme de coordination des actions en faveur des OEV.

### **Cibles**

- OEV ;
- Familles/communautés des OEV.

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- MINSANTE, MINAS, MINPROFF, MINEDUB, MINJUSTICE, MINJEUN et MINTSS ;
- CNLS ;
- UNICEF ;
- Organisations de la société civile et ONG.

### **Indicateurs**

- Nombre d'OEV par sexe et par tranche d'âge répertoriés dans la base de données dynamique ;
- Nombre d'OEV soutenus par type de soutien par sexe et par tranche d'âge.

**Résultat 2** : Le niveau de tolérance vis-à-vis des personnes infectées et affectées chez les femmes et les hommes passe respectivement de 8% à 28% et de 13%<sup>20</sup> à 33% d'ici 2015

### **Domaine d'intervention prioritaire 1 :**

Implication des collectivités locales décentralisées dans la protection et le soutien aux PVVIH, aux OEV et autres personnes affectées

**Produit** : 75% des collectivités locales décentralisées sont impliquées dans le soutien et la protection des PVVIH, des OEV et autres personnes affectées.

### **Stratégies et actions prioritaires**

- Mise en place d'un mécanisme d'accompagnement des collectivités locales dans la mise en œuvre de la décentralisation de la protection et du soutien des OEV :
  - o redynamiser et renforcer les capacités d'intervention des comités communaux de lutte contre le Sida ;
  - o développer les collaborations et des partenariats pour l'accès des OEV aux services sociaux de base à tous les niveaux.
- Soutien des initiatives de solidarité communautaire en faveur des OEV :
  - o promouvoir la mise en place des caisses de solidarité pour la prise en charge des OEV par les communautés ;
  - o mettre en place un mécanisme incitatif des personnes morales et physiques au parrainage des OEV ;
  - o faire le plaidoyer pour le placement des OEV dans les familles.

### **Cibles**

- OEV ;
- Collectivités locales décentralisées ;
- Familles.

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- MINAS, MINPROFF, MINFI ;
- CNLS ;
- Organisations patronales ;
- Institutions de micro finance (IMF) ;

<sup>20</sup> OCEAC. Etude Quantitative d'Evaluation des Indicateurs de Projet de Prévention du VIH/Sida en Afrique Centrale, Mai 2008

- Secteur privé ;
- Organisations de la société civile et ONG.

#### Indicateurs

- Nombre de collectivités locales décentralisées qui participent à la protection et au soutien des OEV ;
- Nombre de caisses de solidarité fonctionnelles par Commune ;
- Nombre d'OEV parrainés par Commune.

#### Domaine d'intervention prioritaire 2 :

Protection juridique des PVVIH, des OEV et autres personnes affectées

**Produit** : les outils de protection et promotion des droits des PVVIH et OEV sont disponibles.

#### Stratégies et actions prioritaires

- Sécurisation juridique des droits humains liés aux PVVIH :
  - o mettre en place un cadre législatif de protection des droits et devoirs des PVVIH ;
  - o vulgariser les lois sur les droits et devoirs des PVVIH et personnes affectées ;
  - o organiser des campagnes de lutte contre les pratiques discriminatoires et stigmatisantes ;
- Renforcement du GIPA (Greater Involvement of People Living with Aids) :
  - o PVVIH dans les différentes instances de coordination de la lutte contre le Sida aux niveaux central et périphérique ;
  - o supprimer les clauses d'exceptions portant sur l'admission des PVVIH aux concours de recrutement nationaux ;
  - o promouvoir l'insertion professionnelle des PVVIH ayant des compétences et qualifications requises.

#### Cibles

- PVVIH ;
- Personnes affectées.

#### Acteurs de la mise en œuvre

- MINJUSTICE, MINTSS, MINFOP, MINAS ;
- Assemblée Nationale ;
- CNLS ;
- Associations de PVVIH ;
- Syndicats de lutte pour la protection des droits humains ;
- ONG/associations.

#### Indicateurs

- Proportion des collectivités locales décentralisées impliquées dans le soutien des personnes infectées

et affectées ;

- Proportion de la population qui affiche des attitudes discriminatoires à l'égard des PVVIH et des OEV.

### AXE 4 : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs

Au cours de la période 2006-2010, l'appropriation de la lutte contre le VIH par les acteurs a été prônée avec des résultats mitigés.

L'implication des secteurs public et privé, des collectivités locales, des organisations de la société civile, des organisations confessionnelles dans la riposte nationale face au VIH et au Sida mérite d'être renforcée dans le cadre de la multisectorialité de la lutte à travers un partenariat actif et durable dans les domaines de la prévention du VIH et de la prise en charge des personnes infectées et affectées.

**Effet** : La lutte contre le VIH est consolidée dans les différents secteurs public, privé formel et informel et les collectivités locales décentralisées grâce à la création d'un environnement favorable à la riposte au Sida

#### Résultat attendu

L'implication des institutions du secteur public, des entreprises publiques et privées, du secteur informel et des collectivités locales décentralisées s'est accrue entre 2011 et 2015.

#### Domaines d'interventions prioritaires

- Renforcement de l'implication du secteur public dans la riposte au Sida ;
- Renforcement de l'implication du secteur privé (formel et informel) dans la lutte contre le VIH ;
- Renforcement de l'implication des collectivités locales dans la réponse au VIH ;
- Intégration du VIH dans les projets et programmes de développement ;
- Renforcement de l'implication des OSC et des organisations confessionnelles.

**Résultat** : l'implication des institutions du secteur public, des entreprises publique/privée, du secteur informel et des collectivités locales s'est accrue entre 2011 et 2015

#### Domaine d'intervention prioritaire 1 :

Renforcement de l'implication du secteur public dans la riposte au Sida

**Produit** : la proportion des départements ministériels qui ont mis en œuvre des activités de lutte contre le VIH passe de 26% à 80% d'ici 2015.

#### Stratégies et actions prioritaires

- Amélioration de la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH :
  - o renforcer les capacités des acteurs en planification, suivi-évaluation ;

- o élaborer/actualiser et mettre en œuvre les plans d'actions sectoriels ;
- o développer le partenariat (contractualisation) avec le secteur communautaire.
- Développement des mécanismes de pérennisation et d'appropriation de la lutte dans le secteur public :
  - o mettre en place un mécanisme de mobilisation des ressources pour le financement des plans d'actions sectoriels de lutte contre le VIH ;
  - o développer une stratégie de plaidoyer pour redynamiser le leadership au niveau de l'administration publique ;
  - o mener le plaidoyer pour l'inscription de ligne budgétaire pour la lutte contre le VIH dans le budget des structures publiques ;
  - o appuyer la mise en œuvre des actions de plaidoyer.
- Amélioration de la coordination et le suivi de la lutte au sein du secteur privé :
  - o renforcer le dispositif de coordination de la réponse du secteur privé ;
  - o assurer le suivi et évaluation de la réponse du secteur privé.
- Amélioration de la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH dans le secteur formel et informel :
  - o élaborer la cartographie des interventions de lutte contre le VIH dans le secteur formel et informel ;
  - o actualiser ou élaborer des plans d'action VIH des acteurs (entreprises formelles et informelles associations professionnelles et syndicats ;
  - o renforcer les capacités institutionnelles des acteurs sur l'offre de service de lutte en entreprise ;
  - o développer des partenariats avec les autres secteurs (santé, société civile, associations, PVVIH...).

### **Cibles**

- Tous les départements ministériels ;
- Les communautés.

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- Tous les départements ministériels ;
- CNLS.

### **Indicateurs**

- Nombre de départements ministériels mettant en œuvre des activités de lutte contre le VIH ;
- Montant des ressources mobilisées par le secteur public pour financer les plans d'action/activités de lutte contre le VIH.

### **Domaine d'intervention prioritaire 2 :**

Renforcement de l'implication du secteur privé (formel et informel) dans la lutte contre le VIH

**Produit** : 80% des entreprises et 50% des organisations du secteur informel ont intégré le VIH dans leur plan d'action.

### **Stratégies et actions prioritaires**

- Amélioration du cadre de lutte contre le VIH dans le secteur privé :
  - o élaborer une politique de lutte contre le VIH dans le monde du travail ;
  - o prendre en compte les préoccupations du monde du travail dans les projets et textes de loi sur le VIH.
- Promotion du partenariat Public-Privé (PPP) pour mobiliser les ressources financières :
  - o appuyer la mise en œuvre et le suivi du par-

### **Cibles**

- Travailleurs, familles ;
- Entreprises du secteur formel ;
- Organisations du secteur informel ;
- Organisations des employeurs, organisations des travailleurs ;
- Organisation des professionnels de la santé au travail (associations des médecins et infirmiers de santé au travail).

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- CNLS ;
- MINTSS ;
- Secteur formel ;
- Secteur informel (Organisations de l'économie sociale : coopératives, groupements des producteurs, associations et organisations syndicales du secteur informel).

### **Indicateur**

- Nombre de structures du secteur privé mettant en œuvre des activités de lutte contre le VIH.

**Domaine d'intervention prioritaire 3 :**

Renforcement de l'implication des collectivités locales décentralisées dans la réponse au VIH

**Produit** : le nombre de collectivités locales qui mettent en œuvre des plans d'action/activités de lutte contre le VIH augmente chaque année de 15% entre 2011 et 2015.

**Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement du mainstreaming du VIH dans les activités des collectivités locales décentralisées :
  - o redynamiser les comités communaux de lutte contre le VIH dans les 360 Communes ;
  - o mettre en place une plateforme communale des acteurs de lutte contre le VIH sous le leadership de la Commune ;
  - o appuyer le fonctionnement de la plateforme communale de lutte contre le VIH ;
  - o renforcer les capacités des Communes en vue du développement des activités de prévention du VIH et de la prise en charge des PVVIH par les Communes.
- Développement des mécanismes de pérennisation et d'appropriation de la lutte par les collectivités :
  - o renforcer les capacités des regroupements des Communes pour la lutte contre le VIH et le Sida ;
  - o mettre en place un mécanisme de mobilisation des ressources au niveau communal pour soutenir le financement des plans locaux de lutte contre le VIH ;
  - o développer une stratégie de plaidoyer pour redynamiser le leadership au niveau de l'administration communale ;
  - o faire le plaidoyer au niveau communal pour l'inscription d'une ligne VIH dans le budget communal.

**Cibles**

- Collectivités locales décentralisées ;
- Alliance des Maires et des Autorités Municipales contre le VIH et le Sida ;
- Communautés.

**Acteurs de la mise en œuvre**

- MINATD ;
- CNLS ;
- Communes ;
- Alliance des Maires et des Autorités Municipales contre le VIH et le Sida ;

**Indicateurs**

- Proportion des collectivités locales décentralisées

mettant en œuvre des activités de lutte contre le VIH ;

- Nombre de collectivités locales décentralisées ayant un comité communal de lutte contre le Sida fonctionnel.

**Domaine d'intervention prioritaire 4 :**

Intégration du VIH dans les projets et programmes de développement

**Produit** : 50% des Projets/Programmes de développement mettent en œuvre les activités de lutte contre le VIH d'ici 2015

**Stratégies et actions prioritaires**

- Mapping des Projets et financements disponibles :
  - o Identifier les projets/programmes de développement (chantiers de construction, travaux routiers, aménagements, développement rural, emploi/entrepreneuriat, ...) ;
  - o faire le point sur les financements disponibles dans les projets/programmes et les interventions ciblées.
- Intégration du VIH dans les Projets/Programmes :
  - o faire des plaidoyers pour l'intégration du VIH dans les Projets/Programmes et la mobilisation des ressources propres ;
  - o prendre une directive obligeant à l'intégration d'un volet VIH dans les Projets/Programmes de développement ;
  - o renforcer les capacités des acteurs sur la mise en œuvre, le suivi et le rapportage des activités de lutte contre le VIH des Projets/Programmes ;
  - o appuyer le développement des partenariats entre les projets/cibles et d'autres acteurs/secteurs (Collectivités locales/Public) pour accroître l'accès aux travailleurs et communautés environnantes au continuum prévention-soins-soutien.

**Cibles**

- Projets et Programmes de développement ;
- Communautés riveraines des grands Projets et Programmes.

**Acteurs de la mise en œuvre**

- MINEPAT et les autres départements ministériels ;
- CNLS ;
- Secteurs privé, public ;
- CRLS et autres structures décentralisées de coordination ;
- Collectivités locales décentralisées.

**Indicateur**

- Nombre de Projets/Programmes ayant intégré un volet lutte contre le VIH dans leur structuration.

**Domaine d'intervention prioritaire 5 :**

Renforcement de l'implication des organisations confessionnelles dans la lutte contre le VIH et le SIDA

**Produit :** l'implication des organisations confessionnelles dans la lutte contre le VIH et le Sida est améliorée.

**Stratégie et actions prioritaires**

- Renforcement des capacités des organisations confessionnelles pour la lutte contre le VIH et le Sida :
  - o renforcer les capacités des organisations confessionnelles en vue du développement des activités de prévention et de prise en charge des PVVIH par ces organisations ;
  - o développer des partenariats avec les organisations confessionnelles ;
  - o promouvoir la concertation entre les organisations confessionnelles ;
  - o mettre en place les mécanismes de pérennité des actions des organisations confessionnelles.

**Cibles**

- Membres des communautés religieuses ;
- Organisations confessionnelles.

**Acteurs de la mise en œuvre**

- MINATD ;
- ACIC, CEPCA, Conférence épiscopale ;
- Autres organisations confessionnelles ;
- CNLS.

**Indicateurs**

- Proportion des organisations confessionnelles mettant en œuvre des activités de lutte contre le VIH ;
- Nombre de partenariats établis entre les organisations confessionnelles et les autres acteurs.

## AXE 5 : Renforcement du système de santé

La réponse du secteur santé est primordiale et constitue l'un des piliers majeurs de la riposte au VIH et au Sida. Le système de santé mérite ainsi d'être renforcé dans le but de soutenir les efforts de la riposte pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins. Ce renforcement vise à le rendre capable de délivrer des services de qualité sur toute l'étendue du territoire national.

**Effet :** Le secteur santé dispose des capacités techniques et opérationnelles suffisantes pour assurer une riposte efficace au Sida au cours de la période 2011-2015

**Résultat attendu**

La réponse du secteur santé est renforcée et permet de garantir l'accès universel au traitement et aux soins et l'appui aux autres acteurs pour la riposte au Sida

**Domaines d'intervention prioritaires**

- Renforcement de la riposte (prestations de services) du secteur santé ;
- Développement des ressources humaines ;
- Renforcement du système d'approvisionnement en produits médicaux et autres équipements technologiques ;
- Amélioration du financement du système de santé ;
- Renforcement de la gouvernance dans le système de santé.

**Résultat :** La réponse du secteur santé est renforcée et permet de garantir l'accès universel aux soins/traitements et l'appui aux autres acteurs pour la riposte au Sida

**Domaine d'intervention prioritaire 1 :**

Renforcement des prestations de services

**Produit :** 100% des districts de santé offrent le paquet complet des services de prévention, de soins et de traitement de qualité.

**Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement de l'intégration et des liens entre les services :
  - o rendre fonctionnel le mécanisme de référence et de contre référence ;
  - o assurer la liaison, l'intégration fonctionnelle et/ou physique des services de prise en charge du VIH avec d'autres services de santé, notamment les services de lutte contre la tuberculose, de santé génésique, et de santé maternelle et infantile, etc. ;
  - o assurer la liaison, l'intégration fonctionnelle et/ou physique des services de VIH et du Sida avec les services assurés par d'autres secteurs, tels que l'éducation et la protection sociale, et ceux qui sont prestés à domicile et dans les communautés par les familles, les ONG, les organisations communautaires, les organisations confessionnelles et les groupes ou réseaux de personnes vivant avec le VIH.
- Renforcement des infrastructures et de la logistique dans le secteur de la santé :
  - o équiper les formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles impliquées dans la prise en charge ;
  - o réhabiliter les infrastructures de santé liées au VIH ;



- o mettre en place une politique nationale d'acquisition et de maintenance du matériel médico-technique ainsi que le contrôle qualité des résultats de laboratoires.
- Amélioration de l'offre et la demande des services :
  - o renforcer le paquet d'activités VIH dans les hôpitaux généraux, hôpitaux régionaux, les services de santé de district, les cabinets de soins infirmiers, les structures de soins privées et confessionnelles de base pour la prévention et la prise en charge médicale ;
  - o poursuivre la décentralisation des services de santé ;
  - o renforcer les capacités institutionnelles et fonctionnelles du laboratoire national de référence VIH et des autres laboratoires ;
  - o améliorer le circuit de transport des échantillons et de retour des résultats des examens entre le lieu de prélèvement et celui de réalisation des examens ;
  - o mettre en place des mécanismes novateurs pour accroître la demande et l'utilisation des services de santé liés au VIH et au Sida ;
- Amélioration de l'organisation et de la gestion des services de santé :
  - o mettre en place des outils de gestion intégrant les différents services (cliniques, laboratoires et pharmacies) ;
  - o mettre en place de meilleurs système de soutien à la gestion ;
  - o mettre en place un environnement de travail propice pour l'offre et l'utilisation des services ;
- Amélioration de la garantie de la qualité technique des services :
  - o établir des systèmes internes et externes de gestion de la qualité concernant essentiellement les soins cliniques, les examens de laboratoire, les prestations communautaires et l'environnement de travail ;
  - o mettre régulièrement à jour les directives et les outils nationaux afin qu'ils continuent à refléter les meilleures pratiques internationales et les plus récentes recommandations ;
  - o établir des procédures normalisées pour l'accréditation des établissements de santé et pour la certification des prestataires de soins de santé dans la prévention, le traitement et les soins du VIH ;
  - o établir des normes nationales de prévention, de traitement et de soins du VIH ;
  - o garantir la qualité de la formation (utilisation des animateurs expérimentés, respect de la

- proportion animateur/apprenants, etc.) ;
- o établir des systèmes de supervision et de conseils cliniques ;
- o établir des systèmes fonctionnels de suivi des Programmes et des patients à même d'être utilisés par les prestataires pour mesurer et améliorer la qualité des soins fournis.

### **Cibles**

- MINSANTE et ses démembrements ;
- Structures sanitaires publiques, privées et confessionnelles.

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- MINSANTE ;
- CNLS ;
- Organisations confessionnelles.

### **Indicateurs**

- Nombre de formations sanitaires construites/réhabilitées ;
- Nombre de formations sanitaires équipées.

## **Domaine d'intervention prioritaire 2 : Développement des ressources humaines**

**Produit** : 100% des districts de santé disposent des ressources humaines compétentes et motivées pour assurer toutes les prestations liées à la prévention, aux soins, aux traitements et à la gestion du VIH et du Sida.

### **Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement des capacités des ressources humaines pour l'offre de soins de qualité :
  - o renforcer les compétences du personnel clé pour la prise en charge et la prévention ;
  - o former des agents de santé supplémentaires ;
  - o garantir un contenu pertinent sur le VIH dans les programmes de formation initiale ;
  - o développer la formation en cours d'emploi et le soutien à la formation permanente après la formation initiale (y compris le système de référent et la poursuite de la formation médicale) ;
  - o promouvoir les formations groupées ;
  - o assurer une allocation spatiale équitable des RH à travers le pays ;
  - o assurer la délégation des tâches ;
  - o régulariser et améliorer la qualité des supervisions ;
  - o produire un plan national de développement des RH liées au VIH et au Sida ;
- Amélioration des conditions générales des RH :
  - o sensibiliser les agents de santé au travail



- avec les personnes vivant avec le VIH ;
- o veiller à ce que les agents de santé et leurs familles aient accès gratuitement à la prévention et à d'autres services liés au VIH et à la tuberculose ;
- o mettre en place des mécanismes de motivation et de rétention des personnels de santé ;
- o améliorer les conditions et la qualité de l'environnement de travail ;
- o reconnaître et soutenir le rôle déterminant des personnes vivant avec le VIH, des organisations communautaires et des travailleurs non professionnels ;
- o donner à la reconnaissance et au soutien des prestataires non professionnels, des formes concrètes, comme la certification des compétences en prestation de services et la rémunération correspondante ;
- o renforcer les enseignements sur la prise en charge des PVVIH dans les curricula de formation des facultés de médecine et écoles de formation en sciences de la santé (formation initiale) ;
- o Intégrer les PVVIH dans toutes les équipes de prise en charge des patients infectés en milieu hospitalier et communautaire.

### **Cibles**

- MINSANTE et ses démembrements ;
- Structures sanitaires publiques, privées et confessionnelles.

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- MINSANTE ;
- CNLS ;
- Organisations confessionnelles.

### **Indicateurs**

- Nombre de districts de santé disposant des équipes cadres formés ;
- Nombre de personnel recruté et formé (par catégorie) ;
- Ratio personnel de santé/population ;
- Nombre de districts de santé disposant d'un mécanisme de motivation du personnel.

### **Domaine d'intervention prioritaire 3 :**

Renforcement du système d'approvisionnement en produits médicaux et autres équipements technologiques

**Produit** : la proportion des formations sanitaires offrant les services de TARV qui ont une rupture de stock de plus d'une semaine est de 0%.

### **Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement du système national d'approvisionnement (SYNAME) en médicaments et intrants VIH :
  - o améliorer les politiques, les normes, les directives et les règles pour l'achat de médicaments et d'autres produits de base ;
  - o mettre en place un groupe de travail sur le suivi des approvisionnements et gestion des médicaments et intrants de lutte contre le Sida.
- Renforcement des capacités des structures impliquées en matière de gestion des médicaments et autres intrants pour la lutte contre le VIH et le Sida :
  - o élaborer des plans annuels d'approvisionnement en intrants VIH ;
  - o renforcer la gestion logistique de la CENAME et des CAPR ;
  - o renforcer les capacités des acteurs pour la gestion logistique des intrants du VIH et du Sida ;
  - o renforcer les capacités des structures pour le stockage et la gestion logistique des intrants VIH ;
  - o promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments essentiels, des produits de base et de l'équipement par des directives, des stratégies et une formation afin de garantir leur respect, réduire les résistances et maximiser la sécurité des patients.

### **Cibles**

- MINSANTE et ses démembrements ;
- Structures sanitaires publiques, privées et confessionnelles.

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- MINSANTE ;
- CNLS ;
- Organisations confessionnelles.

### **Indicateur**

- Nombre de structures publiques, privées et confessionnelles mettant en œuvre la TARV ayant reporté une rupture de stock de plus d'une semaine.

### **Domaine d'intervention prioritaire 4 :**

Amélioration du financement du système de santé

**Produit** : le financement de la santé est amélioré.

### **Stratégie et actions prioritaires**

- Développer les mécanismes pour la pérennisation de financements pour l'accès aux soins :
  - o préparer la transition vers la couverture uni-

- o verselle de tous les citoyens pour contribuer à répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé et à améliorer la qualité de ceux-ci ;
- o développer les mécanismes novateurs durables (Mutuelles de santé, taxes sur les produits, paiement anticipé.....) pour la facilitation de l'accès financier aux services liés au VIH et au Sida et à la santé dans son ensemble ;
- o assurer le plaidoyer pour la mobilisation et l'affectation effective des fonds nationaux pour la santé ;
- o mobiliser les ressources extérieures pour la santé.

### **Cibles**

- MINSANTE et ses démembrements ;
- Structures sanitaires publiques, privées et confessionnelles ;
- Partenaires au développement.

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- MINEPAT, MINFI, MINSANTE ;
- Secteur privé ;
- Organisation de la société civile ;
- Organisations confessionnelles.

### **Indicateurs**

- Dépenses annuelles de santé par habitant ;
- Pourcentage du budget national alloué à la santé.

**Domaine d'intervention prioritaire 5 :**  
Renforcement de la gouvernance dans le système de santé

**Produit :** le système de santé s'est imprégné de la culture de la performance et du résultat.

### **Stratégies et actions prioritaires**

- Amélioration du contrôle social :
  - o mettre en place des mécanismes d'évaluation du degré de satisfaction des utilisateurs et l'exploitation des résultats ;
  - o informer et sensibiliser les populations sur la gouvernance ;
  - o actualiser les textes relatifs à la participation communautaire ;
  - o mettre en place un cadre de collaboration avec les bénéficiaires.
- Renforcement des mécanismes d'incitation à la gouvernance et à l'éthique :
  - o institutionnaliser les contrats de performance à tous les niveaux ;

- o appliquer les dispositions du statut du personnel des corps de la santé relatives au profil de carrière ;
- o informer le personnel de santé sur les mesures d'incitation et de sanction existantes ;
- o actualiser et contrôler l'application des textes relatifs à l'octroi des quotes-parts et autres primes ;
- o contrôler la mise en pratique des mesures découlant des résultats des études sur la gouvernance et la corruption ;
- o produire et diffuser les documents relatifs aux bonnes pratiques.

### **• Renforcement de la régulation :**

- o actualiser/diffuser les textes du secteur santé ;
- o actualiser, élaborer et diffuser les autres textes réglementaires du secteur ;
- o élaborer un code de procédure hospitalière ;
- o institutionnaliser l'élaboration et l'utilisation des règlements intérieurs des formations sanitaires, y compris un code de procédure sanitaire ;
- o renforcer les inspections et contrôle du secteur ;
- o lutter contre l'exercice illégal de la médecine et de la vente illicite des médicaments.

### **Cibles**

- MINSANTE et ses démembrements ;
- Structures sanitaires publiques, privées et confessionnelles ;
- Bénéficiaires.

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- Présidence de la République ;
- Services du PM ;
- MINSANTE, MINATD, MINCOMMERCE
- Organisations confessionnelles.

### **Indicateurs**

- pourcentage des formations sanitaires intégrant les organisations de la société civile dans les structures de prise de décisions ;
- proportion des districts de santé bénéficiant de l'allocation des ressources additionnelles basées sur la performance par Région ;
- pourcentage du personnel par district bénéficiant d'une prime d'excellence ;
- pourcentage des services de santé contrôlés au moins tous les deux ans.

## AXE 6 : Renforcement du système communautaire

Le secteur communautaire constitue une partie importante de la riposte au VIH et au Sida et un partenaire privilégié à la fois pour le système de santé dans le cadre du continuum de soins, et pour les autres secteurs non santé en ce qui concerne l'appui et le développement de leur réponse sectorielle. Le renforcement de ce secteur vise à le rendre capable de délivrer des services de qualité et soutenir la réponse des autres secteurs.

**Effet :** Le secteur communautaire dispose des capacités techniques et opérationnelles suffisantes pour soutenir une riposte efficace au VIH et au Sida au cours de la période 2011-2015.

### Résultat attendu

Les capacités techniques et opérationnelles du secteur communautaire sont renforcées

### Domaines d'intervention prioritaire

- Renforcement des prestations de services au niveau communautaire ;
- Leadership et Gouvernance au niveau communautaire pour la lutte contre le VIH.

**Résultat :** les capacités techniques et opérationnelles du secteur communautaire sont renforcées

**Domaine d'intervention prioritaire 1 :**  
Renforcement des prestations de services  
au niveau communautaire

**Produit :** les capacités techniques et opérationnelles des acteurs du secteur communautaire sont renforcées.

### Stratégies et actions prioritaires

- Développement des capacités communautaires pour la riposte au VIH et au Sida :
  - o développer les ressources humaines au sein des organisations de la société civile ;
  - o décentraliser les compétences communautaires et renforcer le continuum de soins ;
  - o promouvoir les financements innovants au profit des OSC ;
  - o appuyer le fonctionnement des structures des Organisations de la Société Civile (OSC).
- Développement des stratégies à base communautaire pour la riposte au VIH et au Sida :
  - o mettre en place une politique de développement et d'utilisation des volontaires communautaires ;

- o développer un système de suivi et de motivation des volontaires communautaires ;
- o définir le paquet de services intégrés (incluant les activités VIH et Sida et autres Programmes de santé) des volontaires communautaires ;
- o soutenir la mise en œuvre d'un paquet de services intégrés.

- Renforcement des capacités des OSC dans la lutte contre le VIH et le Sida :
  - o mettre en place un cadre de concertation des OSC à tous les niveaux ;
  - o mettre en place une base de données dynamique des OSC impliquées dans la lutte ;
  - o appuyer le fonctionnement de la plateforme de concertation des OSC de lutte contre le VIH ;
  - o renforcer les capacités des OSC en vue du développement des activités de prévention et de prise en charge des PVVIH ;
  - o mettre en place les mécanismes de pérennisation des actions des OSC.
- Renforcement de la planification et du suivi-évaluation au niveau communautaire :
  - o renforcer les capacités des acteurs dans le domaine de la planification et du suivi évaluation ;
  - o mettre en place un système de suivi-évaluation et d'information au niveau communautaire ;
  - o renforcer la documentation des bonnes pratiques, la production et l'utilisation de l'information stratégique au niveau communautaire.

### Cibles

- Organisations communautaires et de la société civile (ONG, OBC, associations...).

### Acteurs de la mise en œuvre

- MINATD, MINSANTE ;
- CNLS ;
- Collectivités Locales Décentralisées ;
- Réseaux des associations des PVVIH ;
- ONG et autres associations.

### Indicateurs

- Nombre de structures communautaires renforcées ;
- Proportion de districts de santé disposant des structures communautaires fonctionnelles ;
- Nombre des OSC mettant en œuvre des activités de lutte contre le VIH.

**Domaine d'intervention prioritaire 2 :**

Leadership et Gouvernance au niveau communautaire pour la lutte contre le VIH et le Sida

**Produit** : le Leadership et la Gouvernance sont effectifs.

**Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement de la gouvernance et du partenariat avec les autres secteurs de mise en œuvre :
  - o renforcer les capacités des OSC en gestion ;
  - o promouvoir les réseaux d'organisation de la société civile ;
  - o consolider et développer la plateforme nationale de la société civile ;
  - o communiquer et diffuser l'information stratégique ;
  - o promouvoir la contractualisation des interventions avec les OSC ;
  - o développer des partenariats entre les OSC et les autres acteurs de la lutte.
- Renforcement du plaidoyer et du leadership politique de la société civile :
  - o faire le plaidoyer, du leadership politique de la société civile au niveau national et sous régional ;
  - o renforcer la mise en œuvre des «Three Ones».

**Cibles**

- Organisations communautaires et de la société civile (ONG, OBC, associations...) ;
- Organisations confessionnelles/religieuses et coutumières.

**Acteurs de la mise en œuvre**

- MINATD, MINSANTE ;
- CNLS ;
- Collectivités Locales Décentralisées ;
- Réseaux des associations des PVVIH ;
- ONG et autres associations.

**Indicateurs**

- Proportion des collectivités locales décentralisées disposant des structures communautaires de lutte contre le VIH et le Sida fonctionnelles ;
- Nombre de plate forme de la société civile existante et fonctionnelle.

**AXE 7 : Information stratégique**

Compte tenu du profil épidémiologique et du niveau de mise en œuvre des activités, les acteurs opérationnels et les gestionnaires du Programme auront besoin d'une information stratégique de qualité et directement utilisable.

ble. Au cours de la période 2011-2015, le PSN envisage le renforcement du dispositif actuel de production de l'information stratégique de qualité pour une prise de décisions efficaces.

Ce dispositif permettra de :

- rendre compte du déroulement des interventions programmées par les différents acteurs ;
- rendre compte du niveau de mobilisation et d'utilisation des ressources ;
- documenter les résultats obtenus à travers les différentes interventions en terme d'utilisation et de qualité des services offerts ;
- documenter les effets, voire l'impact des interventions au niveau de la population en général et des personnes affectées et infectées en particulier.

**Effet** : Au cours de la période 2011-2015, l'information stratégique de qualité est disponible et utilisée par les acteurs pour la riposte au VIH.

**Résultats attendus**

- Toutes les données épidémiologiques sur le VIH, le Sida, les IST et les IO sont disponibles et sont de qualité ;
- A la fin de chaque année, 90% des données programmatiques produites sont de qualité et disponibles ;
- De 2011 à 2015, l'information stratégique est diffusée et utilisée pour le processus de planification et de prise de décisions.

**Domaines d'intervention prioritaires**

- Renforcement de la surveillance épidémiologique, comportementale et des résistances ;
- Promotion de la recherche dans le domaine du VIH ;
- Renforcement du suivi et évaluation des interventions (données programmatiques) ;
- Renforcement de la supervision et du contrôle de la qualité des données ;
- Amélioration du stockage et de l'accès aux données/documents (bases de données centrale et régionales, site Web) ;
- Renforcement de la dissémination et de l'utilisation de l'information stratégique dans la prise de décisions.

**Résultat 1** : Toutes les données épidémiologiques sur le VIH, le Sida, les IST et les IO sont disponibles et sont de qualité

**Domaine d'intervention prioritaire 1 :**

Renforcement de la surveillance épidémiologique, comportementale et des résistances

**Produit** : les données de surveillance du VIH, du Sida, des IST et des IO sont disponibles.

**Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes :
  - o renforcer les capacités des sites sentinelles (approvisionnement en intrants, ressources humaines) ;
  - o assurer la collecte des données et le feedback des informations sur la sérosurveillance ;

- o assurer la qualité des données de surveillance sentinelle ;
- o organiser des évaluations périodiques du système de surveillance sentinelle.
- Renforcement de la surveillance des cas de VIH, de Sida, des IST et des IO ;
  - o renforcer à tous les niveaux les capacités des personnels impliqués dans la surveillance et la gestion des données ;
  - o mettre à jour et diffuser les outils de collecte auprès des structures communautaires, publiques et privées impliquées dans la prise en charge médicale et le dépistage du VIH ;
  - o mettre en place un dispositif de notification systématique des cas des IST, des IO et de Sida dans toutes les formations sanitaires ;
- Renforcement de la surveillance comportementale :
  - o réaliser périodiquement les enquêtes comportementales ;
  - o mettre en place un mécanisme de valorisation des résultats des études ;
- Renforcement de la surveillance des résistances et des effets indésirables des ARV :
  - o mettre en place un observatoire sur les résistances et les effets indésirables des médicaments (pharmaco vigilance des ARV et médicaments contre les infections opportunistes, révision périodique du protocole de surveillance de la sensibilité des germes) ;
  - o mener des enquêtes pour le suivi des Indicateurs d'Alerte Précoce (IAP), l'émergence des résistances (primaires et secondaires) aux ARV.

### **Cibles**

- GTC/CNLS ;
- MINSANTE ;
- Acteurs de la prise en charge médicale ;
- Groupes spécifiques ;
- Structures de recherche.

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- GTC/CNLS ;
- Institut National de la Statistique ;
- Universités ;
- Instituts de recherche et laboratoires de référence ;
- ONG/Associations ;
- Formations sanitaires publiques, privées, et confessionnelles structures communautaires accréditées.

### **Indicateurs**

- Nombre d'enquêtes de surveillance sentinelle réalisées ;

- Nombre d'enquêtes de surveillance comportementale réalisées ;
- Nombre d'enquêtes de la surveillance des résistances et des effets indésirables des ARV réalisées.

### **Domaine d'intervention prioritaire 2 :**

Promotion de la recherche dans le domaine du VIH

**Produit :** les données de recherche dans le domaine du VIH, sont disponibles et répondent aux besoins du PSN 2011-2015.

### **Stratégies et actions prioritaires**

- Développement d'une plateforme pour la recherche sur le VIH ;
  - o identifier les acteurs potentiels impliqués dans la recherche sur le VIH et le Sida ;
  - o développer des partenariats avec les institutions de recherches, y compris la médecine traditionnelle ;
  - o renforcer la coordination des activités de recherche sur le VIH.
- Elaboration et mise en œuvre d'un agenda de recherche sur le VIH :
  - o identifier les axes de recherche sur le VIH et le Sida dans les domaines des sciences biomédicales, des sciences sociales, et de la recherche opérationnelle ;
  - o élaborer un plan de recherche sur le VIH, les IST et les IO pour la période 2011-2015 ;
  - o renforcer les capacités des acteurs et structures (laboratoires, structures de recherche) impliqués dans la recherche sur le VIH et le Sida.
- Valorisation des résultats de la recherche sur le VIH et le Sida :
  - o assurer la dissémination des résultats de la recherche sur le VIH ;
  - o produire des informations stratégiques et des documents de plaidoyer à partir des résultats de recherche pour les décideurs.

### **Cibles**

- Universités ;
- Institutions de recherche ;
- Populations cibles ;
- Structures mettant en œuvre les activités de lutte contre le VIH.

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- MINRESI ;
- CNLS ;
- Universités ;
- Institutions de recherche ;



- Structures mettant en œuvre les activités de lutte contre le VIH ;
- Autres intervenants.

### Indicateurs

- Nombre de travaux de recherches réalisés sur le VIH, le Sida, les IST et les IO ;
- Nombre de fora nationaux organisés pour la diffusion des résultats sur la recherche ;
- Nombre de participations aux fora internationaux.

**Résultat 2 :** A la fin de chaque année, 90% des données programmatiques produites sont de bonne qualité

**Domaine d'intervention prioritaire 1 :**  
Renforcement du suivi et évaluation des interventions (données programmatiques)

**Produit :** la promptitude et la complétude des rapports sur le VIH, le Sida, les IST et les IO sont améliorées.

### Stratégies et actions prioritaires

- Amélioration de la production des données :
  - o renforcer les capacités des unités de suivi et évaluation du CNLS et des autres secteurs en ressources humaines, techniques et matérielles ;
  - o actualiser et mettre à disposition les outils de collecte de données ;
  - o assurer la supervision en vue de l'amélioration de la qualité des données.
- Amélioration de la complétude et de la promptitude de production des rapports aux différents niveaux :
  - o évaluer le système national de suivi-évaluation ;
  - o mettre en place un système de suivi de la production et du rapportage des données de l'information stratégique dans les Régions.

### Cibles

- CNLS ;
- Ministères ;
- Structures privées, communautaires (ONG, OBC, associations...), structures confessionnelles et religieuses.

### Acteurs de la mise en œuvre

- CNLS ;
- Structures de coordination des secteurs public, privé et communautaire.

### Indicateurs

- Taux de complétude et de promptitude des données de routine ;

- Proportion des indicateurs de données de routine renseignés.

**Domaine d'intervention prioritaire 2 :**  
Renforcement de la supervision et du contrôle de la qualité des données

**Produit :** les données produites à tous les niveaux sont de qualité.

### Stratégies et actions prioritaires

- Renforcement de la supervision :
  - o élaborer/mettre à jour les directives pour la supervision des activités de collecte des données au niveau des Régions et des Communes ;
  - o diffuser les directives pour la supervision des activités de collecte des données au niveau des Régions ;
  - o assurer les supervisions et la rétro information ;
- Développement et mise en œuvre d'un plan d'assurance-qualité de données :
  - o élaborer et diffuser un guide d'audit de la qualité des données ;
  - o assurer la supervision des acteurs de collecte des données ;
  - o organiser des audits pour apprécier la qualité des données ;
  - o renforcer les capacités des acteurs impliqués dans la collecte des données au contrôle et à la validation des données ;
  - o tenir périodiquement le contrôle et la validation des données.

### Cibles

- Structures de coordination des différents niveaux ;
- Structures d'exécution.

### Acteurs de la mise en œuvre

- CNLS ;
- Les secteurs ;
- Structures de coordination des différents niveaux (publiques, privées et communautaires) et structures de coordination des partenaires techniques et financiers.

### Indicateurs

- Nombre de missions de supervision effectuées à chaque niveau de collecte de données avec rétro-information ;
- Nombre de personnes formées au contrôle et à la validation des données ;
- Niveau de la qualité des données de routine.



**Domaine d'intervention prioritaire 3 :**  
Amélioration de l'archivage (stockage et accès)  
des données/documents

**Produit :** les données/documents sur les IST, le VIH et le Sida sont stockées, sécurisées et accessibles aux niveaux central et périphérique.

**Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement des capacités des structures pour l'archivage des données :
  - o assurer la mise à jour et la maintenance de la banque de données centrale sur les IST, les IO, le VIH et le Sida ;
  - o assurer la configuration et l'installation des banques de données régionales ;
  - o assurer le renforcement des capacités des acteurs impliqués.
- Renforcement de la collecte des documents disponibles pour l'archivage des données :
  - o mettre en place un système d'identification des différentes sources ;
  - o assurer la collecte, la codification et l'archivage des documents ;
  - o mettre en place des centres de documentation interconnectés.
- Mise en œuvre d'une stratégie d'administration des données/documents :
  - o renforcer les ressources humaines du GTC/CNLS et des autres structures clés en gestion/administration des données ;
  - o élaborer et mettre en œuvre une stratégie harmonisée d'administration et de gestion des données/documents sur le VIH et le Sida.

**Cibles**

- CNLS ;
- Structures de coordination et d'exécution des différents niveaux (publiques, privées et communautaires) ;
- Structure de coordination des partenaires techniques et financiers.

**Acteurs de la mise en œuvre**

- CNLS ;
- Partenaires techniques et financiers ;
- Structures de coordination et d'exécution des différents niveaux (publiques, privées et communautaires) ;
- Structures de coordination des partenaires techniques et financiers.

**Indicateur**

- Proportion de structures ciblées disposant d'une banque de données.

**Résultat 3 :** De 2011 à 2015, l'information stratégique est disponible et utilisée dans le processus de planification, de formulation de politiques et de prise de décision

**Domaine d'intervention prioritaire 1 :**  
Renforcement de la dissémination de l'information  
stratégique disponible

**Produit :** toutes les données stratégiques produites sont mises à la disposition des utilisateurs.

**Stratégies et actions prioritaires**

- Evaluation des besoins réels en terme des données et des utilisateurs des données :
  - o identifier les utilisateurs des données et leurs besoins réels ;
  - o développer et mettre en œuvre un plan de dissémination des données ;
- Renforcement des canaux de diffusion des données :
  - o réorganiser la fonctionnalité et la mise à jour régulière du site Web ;
  - o valoriser les autres canaux de communication.

**Cibles**

- CNLS ;
- Structures de coordination et d'exécution des différents niveaux (publiques, privées et communautaires) ;
- Structure de coordination des partenaires techniques et financiers.

**Acteurs de la mise en œuvre**

- CNLS ;
- Partenaires techniques et financiers ;
- Structures de coordination et d'exécution des différents niveaux (publiques, privées et communautaires) ;
- Structure de coordination des partenaires techniques et financiers.

**Indicateur**

- Proportion des structures ciblées recevant de manière systématique les données stratégiques.

**Domaine d'intervention prioritaire 2 :**  
Amélioration de l'utilisation de l'information  
stratégique dans la prise de décisions

**Produit :** les données de qualité produites sont utilisées pour la prise de décision.

### Stratégies et actions prioritaires

- Promotion de l'utilisation des données dans la formulation des politiques ainsi que la planification et l'amélioration de la gestion des Projets/Programmes :
  - o développer un format standard pour l'établissement des rapports ;
  - o renforcer les capacités des responsables de l'unité de suivi-évaluation du CNLS pour l'élaboration et la production des documents d'aide à la prise des décisions ;
  - o produire des documents de plaidoyer à partir des données disponibles sur la riposte au Sida à l'intention des décideurs.
- Mise en place d'une stratégie pour la promotion de l'utilisation des données :
  - o élaborer une stratégie pour la promotion de l'utilisation des données ;
  - o renforcer les capacités des acteurs à l'utilisation de l'information stratégique.

### Cibles

- Chargés de SE du CNLS et décideurs des structures de lutte contre le VIH des secteurs public, privé et communautaire ;
- Décideurs politiques et administratifs à tous les niveaux.

### Acteurs de la mise en œuvre

- CNLS ;
- Tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PSN ;
- Partenaires techniques et financiers.

### Indicateur

- Nombre des documents de plaidoyer produits à partir des données disponibles sur la riposte au Sida.

## AXE 8 : Coordination, partenariat et gestion

Le développement du partenariat et la coordination favorisent l'application de la multisectorialité ainsi que l'implication de l'ensemble des acteurs. Au cours de la période 2011-2015, le renforcement du partenariat concernera les secteurs public, privé et les organisations de la société civile dans le but d'obtenir une complémentarité des ressources et des compétences.

En vue d'assurer le succès de la mise en œuvre du PSN 2011-2015, un accent particulier sera mis dans la mobilisation des ressources nationales et internatio-

nales. Au niveau national, des leviers seront actionnés en vue de mettre à contribution les mécanismes innovants de financement. En matière de gestion, les principes de la bonne gouvernance et de la gestion axée sur les résultats seront utilisés.

- Application du principe des «Three Ones» et de la Déclaration de Paris. Il s'agit de renforcer les mécanismes nationaux de coordination et de développer la concertation avec les partenaires en vue de renforcer l'appropriation, l'alignement, l'harmonisation, la gestion axée sur les résultats, la responsabilité mutuelle. L'expérience de fonds commun dans le cadre de la santé inspirera la lutte contre le VIH et le Sida.

**Effet** : Au cours de la période 2011-2015, les mécanismes nationaux de coordination et de concertation avec les partenaires sont renforcés en vue de l'appropriation, l'alignement, l'harmonisation, la gestion axée sur les résultats et la responsabilité mutuelle.

#### Résultats attendus

- La coordination et la gestion du Programme sont améliorées ;
- Au moins 80% des ressources nécessaires sont mobilisées pour la mise en œuvre du PSN.

#### Domaines d'intervention prioritaire

- Renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des structures de coordination ;
- Renforcement de la coordination multi partenariale ;
- Renforcement du partenariat national, sous régional et international ;
- Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources aux niveaux national et international.

### Résultat 1 : La coordination et la gestion du Programme sont améliorées

**Domaine d'intervention prioritaire 1 :**  
Renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des structures de coordination

**Produit** : les capacités techniques et organisationnelles des structures de coordination, de gestion et d'exécution permettent de mettre en œuvre les activités de la riposte et d'assurer la coordination des interventions.

### Stratégies et actions prioritaires

- Renforcement du dispositif de coordination dans le cadre de la multisectorialité :
  - o assurer la représentativité de tous les secteurs au CNLS à tous les niveaux ;
  - o assurer la coordination des activités du CNLS au niveau central, régional et communal.
- Renforcement des capacités techniques et managériales des structures d'exécution du CNLS :
  - o élaborer et mettre en œuvre un plan de développement des ressources humaines des organes de coordination ;

- o renforcer les compétences en planification axée sur les résultats et prenant en compte le Genre et les Droits Humains.

### **Cibles**

- Structures de coordination et d'exécution.

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- CNLS ;
- Structures de coordination.

### **Indicateurs**

- Nombre de structures de coordination dont les capacités ont été renforcées ;
- Nombre de structures de coordination dont les capacités en ressources humaines répondent aux besoins.

### **Domaine d'intervention prioritaire 2 : Renforcement de la coordination multipartenaire**

**Produit** : tous les acteurs impliqués dans la lutte s'alignent aux orientations du PSN.

### **Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement de la coordination nationale de la réponse au VIH :
  - o assurer la régularité des rencontres statutaires du CNLS ;
  - o redynamiser les cadres de concertation existant avec les partenaires (Commission Mixte de Suivi indépendante du PSN, Groupe de Coordination des Partenaires du volet Opérationnel (GCOP)) ;
  - o redynamiser les cellules de coordination dans les Ministères et les entreprises ;
  - o assurer la communication institutionnelle (interne et externe) du CNLS.
- Renforcement de la coordination communautaire :
  - o mettre en place une plateforme de la société civile sur le Sida ;
  - o renforcer les capacités des acteurs de la société civile en matière de coordination ;
  - o mettre en place un cadre de concertation entre les intervenants.

### **Cibles**

- Structures de coordination, de gestion et d'exécution communautaire, publique, privée et des partenaires techniques et financiers (PTF).

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- CNLS ;
- Structures de coordination communautaire, publique, privée, confessionnelle et des PTF.

### **Indicateurs**

- Nombre de ministères ayant une cellule de coordination fonctionnelle ;
- Nombre de rencontres annuelles du CNLS ;
- Nombre de sessions tenues par la plateforme.

### **Domaine d'intervention prioritaire 3 : Renforcement du partenariat national, sous-régional et international**

**Produit** : les accords, et les conventions de partenariat et échanges entre les différents intervenants ont augmenté.

### **Stratégies et actions prioritaires**

- Renforcement du partenariat public-privé-communautaire au niveau national :
  - o promouvoir la contractualisation des interventions ;
  - o partager les bonnes pratiques.
- Renforcement du partenariat au niveau des Régions et des Communes :
  - o renforcer l'intégration du volet VIH dans les plans de développement ;
  - o mettre en place des cadres d'échange et de concertation au niveau des Régions ;
  - o Renforcer les capacités de planification et de suivi intégrés.
- Renforcement de la coopération sous régionale et internationale :
  - o participer aux rencontres internationales sur le VIH ;
  - o développer des Programmes sous régionaux ou multi pays pour renforcer la riposte au VIH ;

### **Cibles**

- Structures communautaires, publiques et privées ;
- Collectivités locales décentralisées ;
- Structures de coordination nationales.

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- CNLS ;
- Structures de la société civile, du secteur privé et du secteur public ;
- Structures de coordination nationales.

### **Indicateurs de suivi évaluation**

- Nombre de partenariats opérationnels développés ;
- Nombre de Projets multi pays développés.

**Résultat 2** : Au cours de la période 2011-2015, les ressources mobilisées pour la mise en œuvre du PSN atteignent au moins 80% des besoins totaux

**Domaine d'intervention prioritaire 1 :**  
Renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources aux niveaux national et international

**Produit** : les ressources allouées pour la lutte contre le VIH et le Sida augmentent chaque année pour couvrir les besoins.

### **Stratégies et actions prioritaires**

- Développement d'une stratégie de plaidoyer :
  - o créer une cellule de plaidoyer ;
  - o développer des outils de plaidoyer ;
  - o élaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer ;
- Renforcement des capacités des acteurs de la lutte dans tous les secteurs en matière de plaidoyer :
  - o élaborer et mettre en œuvre un plan de formation des acteurs en matière de plaidoyer ;
  - o mettre en place un cadre de concertation et d'échanges.
- Développement des mécanismes pour la pérennisation des financements de la lutte contre le VIH et le Sida :
  - o mettre en place des mécanismes pour la mobilisation des fonds suffisants pour la lutte contre le VIH et le Sida ;
  - o développer des mécanismes novateurs durables (mutualisation, taxes sur les produits, etc.) pour la facilitation de l'accès financier aux services liés au VIH et au Sida et à la santé dans son ensemble.

### **Cible**

- Acteurs de la lutte dans tous les secteurs ;
- PTF.

### **Acteurs de la mise en œuvre**

- CNLS ;
- MINEPAT, MINFI ;
- Acteurs de la lutte dans tous les secteurs ;
- Partenaires techniques et financiers.

### **Indicateurs**

- Nombre d'accords de financement signés ;
- Pourcentage du budget de l'Etat alloué à la lutte contre le VIH et le Sida

## **VII. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DU PSN 2011-2015**

La mise en œuvre du PSN 2011-2015 sera organisée autour d'un cadre institutionnel impliquant les différents acteurs sectoriels de la lutte contre le VIH et le Sida.

Les mécanismes de coordination mis en place sont prévus pour maintenir une synergie d'action dans les interventions. Ainsi, pour l'atteinte des objectifs du PSN, les interventions sectorielles reposeront sur une architecture basée sur le CNLS, les acteurs sectoriels et les partenaires au développement.

La mise en œuvre du PSN 2011 – 2015 s'appuiera sur les acteurs et structures suivantes :

### **7.1 Les secteurs d'intervention**

Les acteurs qui interviennent dans la lutte contre les IST, le VIH et le Sida sont issus principalement des secteurs public et privé (formel et informel), des organisations de la société civile, des confessions religieuses et des partenaires au développement.

#### **⇒ Les acteurs du secteur public**

Ils sont constitués des départements ministériels et des organisations étatiques clés, regroupés en huit secteurs, en fonction des centres d'intérêt de leurs attributions régaliennes comme suit :

1. Le secteur des infrastructures. Il comprend le MINTP, le MINEE, le MINT, le MINPOSTEL, et le MINDAF ;
2. Le secteur rural. Il couvre le MINADER, le MINEPIA, le MINFOF et le MINEP ;
3. Le secteur des industries et services. Ce secteur compte le MINIMIDT, le MINPMEEESA, le MINCOMMERCE et le MINTOUR ;
4. Le secteur de l'éducation : Il comprend le MINEDUB, le MINESEC, le MINESUP et le MINRESI ;
5. Le secteur santé : le MINSANTE ;
6. Le secteur social. Il regroupe les ministères en charge des aspects sociaux, hors éducation et santé. Ce secteur couvre le MINJEUN, le MINAS, le MINPROFF, le MINSEP, le MINTSS, et le MINEFOP ;
7. La Gouvernance. Ce secteur intègre le MINFOPRA, le MINATD, le MINJUSTICE et l'Assemblée Nationale ;
8. Le secteur défense et sécurité : le MINDEFENSE et la DGSN ;

#### **⇒ Les acteurs du secteur privé**

Ce groupe socioprofessionnel regroupe les acteurs du secteur formel et les acteurs du secteur informel.

Les acteurs du secteur privé formel sont regroupés en organisations patronales pour les employeurs et en organisations syndicales pour les employés. Le secteur informel, qui regroupe les petits métiers et l'artisanat, emploie une proportion importante, 75% au moins<sup>21</sup>, de la population totale des travailleurs.

#### ⇒ Les acteurs de la société civile

Les acteurs de la société civile se recrutent parmi les ONG/Associations impliquées dans la lutte contre le Sida. Ces organisations sont dans un processus de structuration et de mise en place d'une plate forme qui les regroupe.

Les PVVIH sont regroupées dans environ 200 associations d'auto support inégalement réparties dans l'ensemble du pays, avec une grande concentration dans les grandes villes comme Yaoundé, Douala et les chefs lieux des Régions. Certaines de ces associations sont regroupées en plates-formes régionales et en réseaux nationaux d'inégales importance.

#### ⇒ Les acteurs confessionnels

Les principaux acteurs de ce secteur impliqués dans la lutte sont des organisations spécialisées de l'église catholique, des églises protestantes et de confession musulmane. Ces organisations sont l'OCASC (catholique), le CEPKA (protestantes) et le ACIC (islamique).

#### ⇒ Les partenaires au développement

Ce sont les partenaires bilatéraux et multilatéraux qui accompagnent le Cameroun sur le plan technique et financier dans ses efforts de lutte.

### **7.2 Dispositif de coordination de la mise en œuvre du PSN**

Au Cameroun, la lutte contre le VIH se mène sous la direction du Comité National de Lutte contre le Sida. Le cadre institutionnel est décrit comme suit.

#### 7.2.1 Le Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS)

C'est la structure nationale de coordination et d'orientation de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Il est présidé par le Ministre de la Santé Publique. Le CNLS est composé des représentants des départements ministériels, des acteurs du secteur privé, des organisations de la société civile, des organisations

confessionnelles, des PVVIH et des partenaires au développement. Il se réunit au moins deux fois par an et possède des démembrements régionaux et communaux que sont respectivement les Comités Régionaux de Lutte contre le Sida et les Comités Communaux de Lutte contre le Sida.

#### 7.2.2 Les organes exécutifs du CNLS

##### 7.2.2.1 *Le Groupe Technique Central*

Le GTC/CNLS est l'organe exécutif du Comité National de lutte contre le Sida. A ce titre, il assure la coordination et la gestion du Programme National, en collaboration avec les administrations, les collectivités, la société civile, les partenaires nationaux et internationaux impliqués.

Le GTC est organisé en Sections :

- la Section Planification, Suivi et Evaluation ;
- la Section Appui à la Réponse Santé ;
- la Section Administrative et Financière ;
- la Section Communication pour le Changement de Comportement et Marketing Social ;
- la Section Réponse Locale ;
- la Section Réponse Sectorielle et Partenariat ;
- la Section Passation des Marchés.

##### 7.2.2.2 *Les démembrements*

Le GTC est représenté au niveau régional par les Groupes Techniques Régionaux (GTR) chargés de la coordination du Programme national à ce niveau. Au niveau communal, il est représenté par le Correspondant Communal de lutte contre le Sida qui accompagne la lutte au niveau de la Commune.

#### 7.2.3 Les Cellules de coordination sectorielle

Au sein des ministères, des cellules de coordination de la lutte sont installées et sont chargées d'assurer la mise en œuvre et le suivi des activités de lutte planifiées dans chacun de ces institutions. Un point focal nommé au sein de cette cellule assure l'interface entre chaque ministère et le GTC/CNLS.

#### 7.2.4 La coordination des interventions du secteur privé

Dans le cadre de leur implication dans la lutte contre le Sida, les entreprises membres du GICAM, sont réunies au sein de la coalition de la communauté des affaires pour la lutte contre le Sida (CCA/Sida) en vue de coordonner leurs interventions.

<sup>21</sup> INS. Enquête sur l'emploi et le secteur informel au Cameroun, 2005.



### 7.2.5 La plate-forme des organisations de la société civile impliquées

Au regard de la multitude des intervenants de la société civile camerounaise et des difficultés de coordination, les OSC engagées dans la lutte contre le Sida sont dans un processus de mise en place d'une plateforme de concertation les regroupant.

### 7.2.6 Les structures de coordination des partenaires

#### 7.2.6.1 L'Equipe conjointe du SNU

L'équipe conjointe du système des Nations Unies regroupe les points focaux des Agences intervenant dans la réponse nationale contre l'épidémie du VIH et du Sida. Elle élabore des Programmes Conjointes et tient des réunions mensuelles de coordination et de suivi. Au sein de l'Equipe conjointe, il y a un sous groupe suivi évaluation qui travaille en étroite collaboration avec le GTC/CNLS.

#### 7.2.6.2 Le Groupe de Coordination des Partenaires du volet opérationnel (GCOP)

Le GCOP a été créé pour renforcer les échanges et mieux coordonner les activités et les appuis sur les aspects opérationnels des structures intervenant au niveau périphérique. C'est un forum d'échange qui

comporte 47 membres, constitué par les responsables et les représentants des structures publiques, privées, d'ONG et associations intervenant dans la lutte contre le VIH et des partenaires de la coopération bilatérale et multilatérale.

### 7.2.7 Les structures de coordination multi partenariale

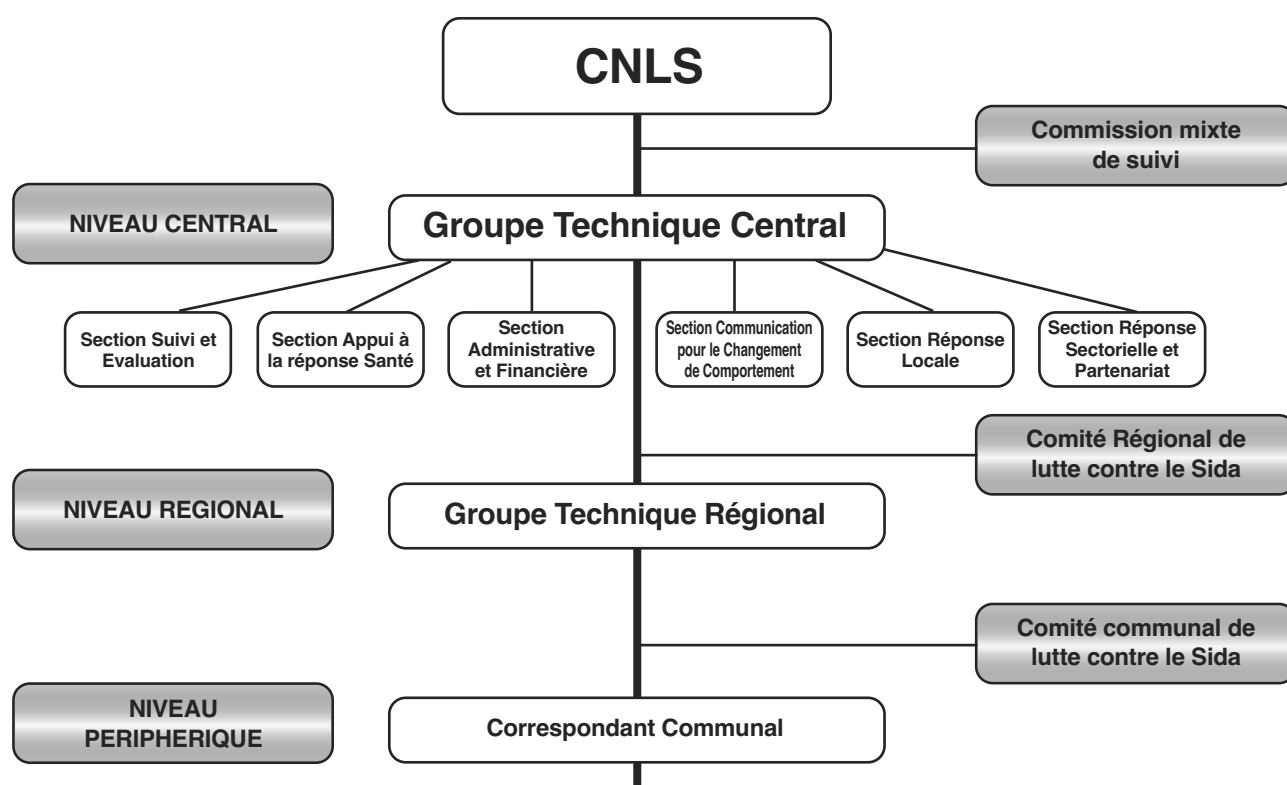
#### 7.2.7.1 La Commission mixte de suivi indépendante du PSN

Cette Commission Mixte de Suivi est chargée de fournir des conseils au CNLS et d'assurer le suivi et le contrôle des activités et l'emploi des fonds (décision N°0076/D/MSP/CAB du 5 décembre 2000). C'est un groupe consultatif composé par les représentants de l'administration publique, des agences de coopération bilatérale et multilatérale et de la société civile. Elle se réunit en principe une fois par trimestre et de façon extraordinaire sur convocation de son président.

#### 7.2.7.2 La Commission Mixte de Coordination et de Suivi des Programmes financés par le FM (CCM)

Elle a pour mission de coordonner et d'assurer le suivi des Programmes financés par le FM. Sa composition est conforme aux dispositions du Fonds Mondial. Elle dispose d'un bureau et du personnel pour son fonctionnement.

**Figure 3** : Organigramme fonctionnel de la coordination de la lutte contre le Sida au Cameroun





## VIII. CADRAGE BUDGETAIRE DU PSN 2011-2015

### 8.1 Gestion des ressources :

Le mode de gestion financière du PSN obéira aux procédures nationales et internationales en matière de gestion financière et comptable. Il sera basé sur les manuels de procédures des différentes conventions signées.

La Section Administrative et Financière centralisera les données sur les ressources financières mobilisées et engagées par tous les Projet/Programmes, quelque soit la source de financement. Elle établira sur une base trimestrielle, la situation de l'exécution financière des fonds mis à disposition pour la lutte contre les IST, le VIH et le Sida, toutes ressources confondues.

Un système de contrôle de la gestion financière permettra une bonne utilisation des ressources mises à la disposition des différents intervenants. Ce système comprend le contrôle interne et le contrôle externe

- Contrôle interne. Les procédures de contrôle interne sont définies par le manuel des procédures financières et comptables.
- Contrôle externe. Le contrôle externe est assuré par :
  - les audits externes indépendants ;
  - les organes spécialisés de l'Etat : la Cour des Comptes, le Contrôle Supérieur de l'Etat.

### 8.2 Estimation du coût du PSN 2011-2015

L'exercice d'estimation du coût du PSN 2011-2015 s'est déroulé de la manière suivante :

- Collecte des données sur les coûts unitaires des prestations auprès du GTC/CNLS, des ministères et institutions concernées, ainsi qu'auprès des partenaires techniques et financiers. La collecte a également concerné les données structurelles et conjoncturelles relatives à la population et à l'économie (évolution de la population par tranche d'âge et par sexe, taux d'inflation...).
- Introduction des coûts unitaires dans le logiciel RNM : les données une fois validées par recoupement ont fait l'objet d'introduction dans les

feuilles du RNM concernées. Ce remplissage a été vérifié en groupe de travail pour s'assurer de l'exactitude et de la cohérence d'ensemble.

- Fixation des cibles de départ et des cibles en fin 2015 : sur la base des ambitions du PSN, les cibles de départ (année 2009) et les cibles finales ont été fixées (2015) pour les différents items du modèle. La fixation des cibles a été faite par consensus au cours d'un atelier des personnes ressources.

Une fois ces étapes achevées, le modèle a généré le budget en le déclinant suivant certaines rubriques. Un travail d'extraction et de consolidation a permis de sortir le budget suivant différentes rubriques : budget total, budget par axe et par domaine d'intervention prioritaire, budget par sous Programme, budget relatif à la prise en compte de la problématique du Genre.

Le coût total estimé du PSN 2011-2015 est de **612 283 591\$US**, soit environ **290 834 705 892 FCFA**<sup>22</sup>

<sup>22</sup> Réf. 1\$US = 475 FCFA

### 8.3 Budget prévisionnel du PSN 2011-2015

#### 8.3.1 Budget par axe stratégique

**Tableau 4 : Budget par axe stratégique en US \$**

<b>US \$</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Axe 1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST	26 619 959	28 867 043	31 285 898	33 888 300	36 678 981	157 340 183	25,7%
Axe 2 : Renforcement de l'accès aux soins et traitement	53 680 195	58 140 124	59 948 739	61 308 033	69 658 036	302 735 127	49,4%
Axe 3 : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées	6 641 769	8 286 077	7 493 967	7 794 784	8 057 877	38 274 473	6,3%
Axe 4 : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs	1 379 158	1 543 966	1 712 875	1 896 706	2 094 776	8 627 482	1,4%
Axe 5 : Renforcement du système de santé	904 038	1 007 514	1 047 509	1 097 527	1 145 151	5 201 738	0,8%
Axe 6 : Renforcement du système communautaire	1 048 101	1 169 507	1 230 120	1 302 101	1 373 352	6 123 181	1,0%
Axe 7 : Information stratégique	9 127 311	10 172 012	10 575 812	11 080 799	11 561 617	52 517 551	8,6%
Axe 8 : Coordination, partenariat et gestion	7 206 229	8 031 046	8 349 855	8 748 555	9 128 172	41 463 857	6,8%
<b>TOTAL</b>	<b>106 606 761</b>	<b>117 217 288</b>	<b>121 644 775</b>	<b>127 116 805</b>	<b>139 697 962</b>	<b>612 283 591</b>	

**Tableau 5 : Budget par axe stratégique en francs CFA**

<b>FCFA</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Axe 1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST	12 644 480 643	13 711 845 605	14 860 801 757	16 096 942 670	17 422 516 136	74 736 586 812	25,7%
Axe 2 : Renforcement de l'accès aux soins et traitement	25 498 092 414	27 616 558 760	28 475 650 946	29 121 315 909	33 087 567 123	143 799 185 153	49,4%
Axe 3 : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées	3 154 840 235	3 935 886 370	3 559 634 098	3 702 522 438	3 827 491 581	18 180 374 721	6,3%
Axe 4 : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs	655 100 040	733 384 068	813 615 763	900 935 206	995 018 719	4 098 053 796	1,4%
Axe 5 : Renforcement du système de santé	429 418 255	478 568 949	497 566 778	521 325 204	543 946 535	2 470 825 721	0,8%
Axe 6 : Renforcement du système communautaire	497 848 038	555 515 737	584 306 791	618 498 169	652 342 404	2 908 511 139	1,0%
Axe 7 : Information stratégique	4 335 472 770	4 831 705 733	5 023 510 741	5 263 379 461	5 491 767 898	24 945 836 603	8,6%
Axe 8 : Coordination, partenariat et gestion	3 422 958 977	3 814 746 717	3 966 181 338	4 155 563 403	4 335 881 512	19 695 331 947	6,8%
<b>TOTAL</b>	<b>50 638 211 373</b>	<b>55 678 211 940</b>	<b>57 781 268 212</b>	<b>60 380 482 461</b>	<b>66 356 531 907</b>	<b>290 834 705 892</b>	

## 8.3.2 Budget par sous programme

Tableau 5 : Budget par sous programme

	2011	2012	2013	2014	2015	Total (US \$)	Total (FCFA)	%
<b>Prévention</b>	<b>29 353 860</b>	<b>31 780 947</b>	<b>34 375 874</b>	<b>37 148 134</b>	<b>40 099 833</b>	<b>172 758 649</b>	<b>82 060 358 178</b>	<b>28,2%</b>
<b>Populations prioritaires</b>	<b>5 174 618</b>	<b>6 093 820</b>	<b>7 076 121</b>	<b>8 126 169</b>	<b>9 249 107</b>	<b>35 719 835</b>	<b>16 966 921 696</b>	<b>5,8%</b>
Interventions centrées sur les jeunes	1 524 492	1 965 429	2 412 826	2 864 394	3 317 567	12 084 708		2,0%
Travailleuses du sexe et leurs clients	661 353	816 843	1 000 990	1 218 575	1 475 001	5 172 763		0,8%
Populations mobiles (routiers, camionneurs, pêcheurs...)	539 371	539 918	538 969	536 361	531 919	2 686 538		0,4%
Lieu de travail + introduction éducation	729 572	1 032 681	1 366 580	1 733 727	2 136 756	6 999 316		1,1%
PVVIH	1 602 402	1 587 645	1 568 667	1 545 131	1 516 683	7 820 528		1,3%
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	117 428	151 303	188 090	227 980	271 181	955 982		0,2%
<b>Populations vulnérables</b>	<b>4 870 361</b>	<b>5 127 346</b>	<b>5 400 164</b>	<b>5 689 854</b>	<b>5 997 521</b>	<b>27 085 247</b>	<b>12 865 492 172</b>	<b>4,4%</b>
Prisonniers	304 117	300 576	296 253	291 091	285 030	1 477 067		0,2%
Consommateurs de drogues	9 008	12 100	14 861	17 215	19 072	72 255		0,0%
Autres populations vulnérables	1 401 170	1 394 406	1 383 831	1 369 097	1 349 833	6 898 337		1,1%
Hommes de tenues	869 774	859 647	847 284	832 521	815 185	4 224 410		0,7%
Mobilisation de la communauté	2 286 292	2 560 618	2 857 935	3 179 930	3 528 402	14 413 178		2,4%
<b>Prestations de services</b>	<b>18 091 538</b>	<b>19 223 299</b>	<b>20 435 825</b>	<b>21 732 548</b>	<b>23 108 918</b>	<b>102 592 127</b>	<b>48 731 260 369</b>	<b>16,8%</b>
Fourniture de préservatifs	5 096 582	5 382 299	5 679 117	5 987 412	6 307 573	28 452 983		4,6%
Conseil dépistage	6 559 426	6 723 411	6 891 497	7 063 784	7 240 379	34 478 497		5,6%
Traitement des IST	345 211	384 399	426 244	470 889	518 482	2 145 225		0,4%
PTME	6 086 781	6 729 562	7 435 249	8 206 651	9 038 578	37 496 821		6,1%
Média de masse	3 539	3 627	3 718	3 811	3 906	18 602		0,0%
<b>Soins de santé</b>	<b>1 217 342</b>	<b>1 336 483</b>	<b>1 463 764</b>	<b>1 599 564</b>	<b>1 744 286</b>	<b>7 361 440</b>	<b>3 496 683 942</b>	<b>1,2%</b>
Sécurité du sang	384 168	402 144	420 868	440 349	460 601	2 108 130		0,3%
Prophylaxie post exposition	25 934	27 497	29 121	30 810	32 565	145 928		0,0%
Précautions universelles	807 240	906 843	1 013 775	1 128 405	1 251 120	5 107 382		0,8%
<b>Violences faites aux femmes</b>	<b>359 630</b>	<b>553 554</b>	<b>781 732</b>	<b>1 048 498</b>	<b>1 358 668</b>	<b>4 102 083</b>	<b>1 948 489 446</b>	<b>0,7%</b>
Lieu de travail	27 414	55 020	94 305	146 928	214 717	538 383		0,1%
Mobilisation de la communauté	118 887	186 413	267 503	363 784	477 040	1 413 627		0,2%
Education	3 159	6 140	10 610	17 019	25 919	62 847		0,0%
Travailleuses du sexe	21 151	34 669	51 664	72 585	97 921	277 989		0,0%
Soins de santé	1 225	1 828	2 506	3 266	4 116	12 941		0,0%
Média de masse	176 947	253 919	334 630	419 217	507 824	1 692 537		0,3%
Prophylaxie post exposition	10 848	15 566	20 514	25 700	31 132	103 759		0,0%
<b>Soins et traitement</b>	<b>53 335 943</b>	<b>57 714 136</b>	<b>59 368 752</b>	<b>60 533 897</b>	<b>68 658 398</b>	<b>299 611 126</b>	<b>142 315 284 732</b>	<b>48,9%</b>
ARV 1ère et 2è lignes	28 363 433	33 411 530	35 896 425	38 354 866	40 755 050	176 781 304		28,9%
Coût prophylaxie INH pour patient TB/VIH	3 655 845	3 642 215	3 630 522	3 618 255	3 603 794	18 150 631		3,0%
Examens en laboratoire	6 905 856	7 124 273	6 517 123	5 685 844	4 607 404	30 840 499		5,0%
Soins et prophylaxie non ARV	7 850 246	6 341 245	6 191 267	5 919 509	5 511 821	31 814 087		5,2%
Prestation de services	5 854 041	6 341 245	6 191 267	5 919 509	5 511 821	29 817 881		4,9%
Soutien nutritionnel associé à la thérapie	706 522	853 629	942 149	1 035 914	8 668 509	12 206 723		2,0%
<b>Prise en charge des OEV</b>	<b>4 259 583</b>	<b>5 662 110</b>	<b>4 758 126</b>	<b>4 958 298</b>	<b>5 136 499</b>	<b>24 774 616</b>	<b>11 767 942 550</b>	<b>4,0%</b>
Ressources nécessaires pour les OEV	4 259 583	5 662 110	4 758 126	4 958 298	5 136 499	24 774 616		4,0%
<b>Politique, administration, recherche, suivi et évaluation</b>	<b>19 297 743</b>	<b>21 506 540</b>	<b>22 360 288</b>	<b>23 427 975</b>	<b>24 444 561</b>	<b>111 037 107</b>	<b>52 742 625 961</b>	<b>18,1%</b>
Environnement favorable (RSC, RSS, appropriation)	2 173 169	2 421 908	2 518 050	2 638 285	2 752 766	12 504 179		2,0%
Communication stratégique	434 634	484 382	503 610	527 657	550 553	2 500 836		0,4%
Formation	1 043 121	1 162 516	1 208 664	1 266 377	1 321 328	6 002 006		1,0%
Equipped de laboratoire	869 268	968 763	1 007 220	1 055 314	1 101 106	5 001 671		0,8%
Approvisionnement, magasins, transport	434 634	484 382	503 610	527 657	550 553	2 500 836		0,4%
Gestion des programmes	3 477 071	3 875 052	4 028 881	4 221 257	4 404 425	20 006 686		3,3%
RH au niveau des programmes	1 738 535	1 937 526	2 014 440	2 110 628	2 202 213	10 003 343		1,6%
Suivi et évaluation	7 823 410	8 718 867	9 064 982	9 497 828	9 909 957	45 015 043		7,4%
Recherche	1 303 902	1 453 145	1 510 830	1 582 971	1 651 660	7 502 507		1,2%
<b>Budget total</b>	<b>106 606 760</b>	<b>117 217 287</b>	<b>121 644 773</b>	<b>127 116 803</b>	<b>139 697 959</b>	<b>612 283 581</b>	<b>290 834 705 892</b>	

### 8.3.3 Budget par secteur d'intervention

En fonction des activités affectées à chaque secteur en terme de gestion et de mise en œuvre, le budget du PSN 2011-2015 se répartit entre le secteur public (58,5%), le secteur privé (1,7%), le secteur communautaire (24,2%) et le secteur de la coordination (15,6%). Les détails sont libellés ci-dessous.

**Tableau 6 : Budget par secteur d'intervention**

	2011	2012	2013	2014	2015	Total (US \$)	Total (FCFA)
<b>SECTEUR PUBLIC (58,5%)</b>							
Axe 1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST	15 862 114	16 952 704	18 122 185	19 374 896	20 709 806	91 021 706	43 235 310 383
Axe 2 : Renforcement de l'accès aux soins et traitement	45 991 572	49 738 021	51 326 700	52 538 569	53 295 505	252 890 368	120 122 924 666
Axe 3 : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées	709 245	833 654	819 886	863 034	904 288	4 130 108	1 961 801 238
Axe 4 : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs	989 559	1 108 227	1 235 868	1 374 195	1 523 808	6 231 657	2 960 036 987
Axe 5 : Renforcement du système de santé	723 231	806 011	838 007	878 021	916 120	4 161 391	1 976 660 577
Axe 6 : Renforcement du système communautaire	0	0	0	0	0	0	0
Axe 7 : Information stratégique	0	0	0	0	0	0	0
Axe 8 : Coordination, partenariat et gestion	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>64 275 722</b>	<b>69 438 617</b>	<b>72 342 647</b>	<b>75 028 715</b>	<b>77 349 528</b>	<b>358 435 229</b>	<b>170 256 733 850</b>
<b>SECTEUR COMMUNAUTAIRE (24,2%)</b>							
Axe 1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST	10 052 011	11 109 082	12 250 246	13 482 368	14 811 004	61 704 711	29 309 737 755
Axe 2 : Renforcement de l'accès aux soins et traitement	7 505 830	8 219 992	8 440 513	8 588 552	16 182 341	48 937 227	23 245 183 007
Axe 3 : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées	5 433 941	6 858 053	6 124 220	6 375 506	6 596 902	31 388 623	14 909 595 774
Axe 4 : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs	12 170	13 563	14 101	14 774	15 415	70 023	33 261 115
Axe 5 : Renforcement du système de santé	0	0	0	0	0	0	0
Axe 6 : Renforcement du système communautaire	1 048 101	1 169 507	1 230 120	1 302 101	1 373 352	6 123 181	2 908 511 139
Axe 7 : Information stratégique	0	0	0	0	0	0	0
Axe 8 : Coordination, partenariat et gestion	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>24 052 054</b>	<b>27 370 196</b>	<b>28 059 199</b>	<b>29 763 302</b>	<b>38 979 015</b>	<b>148 223 766</b>	<b>70 406 288 790</b>
<b>SECTEUR PRIVÉ (1,7%)</b>							
Axe 1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST	705 834	805 257	913 468	1 031 036	1 158 171	4 613 766	2 191 538 675
Axe 2 : Renforcement de l'accès aux soins et traitement	182 792	182 111	181 526	180 913	180 190	907 532	431 077 479
Axe 3 : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées	381 502	467 544	426 035	437 853	446 450	2 159 385	1 025 707 836
Axe 4 : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs	229 367	256 821	285 605	316 868	350 614	1 439 275	683 655 754
Axe 5 : Renforcement du système de santé	180 808	201 503	209 502	219 505	229 030	1 040 348	494 165 144
Axe 6 : Renforcement du système communautaire	0	0	0	0	0	0	0
Axe 7 : Information stratégique	0	0	0	0	0	0	0
Axe 8 : Coordination, partenariat et gestion	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1 680 303</b>	<b>1 913 236</b>	<b>2 016 136</b>	<b>2 186 176</b>	<b>2 364 455</b>	<b>10 160 305</b>	<b>4 826 144 888</b>
<b>SECTEUR COORDINATION (15,6%)</b>							
Axe 1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST	0	0	0	0	0	0	0
Axe 2 : Renforcement de l'accès aux soins et traitement	0	0	0	0	0	0	0
Axe 3 : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées	117 081	126 825	123 825	118 390	110 236	596 358	283 269 873
Axe 4 : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs	148 061	165 356	177 301	190 869	204 939	886 526	421 099 940
Axe 5 : Renforcement du système de santé	0	0	0	0	0	0	0
Axe 6 : Renforcement du système communautaire	0	0	0	0	0	0	0
Axe 7 : Information stratégique	9 127 311	10 172 012	10 575 812	11 080 799	11 561 617	52 517 551	24 945 836 603
Axe 8 : Coordination, partenariat et gestion	7 206 229	8 031 046	8 349 855	8 748 555	9 128 172	41 463 857	19 695 331 947
<b>Total</b>	<b>16 598 683</b>	<b>18 495 238</b>	<b>19 226 794</b>	<b>20 138 612</b>	<b>21 004 964</b>	<b>95 464 291</b>	<b>45 345 538 364</b>

### 8.3.4 Budget relatif au Genre

Le genre est fortement affirmé dans le PSN 2011-2015. L'extraction du budget genre indique qu'il représente environ 16,4% du coût total du PSN 2011-2015.

**Tableau 7 : Budget relatif au Genre**

	2011	2012	2013	2014	2015	Total (US \$)	Total (FCFA)	%
<b>Prévention</b>	<b>10 409 663</b>	<b>11 724 183</b>	<b>13 191 391</b>	<b>14 825 230</b>	<b>16 632 887</b>	<b>66 783 353</b>	<b>31 722 092 548</b>	<b>66,6%</b>
<b>Populations prioritaires</b>	<b>3 650 127</b>	<b>4 128 391</b>	<b>4 663 295</b>	<b>5 261 775</b>	<b>5 931 540</b>	<b>23 635 127</b>	<b>11 226 685 475</b>	<b>23,6%</b>
Interventions centrées sur les jeunes	661 353	816 843	1 000 990	1 218 575	1 475 001	5 172 763		
Travailleuses du sexe et leurs clients	539 371	539 918	538 969	536 361	531 919	2 686 538		
Populations mobiles (routiers, camionneurs, pêcheurs..)	729 572	1 032 681	1 366 580	1 733 727	2 136 756	6 999 316		
Lieu de travail + introduction éducation	1 602 402	1 587 645	1 568 667	1 545 131	1 516 683	7 820 528		
PVVIH	117 428	151 303	188 090	227 980	271 181	955 982		
<b>Populations vulnérables</b>	<b>313 125</b>	<b>312 675</b>	<b>311 114</b>	<b>308 306</b>	<b>304 101</b>	<b>1 549 322</b>	<b>735 927 833</b>	<b>1,5%</b>
Prisonniers	304 117	300 576	296 253	291 091	285 030	1 477 067		
Consommateurs de drogues	9 008	12 100	14 861	17 215	19 072	72 255		
<b>Prestations de services</b>	<b>6 086 781</b>	<b>6 729 562</b>	<b>7 435 249</b>	<b>8 206 651</b>	<b>9 038 578</b>	<b>37 496 821</b>	<b>17 810 989 795</b>	<b>37,4%</b>
PTME	6 086 781	6 729 562	7 435 249	8 206 651	9 038 578	37 496 821		
<b>Violences faites aux femmes</b>	<b>359 630</b>	<b>553 554</b>	<b>781 732</b>	<b>1 048 498</b>	<b>1 358 668</b>	<b>4 102 083</b>	<b>1 948 489 446</b>	<b>4,1%</b>
Lieu de travail	27 414	55 020	94 305	146 928	214 717			
Mobilisation de la communauté	118 887	186 413	267 503	363 784	477 040			
Education	3 159	6 140	10 610	17 019	25 919			
Travailleuses du sexe	21 151	34 669	51 664	72 585	97 921			
Soins de santé	1 225	1 828	2 506	3 266	4 116			
Média de masse	176 947	253 919	334 630	419 217	507 824			
Prophylaxie post exposition	10 848	15 566	20 514	25 700	31 132			
<b>Prise en charge des OEV</b>	<b>4 259 583</b>	<b>5 662 110</b>	<b>4 758 126</b>	<b>4 958 298</b>	<b>5 136 499</b>	<b>24 774 616</b>	<b>11 767 942 550</b>	<b>24,7%</b>
Nombre d'OEUV touchés	4 259 583	5 662 110	4 758 126	4 958 298	5 136 499	24 774 616		
<b>Politique, administration, recherche, suivi et évaluation</b>	<b>1 521 219</b>	<b>1 695 335</b>	<b>1 762 635</b>	<b>1 846 800</b>	<b>1 926 936</b>	<b>8 752 925</b>	<b>4 157 639 434</b>	<b>8,7%</b>
Environnement favorable (RSC, RSS, appropriation)	1 521 219	1 695 335	1 762 635	1 846 800	1 926 936	8 752 925		
<b>Budget total</b>	<b>16 190 464</b>	<b>19 081 628</b>	<b>19 712 152</b>	<b>21 630 327</b>	<b>23 696 322</b>	<b>100 310 894</b>	<b>47 647 674 532</b>	
<b>Budget total du PSN</b>						<b>612 283 581</b>	<b>290 834 705 892</b>	
<b>Part du Budget Genre dans le PSN</b>							<b>16,4%</b>	

## IX. STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE ET SUIVI EVALUATION DU PSN 2011-2015

La mise en œuvre du PSN 2011-2015 se fera à travers le plan opérationnel national (PON) et les plans opérationnels régionaux (POR) qui seront élaborés suivant les priorités du PSN. Le PON sera élaboré sous la coordination du GTC/CNLS avec la participation de tous les secteurs. Les POR seront élaborés sous la coordination des GTR/CRLS, avec l'appui technique du GTC/CNLS. Le suivi-évaluation du PSN 2011-2015 sera réalisé dans le cadre du Plan National de Suivi-Evaluation 2011-2015.

### 9.1. Stratégie de mise en œuvre du PSN 2011-2015

Pour la période 2006-2010, un cadre institutionnel et organisationnel à vocation multisectorielle et décentralisée a été mis en place. Au regard des insuffisances constatées lors de la revue de ce cadre, le dispositif

devrait se renforcer pour permettre la pleine implication des différents acteurs/secteurs et partant, l'accélération des différents Programmes pour l'atteinte des OMD en matière de santé et de lutte contre le VIH.

Partant de là, les options institutionnelles et organisationnelles faites devront permettre aux différents acteurs d'entretenir subséquentement des relations fonctionnelles et hiérarchiques dans les domaines de la planification et de la mise en œuvre efficace des interventions. En vue de permettre une mise en œuvre conséquente et adéquate des interventions, le GTC/CNLS et ses démembrements apporteront un appui technique à l'ensemble des acteurs en fonction des besoins exprimés et des possibilités.

#### 9.1.1. Planification globale et sectorielle

Au cours de la période 2006-2010, il a été expérimenté une planification sectorielle qui a permis à bon

nombre d'acteurs sectoriels de faire de la planification axée sur les objectifs et de mener des activités. En tenant compte des leçons apprises de cette expérience de planification, il est envisagé pour la période 2011-2015, une planification axée sur les résultats qui tiendra compte d'une part, de la décentralisation en cours au niveau national et d'autre part, des secteurs.

Ainsi pour la période 2011-2015, les priorités de la riposte au Sida définies dans le PSN seront mises en œuvre à travers l'élaboration et la mise en œuvre :

- d'un plan opérationnel multisectoriel du PSN 2011-2015 ;
- des plans régionaux multisectoriels ;
- des plans sectoriels, y compris ceux du secteur privé et des organisations de la société civile.

Le plan opérationnel national multisectoriel, les plans régionaux multisectoriels et les plans sectoriels constituent les documents d'orientation de toutes les interventions de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST par année. Ces plans sont élaborés de manière participative à partir d'un processus de planification défini par niveau de coordination et par secteur d'intervention, en s'appuyant sur des outils et méthodes de programmation opérationnelle définies par le GTC/CNLS pour l'ensemble des acteurs de la réponse (canevas, circuit et délai de transmission des plans, etc.).

Les différentes structures de coordination et d'exécution seront invitées à planifier leurs activités conformément à leurs missions et attributions. Ces structures produisent également des rapports mensuels, trimestriels, semestriels et annuels en fonction des directives du système national de suivi-évaluation.

#### ⇒ Le Plan opérationnel multisectoriel

Le Plan opérationnel du PSN couvrira toute la durée du PSN et constitue le document qui donne les détails sur l'opérationnalisation des différentes orientations, notamment les stratégies et les actions prioritaires. Il permettra de désagréger le budget du PSN suivant les stratégies et les actions à mener, de manière que chaque secteur puisse avoir des orientations claires sur la mise en œuvre.

Pour ce faire, le plan opérationnel est élaboré pour guider la mise en œuvre, le suivi et évaluation du Plan Stratégique National, apporte plus de précisions dans les actions à mener par domaine programmatique, le ciblage des interventions par secteur, les modalités d'application du genre, la couverture géographique

des interventions au niveau national, la budgétisation des actions et les différentes responsabilités. C'est le référentiel de la planification globale et sectorielle annuelle à l'usage de tous les acteurs impliqués dans la réponse nationale du VIH.

Il est élaboré sous la coordination du GTC/CNLS avec l'appui de l'ensemble des acteurs sectoriels de la mise en œuvre. Il doit faire l'objet de validation et ensuite largement diffusé tant au niveau central qu'au niveau régional. Il est élaboré juste après l'adoption du PSN pour la période 2011-2015.

#### ⇒ Le Plan opérationnel national

Il est tiré du PSN 2011-2015. Il vise à déterminer de manière plus précise les efforts pour les années concernées dans chaque secteur. Il s'appuie sur les priorités ajustées en fonction de la situation contextuelle de mise en œuvre.

Deux plans seront élaborés, dont le premier pour la période 2011-2013 et le second pour la période 2014-2015. Il sert d'instrument de mobilisation des ressources auprès des partenaires techniques et financiers chaque année. Les ressources mobilisées seront ensuite redistribuées aux secteurs de mise en œuvre et aux domaines programmatiques en tenant compte des priorités qui y sont définies.

L'élaboration du plan opérationnel national (PON) permet à l'autorité nationale de coordination, à savoir le GTC/CNLS, de faire le point sur les ressources disponibles et de déterminer de manière précise le gap qui servira d'instrument de plaidoyer et de mobilisation de ressources.

Le PON est élaboré sous l'autorité du GTC/CNLS sur la base des priorités définies par chaque secteur. Pour ce faire, le GTC/CNLS adressera en début de processus une correspondance à chaque secteur afin qu'il détermine ses priorités pour la période concernée, ainsi que le niveau d'effort à consentir. Chaque secteur s'inspirera des orientations contenues dans le PSN pour définir ses propres priorités ainsi que le niveau d'effort. La compilation et la mise en cohérence des priorités sectorielles, ajoutées à celles de la coordination dégagées par le GTC/CNLS constitueront le PON.

#### ⇒ Les Plans régionaux multisectoriels

En tenant compte de l'un des principes directeurs du PSN qui est la décentralisation, chaque Région élaborera son plan opérationnel régional (POR) multisectoriel. Ce plan tire son essence du PON et vise son



opérationnalisation au niveau régional. L'élaboration des plans opérationnels régionaux constitue une opportunité pour capter les financements potentiels au niveau régional, surtout que le contexte est marqué par l'existence de zones de convergence des PTF et de zones de concentration économique.

L'élaboration du plan opérationnel régional se fait sur instruction du Président du Comité Régional de Lutte contre le Sida. La coordination de son élaboration est assurée par le GTR/CNLS avec l'appui du GTC/CNLS, et se base sur les priorités des acteurs régionaux de la riposte. Un suivi des financements disponibles au niveau régional permettra d'établir le gap. Ce gap sera mobilisé par les différents acteurs auprès des PTF locaux.

Une fois le plan élaboré et le gap de financement établi, le POR est présenté par le Président du CRLS aux acteurs et aux PTF locaux pour validation et financement.

#### ⇒ Les Plans d'actions

Sur la base du PON et des POR, les structures de coordination élaboreront et exécuteront des plans d'actions annuels.

Les types de plans à élaborer par niveau de la planification sont les suivants :

- le GTC/CNLS élabore un plan d'action annuel de coordination prenant en compte les préoccupations des GTR. Ce plan comporte les activités de fonctionnement, de coordination, de plaidoyer, de renforcement des capacités institutionnelles, d'appui technique aux acteurs, de mobilisation de ressources et de suivi-évaluation ;
- les structures de coordination (sectorielle publique, privée et communautaire) élaborent des plans d'action annuels ne comportant que des activités de coordination et d'appui technique. L'envergure de leur plan est fonction de la taille de la coordination qu'elles doivent assurer. Concernant les secteurs public et privé, leurs plans doivent intégrer les activités de riposte au Sida en direction de leurs cibles. Ces activités seront mises en œuvre par les points focaux ou par d'autres structures (communautaire, privé..) sur la base de la contractualisation ;
- les structures d'exécution mettent en œuvre des micros plans d'actions et des microprojets qui sont élaborés sur la base des dispositions définies par leurs structures de coordination : les points focaux

pour les plans sectoriels des institutions, des ministères et des entreprises, les comités communaux de lutte contre le Sida, les comités régionaux de lutte contre le Sida et les associations pour les plans d'actions communautaires ;

- les projets et programmes élaborent et mettent en œuvre des plans d'actions et des plans de travail annuels en faveur des différents secteurs de la réponse nationale ;
- les structures de coordination au niveau régional et communal élaborent et mettent en œuvre des plans d'actions pour la coordination et le suivi des interventions décentralisées ;
- la structure de coordination nationale représentée par le GTC/CNLS élabore et met en œuvre les plans d'actions pour la coordination de la mise en œuvre du plan national multisectoriel et des plans régionaux multisectoriels, ainsi que l'opérationnalisation du système national de suivi et évaluation.

#### 9.1.2. Couverture géographique des interventions

L'élaboration et la mise en œuvre des POR dans les Régions se référeront aux orientations définies par le GTC/CNLS. En dehors des instruments de planification et des outils de suivi et évaluation, ces orientations tiennent compte d'une série de critères utilisés pour répartir les budgets prévisionnels et les interventions à réaliser.

Il sera également nécessaire de mettre en œuvre des Programmes d'interventions ciblées au profit des groupes spécifiques/vulnérables et à haut risque prenant en compte les disparités régionales et des poches de forte prévalence. Par ailleurs, les différents acteurs de la coordination des actions de la lutte sont chargés de veiller à la prise en compte de la dimension lutte contre le VIH et les IST dans les Projets et Programmes de développement.

A terme, les activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST devront être intégrées dans les plans sectoriels, régionaux et communaux de développement. Cette approche d'intégration sera progressivement développée dès le début de la mise en œuvre du PSN 2011-2015.

#### 9.2 Suivi-évaluation du PSN

La situation actuelle du système national de suivi et évaluation telle que rapportée dans la revue du PSN 2006-2010, relève l'existence au niveau du

GTC/CNLS d'une Section Planification, Suivi et Evaluation et des Unités régionales dotées en ressources humaines compétentes. Les activités de suivi et d'évaluation sont quasiment absentes dans la réponse sectorielle.

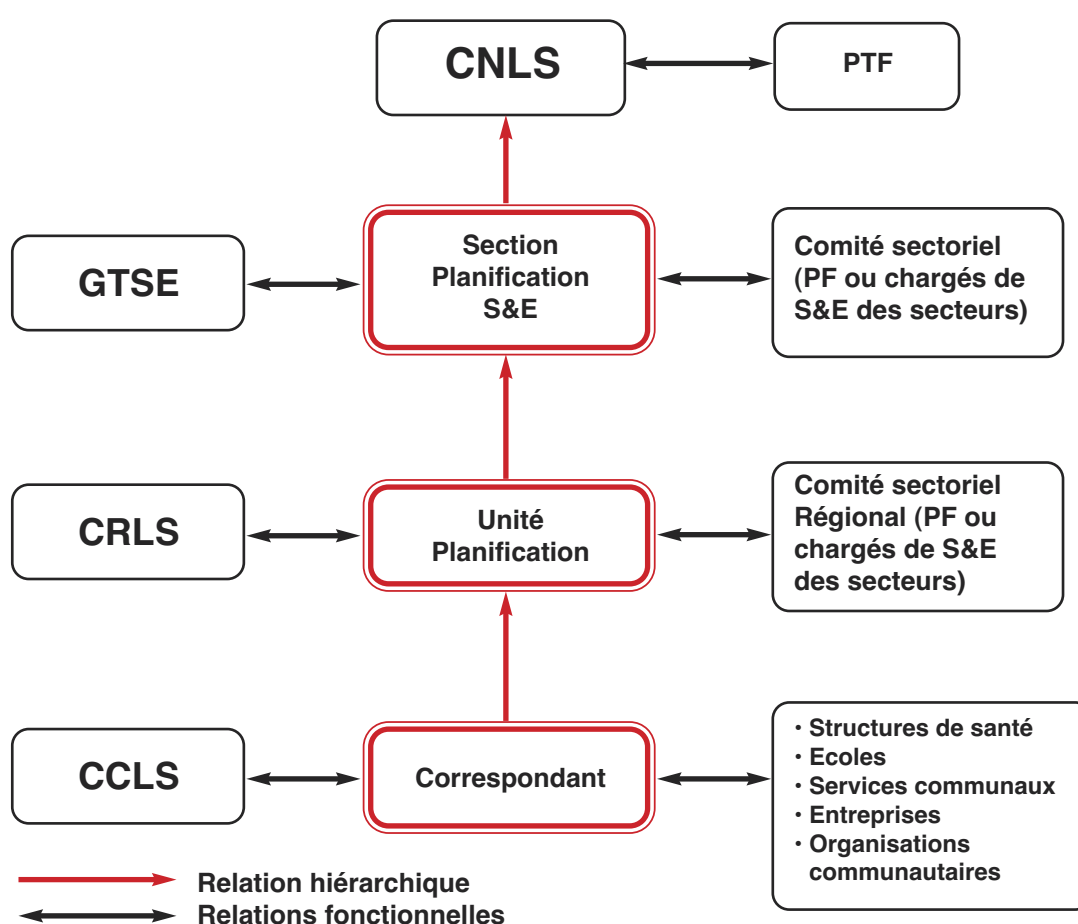
Le suivi et évaluation du Plan Stratégique National 2011-2015 aura pour cadre de référence, les 12 com-

posantes d'un système de suivi et évaluation fonctionnel recommandé par l'ONUSIDA. Les fonctions prioritaires du système seront d'informer régulièrement les acteurs et décideurs sur les performances de mise en œuvre du PSN 2011-2015, les modifications nécessaires pour une utilisation efficiente et efficace des ressources et l'identification des événements non prévus ainsi que les réorientations stratégiques urgentes.

#### 9.2.1. Présentation et description du système national de suivi et évaluation

Les principaux acteurs de S&E aux niveaux central et décentralisé sont présentés ci-dessous :

**Figure 4 : Dispositif de suivi et d'évaluation du PSN 2011-2015**



### ⇒ Au niveau central

La Section Planification, Suivi-Evaluation du GTC/CNLS est chargée du suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du Plan Stratégique National. Son rôle est de s'assurer que toutes les activités des acteurs impliqués dans le VIH et le Sida s'intègrent dans un seul système national de S&E, conformément aux principes des « Three ones ».

La Section Suivi-Evaluation est appuyée par le Groupe de Travail S&E, composé d'experts en suivi et évaluation du gouvernement, des agences bilatérales, du système des Nations Unies, des institutions académiques et de la société civile, a pour tâche de conseiller la section sur les aspects de suivi et d'évaluation tout au long du développement et de la mise en œuvre des plans d'action de suivi et d'évaluation. Il se réunira au moins une fois par trimestre, et selon les besoins, pour donner des conseils et examiner les réalisations du Programme.

Au niveau de chaque secteur ministériel, un point focal suivi et évaluation (PFSE) sera désigné pour assurer les activités de suivi et évaluation en général et la collecte des données sur le VIH en particulier.

### ⇒ Au niveau régional

*L'Unité Planification, Suivi Evaluation du GTR/CNLS* est chargée du suivi et évaluation des activités sur le VIH et le Sida.

Le cadre régional de partenariat pour la coordination des activités de S&E sur le VIH, et le Sida implique le Chef de l'Unité Planification, Suivi et Evaluation du GTR/CNLS, le Chef de section S&E de la DRSP et les cadres des secteurs non santé.

### ⇒ Au niveau des structures d'exécution et acteurs de terrain

Le Correspondant Communal, recruté localement et secrétaire du comité communal de lutte contre le Sida est chargé de la collecte des données primaires produites par les acteurs de terrain. Le rôle principal des structures d'exécution et des acteurs de terrain consiste à documenter les activités et à transmettre les données primaires avec des outils modélisés au correspondant communal ou directement au GTR.

### 9.2.2. Principales stratégies

- Renforcement des capacités organisationnelles en suivi et évaluation du VIH de l'ensemble des

structures de S&E du GTC/CNLS :

- assurer le fonctionnement d'un point focal S&E dans chaque Commune, ayant pour mission d'assister la coordination du S&E des activités de lutte contre le Sida dans la Commune ;
- assurer la collecte des données et la retro-information auprès des partenaires concernés ;
- assurer le fonctionnement des unités régionales de planification et de suivi et évaluation.

- Renforcement des capacités humaines pour le S&E du VIH :

- assurer l'existence des ressources humaines à tous les niveaux du système national de S&E ;
- développer et mettre en œuvre à tous les niveaux du système national de S&E, un plan multisectoriel de formation en S&E pour le renforcement des capacités techniques et organisationnelles du personnel.

- Renforcement du partenariat et de la coordination pour la gestion du système national de S&E :

- renforcer le groupe technique de travail sur le S&E du VIH au niveau central en impliquant l'ensemble des fournisseurs et utilisateurs des données (SPSE, Correspondants Communaux, PFSE des secteurs ministériels, du privé et de la société civile, TDR pour la planification, la coordination et la gestion du système S&E du VIH, des rôles et responsabilités en S&E bien définis) ;
- mettre en place et assurer le fonctionnement d'un groupe technique de travail sur le S&E du VIH au niveau régional (UPSE, cellules S&E ou points focaux S&E des secteurs, du privé et de la société civile, TDR pour la planification, la coordination et la gestion du système S&E du VIH, des rôles et responsabilités en S&E bien définis) ;
- assurer le renforcement des capacités à tous les niveaux pour la coordination des parties prenantes à la collecte et la gestion des données ;

- Développement et mise en œuvre du plan multisectoriel de suivi et évaluation sur le VIH :

- élaborer un plan national et multisectoriel de S&E du Plan Stratégique National et incluant: les besoins des données identifiés, les indicateurs standardisés nationaux, les procédures pour la collecte, la qualité, la dissémination et l'utilisation des données, ainsi que les rôles et responsabilités pour la mise

- en œuvre du système national de S&E ;
- élaborer un manuel opérationnel de S&E incluant l'ensemble des outils de collecte des données du système ;
- assurer la mise à jour périodique d'un plan national et multisectoriel de S&E ;
- élaborer un plan de travail national annuel chiffré de S&E comportant les activités spécifiées de toutes les parties prenantes concernées, les responsables de la mise en œuvre, le calendrier, le coût des activités et les sources de financement identifiées ;

- Evaluation du Plan Stratégique National 2011-2015 :
  - réaliser la revue à mi-parcours du Plan Stratégique National en 2013 ;
  - réaliser la revue finale du Plan Stratégique National en 2015 ;
  - assurer la réalisation de toutes les autres études d'évaluation prévue dans le plan na-

tional et multisectoriel de suivi et évaluation ;

- Communication et plaidoyer pour la culture du S&E du VIH :
  - élaborer un plan de communication et de plaidoyer pour le S&E du VIH, intégré au plan national de communication sur le VIH (en vue de s'assurer que le S&E est en train d'être intégré dans toutes les fonctions du CNLS) ;
  - assurer la mise en œuvre du Plan.

### 9.2.3. Mécanismes

#### ⇒ Circuit de l'information

L'information ou la donnée partira des structures de base qui assurent la collecte des données primaires vers le niveau central, en passant par les niveaux communal, départemental et régional. A chaque niveau : des outils de rapportage sont utilisés, un support de transmission est mis à disposition et une fréquence de rapportage est définie :

**Tableau 8 : Composantes du circuit de l'information**

Niveau	Type de rapport	Mode/Support de transmission	Fréquence	Commentaires
Central	Rapport trimestriel et annuel	Courrier électronique et Courrier physique	Trimestrielle Annuelle	Rapport de progrès et analyse des écarts
Régional	Rapport d'activités	Courrier physique et Courrier électronique	Trimestrielle	• Rapport narratif • Fichiers de données
Départemental	Rapport d'activités	Courrier physique et Courrier électronique	Trimestrielle	• Rapport narratif • Fichiers de données
Communal	Rapport d'activités et de résultats	• Courrier physique • Courrier électronique, si disponible	Mensuelle	Données annexées
Structures de base	Rapport d'activités et de résultats	• Courrier physique • Courrier électronique, si disponible	Mensuelle	<u>Contenu</u> : Données transcrites

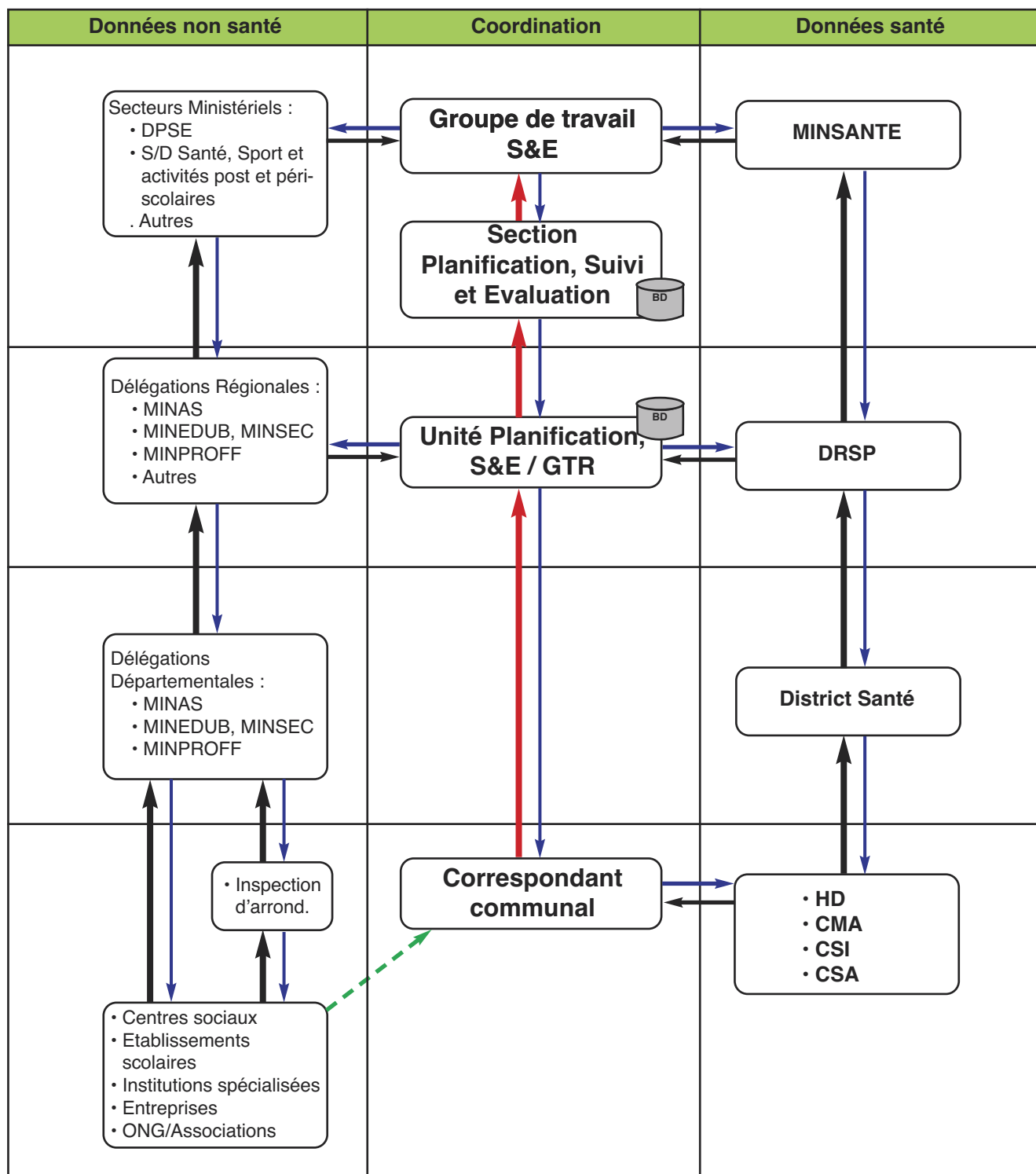
Le circuit comprend quatre niveaux :

- Le niveau périphérique est constitué par les structures de santé (CSI, CSA, CMA), les écoles, les entreprises et les OBC. Les responsables qui opèrent à ce niveau travaillent sur les registres et les fiches pour collecter les données et transmettent leur rapport mensuel au niveau immédiatement supérieur : la Commune.
- Le niveau communal comprend les comités de santé, les inspections des écoles, les services sociaux de la Commune et les services des autres ministères. Les responsables qui opèrent à ce niveau compilent toutes les données venant du niveau périphérique et les transmettent au moyen de supports appropriés tous les mois au niveau immédiatement supérieur, la Région. Ils assurent par ailleurs la retro-information.
- Le niveau régional comprend la Délégation Régionale de la Santé Publique (cellule du S&E), les Délégations Régionales des autres ministères, les ONG et l'Unité Régionale de Planification, de Suivi et Evaluation du GTR/CNLS. Les responsables qui opèrent à ce niveau traitent, compilent, analysent et valident toutes les données/informations venant des différents départements ministériels et autres organisations qui composent la Région et les transmettent après validation tous les trimestres dans des supports appropriés au niveau immédiatement supérieur : le niveau central. Une banque de données est installée au niveau régional.
- Le niveau central comprend la Section Planification, Suivi et Evaluation du GTC/CNLS et les Points Focaux S&E des comités sectoriels. Les responsables du suivi et de l'évaluation, ainsi que

les gestionnaires des données qui opèrent à ce niveau effectuent la triangulation des données reçues du niveau régional pour en garantir la qualité. Les données ainsi traitées sont soumises à la validation du GTSE avant d'être disséminées.

La retro-information part du niveau central jusqu'au niveau périphérique. La figure ci-dessous présente le fluxogramme des données/informations.

**Figure 5 : Circuit de l'information**



---> Données des Ministères non représentées à ce niveau

### ⇒ Indicateurs de suivi et d'évaluation

Les indicateurs clés retenus pour la mise en œuvre du PSN sont principalement ceux qui permettent d'apprécier :

- l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ;
- les progrès réalisés sur la déclaration d'engagement de l'UNGASS ;
- l'accès universel ;
- les objectifs du pays sur le VIH et le Sida.

Chacun de ces indicateurs est présenté de façon détaillée dans le plan national et multisectoriel de suivi et évaluation du Plan Stratégique 2011-2015.

### ⇒ Dissémination de l'information

Cet aspect du système de S&E a été abordé dans l'axe stratégique « Information stratégique ». Le SP/CNLS assure la dissémination des résultats des analyses auprès des décideurs, des partenaires techniques et financiers.

La revue semestrielle du CNLS traite des informations sur le VIH et le Sida au Cameroun et dans le monde, sur les activités du CNLS, de son Secrétariat Permanent, des acteurs de mise en œuvre et celles des partenaires techniques et financiers impliqués dans la lutte. Elle est destinée à donner plus de visibilité à la politique nationale de lutte contre le VIH et le Sida.

Le rapport annuel du CNLS vise à rendre compte de l'état d'exécution du PSN par secteur d'intervention. Il est élaboré par le GTC/CNLS et destiné à tous les acteurs de la lutte contre le Sida au Cameroun.

Le rapport sur la déclaration d'engagement de l'UNGASS renseigne principalement sur les indicateurs issus de la déclaration de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH et le Sida (UNGASS) de juin 2001.

Le site web du CNLS permet de mettre à la disposition des acteurs de la lutte contre le VIH et le Sida, des partenaires techniques et financiers et du grand public, l'information stratégique sur la lutte contre le VIH et le Sida.

### 9.3 Cadre de performance du PSN 2011-2015

**Voir plan de Suivi-évaluation**

## X. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES

### 10.1 Analyse des risques

La mise en œuvre du PSN 2011-2015 se fait dans un contexte marqué par une crise économique et financière internationale qui a entraîné une réduction des ressources consacrées à la riposte au Sida. Par ailleurs, la riposte peut être soumise aux aléas ou contingences qui sont susceptibles de compromettre l'atteinte des résultats fixés. Ces risques et leurs moyens de mitigation sont présentés dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 9 : Risques et moyens de mitigation**

Nature des risques	Moyens de Mitigation
Dépendance aux financements extérieurs	Mobilisations des ressources endogènes
Insuffisance de financements pour la lutte contre le VIH et le Sida	Recherche de financements additionnels
Instabilité sociale et politique	Réorientation des stratégies, adaptation au contexte
Catastrophes naturelles	Renforcement du plan d'urgence de réponse aux catastrophes
Changement de la politique de subventions	Plaidoyer pour le maintien des subventions
Inflation & variation des taux de change	Politique de stabilisation des prix Estimations des coûts en Euros
Faiblesse de l'effectivité de la multisectorialité	Développer le leadership des acteurs sectoriels prioritaires
Conditions de succès du PSN fortement tributaires du système de santé	Renforcer le système de santé plus performant

### 10.2. Conditions de succès de la mise en œuvre du PSN 2011-2015

Outre la gestion des risques, le succès de la mise en œuvre du PSN 2011-2015 reposera en grande partie sur les capacités du CNLS et des autres acteurs de la riposte au VIH à :

- œuvrer au renforcement du leadership à différents niveaux ;
- assurer l'effectivité de la multisectorialité dans la lutte ;
- améliorer la mobilisation des ressources financières tant au plan national qu'international ;
- renforcer le système de santé et le système communautaire ;
- développer la collaboration et la synergie d'action entre les acteurs ;
- renforcer la bonne gouvernance à travers la planification, la budgétisation et la gestion axée sur les résultats.



# ANNEXE



## ANNEXE : NOTE SUR LE CADRAGE FINANCIER DU PSN 2011-2015

L'estimation du coût du PSN 2011-2015 a été faite à l'aide de la version améliorée du logiciel « Resources need model » (RNM) mis en place par l'ONUSIDA avec l'appui technique de Future Institute et du CESAG (Dakar) et recommandé aux pays pour la

budgetisation des plans stratégiques de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST.

La détermination des besoins financiers à partir du modèle a pris en compte les données de base (2008 et 2009) et les projections disponibles. Les résultats de la revue du PSN 2006-2010, des REDES 2007 et 2008 ont été considérés ainsi que les données issues des différentes études et du logiciel « Spectrum ».

### Interface de RNM

Configuration et mise en œuvre		
Configuration	Population et comportement	Nombre suivant une thérapie ARV
Couverture	Coût unitaire	Dépense actuelle
<b>Interventions</b>		
<b>Prévention</b> <b>Populations prioritaires</b> Interventions centrées sur les jeunes Travailleuses de l'industrie du sexe et Travailleurs du sexe et clients Lieu de travail Consommateurs de drogues Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes Mobilisation de la communauté Autre population vulnérable 1 Autre population vulnérable 2 Autres populations vulnérables Hommes de tenues PVVIH	<b>Prestation de services</b> Fourniture de préservatifs Traitement des MST Conseil dépistage Circoncision mâle PTME Média de masse  <b>Soins de santé</b> Sécurité du sant Prophylaxie post exposition Injection sans risque Précautions universelles  <b>Services de soin et de traitement</b> Thérapie ARV Examen diagnostique Soins et prophylaxie en l'absence de thérapie ARV	<b>Réduction impact</b> <b>Violences contre les femmes</b> Lieu de travail Mobilisation de la communauté Education Travailleuses du sexe Soins de santé Jeunes non scolarisés Média de masse Prophylaxie post exposition ONG Autre # 1 Autre # 2 Autre # 3
<b>Résultats</b>		
<b>Sommaire de tous les besoins en ressources</b>		

### 1. Démarche méthodologique

L'évaluation des besoins pour la réponse au VIH a été réalisée suivant trois phases :

- la collecte des données ;
- le traitement des données et la vérification des projections financières ;
- l'analyse des données collectées et traitées ;
- la fixation des cibles.

La collecte a permis de disposer :

- des données démographiques extraites du fichier des projections démographiques ;
- des données épidémiologiques tirées du logiciel de projection épidémiologique « Spectrum », renseignées à partir des informations des sites sentinelles avec un calibrage des résultats d'études ponctuelles réalisées de 1989 à 1997. Il s'agit des données relatives à la prévalence des 15-49 ans, du nombre de personnes vivant avec le VIH, du nombre de personnes ayant besoin de traitement et du nombre d'orphelins et enfants rendus vulnérables de 2008 à 2015 ;

- des données programmatiques de la réponse nationale 2009 (année de base de la projection) obtenues de la revue documentaire et de la revue du Plan stratégique. Les documents suivants ont été exploités : (i) Rapport de revue du Plan stratégique 2006-2010, divers autres rapports comme le REDES, les enquêtes spécifiques, les rapports produits par le système de santé, l'EDS, les rapports UNGASS, les différents rapports produits par le GTC/CNLS.

- des coûts unitaires obtenus à partir de l'exploitation du Plan de gestion des achats et des stocks (GAS) du projet Fonds Mondial, des rapports REDES, de la Requête au round 9 Sida du Fonds Mondial 2009 ont été également utilisés.

Le traitement des données a été fait en trois (3) étapes :

- l'introduction des données de base (année 2008 et 2009) et des objectifs 2015 des axes stratégiques (PSN 2011-2015). Il s'agit des indicateurs démographiques de 2008 à 2015, des données de comportement des populations, des effectifs à

mettre sous thérapie antirétrovirale ainsi que de l'aide alimentaire associée à la thérapie, des données de couverture des interventions pour les années 2008 à 2015, des données de prise en charge des orphelins et enfants vulnérables, des coûts unitaires, des coûts historiques appliqués pour la mise en œuvre des programmes, etc. ;

- la confrontation des données de projection dans les feuilles « prévention », « soins et traitements » et « violences faites aux femmes » pour une harmonisation des bases de calcul et pour une vérification du respect des aspects de genre et d'équité ;

L'analyse des données collectées et traitées a permis de dégager par domaine programmatique, les cibles à toucher ainsi que les coûts des interventions. Les budgets sont ainsi présentés en fonction des éléments suivants : (i) prévention, (ii) services de soins et traitement, (iii) atténuation de l'impact du Sida, (iv) prévention et prise en charge des violences faites aux femmes, (v) politique, administration, recherche et suivi évaluation. Le budget global du PSN 2011-2015 est ainsi présenté en FCFA (290 834 705 892) et en dollars (612 283 591). Les aspects relatifs au genre représentent 16,4% dudit budget.

## 2. Résultats des estimations

### 2.1. Données programmatiques

#### > Indicateurs démographiques et épidémiologiques

**Tableau 10 : Indicateurs démographiques et épidémiologiques**

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Indicateurs démographiques</b>					
Population totale	19 785 897	20 206 547	20 631 589	21 060 083	21 491 382
Taux de croissance démographique	2,8%				
Population masculine 15-49 ans	4 427 271	4 427 271	4 427 271	4 427 271	4 427 271
Population féminine 15-49 ans	4 607 976	4 607 976	4 607 976	4 607 976	4 607 976
Population masculine 15-64 ans	4 909 500	5 048 909	5 192 276	5 339 714	5 491 339
Population féminine 15-64 ans	4 611 049	4 741 982	4 876 634	5 015 110	5 157 517
Enfants en âge scolaire (primaire)	2 906 241	2 988 766	3 073 634	3 160 912	3 250 668
Enfants en âge scolaire (secondaire)	5 284 551	5 434 610	5 588 929	5 747 630	5 910 838
<b>Indicateurs épidémiologiques</b>					
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes (%)	5,09	5,06	5,05	5,05	5,04

#### > Prévention

	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Population cumulée bénéficiaire des actions de prévention	1 601 411	1 759 441	1 922 013	2 089 167	2 260 934	9 632 965
Nombre de clients dépistés*	451 762	451 762	451 762	451 762	451 762	2 258 812
Nombre de femmes bénéficiaires de la PTME	719 716	739 868	760 585	781 881	803 774	3 805 825
Unités de sang sans risque produites	69 475	70 952	72 444	73 949	75 463	362 283
Nombre d'enseignants à former (primaire, secondaire et autres...)	3 484	4 278	5 164	6 151	7 249	26 326

\* les données sur le dépistage ne prennent pas en compte celles des femmes enceintes dépistées dans le cadre de la PTME

#### > Soins et traitement

	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre suivant une thérapie ARV	141 304	170 726	188 430	207 183	226 957
Pourcentage seconde ligne	2%	4%	6%	8%	10%
Adultes sous ARV	138 130	150 760	169 026	188 882	210 265
Enfant sous ARV	3174	10239	17127	23787	30182
Nombre avec soins et prophylaxie non ARV	314 010	321 023	329 005	337 631	346 740
Nombre de patients VIH+ ayant besoin de la prophylaxie INH	48 931	50 188	51 549	52 987	54 485
Nombre suivant une thérapie ARV bénéficiant de l'aide alimentaire	7 065	8 536	9 421	10 359	11 348

### > Prise en charge des orphelins et enfants vulnérables

	2011	2012	2013	2014	2015
OEV 0-4	107 313	111 334	114 096	115 996	117 234
OEV 5-9	91 064	94 477	96 821	98 433	99 484
OEV 10-14	78 584	81 529	83 552	84 943	85 850
OEV 15-17	44 008	45 657	46 790	47 569	48 076
<b>Total des OEV</b>	<b>320 968</b>	<b>332 996</b>	<b>341 258</b>	<b>346 941</b>	<b>350 644</b>
<b>Nombre d'OEV touchés</b>	<b>64 194</b>	<b>83 249</b>	<b>68 252</b>	<b>69 388</b>	<b>70 129</b>

## 2.1. Données financières

### > Budget global 2011-2015 en dollar US

**Tableau 11 : Données Financières, Budget global 2011-2015**

Intitulé	2011	2012	2013	2014	2015	Total (US \$)
<b>Prévention</b>	<b>29 353 860</b>	<b>31 780 947</b>	<b>34 375 874</b>	<b>37 148 134</b>	<b>40 099 833</b>	<b>172 758 649</b>
<b>Populations prioritaires</b>	<b>5 174 618</b>	<b>6 093 820</b>	<b>7 076 121</b>	<b>8 126 169</b>	<b>9 249 107</b>	<b>35 719 835</b>
Interventions centrées sur les jeunes	1 524 492	1 965 429	2 412 826	2 864 394	3 317 567	12 084 708
Travailleuses du sexe et leurs clients	661 353	816 843	1 000 990	1 218 575	1 475 001	5 172 763
Populations mobiles (routiers, camionneurs, pêcheurs..)	539 371	539 918	538 969	536 361	531 919	2 686 538
Lieu de travail + introduction éducation	729 572	1 032 681	1 366 580	1 733 727	2 136 756	6 999 316
PVVIH	1 602 402	1 587 645	1 568 667	1 545 131	1 516 683	7 820 528
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	117 428	151 303	188 090	227 980	271 181	955 982
<b>Populations vulnérables</b>	<b>4 870 361</b>	<b>5 127 346</b>	<b>5 400 164</b>	<b>5 689 854</b>	<b>5 997 521</b>	<b>27 085 247</b>
Prisonniers	304 117	300 576	296 253	291 091	285 030	1 477 067
Consommateurs de drogues	9 008	12 100	14 861	17 215	19 072	72 255
Autres populations vulnérables	1 401 170	1 394 406	1 383 831	1 369 097	1 349 833	6 898 337
Hommes de tenues	869 774	859 647	847 284	832 521	815 185	4 224 410
Mobilisation de la communauté	2 286 292	2 560 618	2 857 935	3 179 930	3 528 402	14 413 178
<b>Prestations de services</b>	<b>18 091 538</b>	<b>19 223 299</b>	<b>20 435 825</b>	<b>21 732 548</b>	<b>23 108 918</b>	<b>102 592 127</b>
Fourniture de préservatifs	5 096 582	5 382 299	5 679 117	5 987 412	6 307 573	28 452 983
Conseil dépistage	6 559 426	6 723 411	6 891 497	7 063 784	7 240 379	34 478 497
Traitement des IST	345 211	384 399	426 244	470 889	518 482	2 145 225
PTME	6 086 781	6 729 562	7 435 249	8 206 651	9 038 578	37 496 821
Média de masse	3 539	3 627	3 718	3 811	3 906	18 602
<b>Soins de santé</b>	<b>1 217 342</b>	<b>1 336 483</b>	<b>1 463 764</b>	<b>1 599 564</b>	<b>1 744 286</b>	<b>7 361 440</b>
Sécurité du sang	384 168	402 144	420 868	440 349	460 601	2 108 130
Prophylaxie post exposition	25 934	27 497	29 121	30 810	32 565	145 928
Précautions universelles	807 240	906 843	1 013 775	1 128 405	1 251 120	5 107 382
<b>Violences faites aux femmes</b>	<b>359 630</b>	<b>553 554</b>	<b>781 732</b>	<b>1 048 498</b>	<b>1 358 668</b>	<b>4 102 083</b>
Lieu de travail	27 414	55 020	94 305	146 928	214 717	538 383
Mobilisation de la communauté	118 887	186 413	267 503	363 784	477 040	1 413 627
Education	3 159	6 140	10 610	17 019	25 919	62 847
Travailleuses du sexe	21 151	34 669	51 664	72 585	97 921	277 989
Soins de santé	1 225	1 828	2 506	3 266	4 116	12 941
Média de masse	176 947	253 919	334 630	419 217	507 824	1 692 537
Prophylaxie post exposition	10 848	15 566	20 514	25 700	31 132	103 759
<b>Soins et traitement</b>	<b>53 335 943</b>	<b>57 714 136</b>	<b>59 368 752</b>	<b>60 533 897</b>	<b>68 658 398</b>	<b>299 611 126</b>
ARV 1ère et 2è lignes	28 363 433	33 411 530	35 896 425	38 354 866	40 755 050	176 781 304
Coût prophylaxie INH pour patient TB/VIH	3 655 845	3 642 215	3 630 522	3 618 255	3 603 794	18 150 631
Examens en laboratoire	6 905 856	7 124 273	6 517 123	5 685 844	4 607 404	30 840 499
Soins et prophylaxie non ARV	7 850 246	6 341 245	6 191 267	5 919 509	5 511 821	31 814 087
Prestation de services	5 854 041	6 341 245	6 191 267	5 919 509	5 511 821	29 817 881
Soutien nutritionnel associé à la thérapie	706 522	853 629	942 149	1 035 914	8 668 509	12 206 723
<b>Prise en charge des OEV</b>	<b>4 259 583</b>	<b>5 662 110</b>	<b>4 758 126</b>	<b>4 958 298</b>	<b>5 136 499</b>	<b>24 774 616</b>
Ressources nécessaires pour les OEV	4 259 583	5 662 110	4 758 126	4 958 298	5 136 499	24 774 616

<b>Politique, administration, recherche, suivi et évaluation</b>	<b>19 297 743</b>	<b>21 506 540</b>	<b>22 360 288</b>	<b>23 427 975</b>	<b>24 444 561</b>	<b>111 037 107</b>
Environnement favorable (RSC, RSS, appropriation)	2 173 169	2 421 908	2 518 050	2 638 285	2 752 766	12 504 179
Communication stratégique	434 634	484 382	503 610	527 657	550 553	2 500 836
Formation	1 043 121	1 162 516	1 208 664	1 266 377	1 321 328	6 002 006
Equipped de laboratoire	869 268	968 763	1 007 220	1 055 314	1 101 106	5 001 671
Approvisionnement, magasins, transport	434 634	484 382	503 610	527 657	550 553	2 500 836
Gestion des programmes	3 477 071	3 875 052	4 028 881	4 221 257	4 404 425	20 006 686
RH au niveau des programmes	1 738 535	1 937 526	2 014 440	2 110 628	2 202 213	10 003 343
Suivi et évaluation	7 823 410	8 718 867	9 064 982	9 497 828	9 909 957	45 015 043
Recherche	1 303 902	1 453 145	1 510 830	1 582 971	1 651 660	7 502 507
<b>Budget total</b>	<b>106 606 760</b>	<b>117 217 287</b>	<b>121 644 773</b>	<b>127 116 803</b>	<b>139 697 959</b>	<b>612 283 581</b>

	2011	2012	2013	2014	2015	Total (US \$)	Total (FCFA)	%
<b>Prévention</b>	<b>10 409 663</b>	<b>11 724 183</b>	<b>13 191 391</b>	<b>14 825 230</b>	<b>16 632 887</b>	<b>66 783 353</b>	<b>31 722 092 548</b>	<b>66,6%</b>
<b>Populations prioritaires</b>	<b>3 650 127</b>	<b>4 128 391</b>	<b>4 663 295</b>	<b>5 261 775</b>	<b>5 931 540</b>	<b>23 635 127</b>	<b>11 226 685 475</b>	<b>23,6%</b>
Interventions centrées sur les jeunes	661 353	816 843	1 000 990	1 218 575	1 475 001	5 172 763		
Travailleuses du sexe et leurs clients	539 371	539 918	538 969	536 361	531 919	2 686 538		
Populations mobiles (routiers, camionneurs, pêcheurs...)	729 572	1 032 681	1 366 580	1 733 727	2 136 756	6 999 316		
Lieu de travail + introduction éducation	1 602 402	1 587 645	1 568 667	1 545 131	1 516 683	7 820 528		
PVVIH	117 428	151 303	188 090	227 980	271 181	955 982		
<b>Populations vulnérables</b>	<b>313 125</b>	<b>312 675</b>	<b>311 114</b>	<b>308 306</b>	<b>304 101</b>	<b>1 549 322</b>	<b>735 927 833</b>	<b>1,5%</b>
Prisonniers	304 117	300 576	296 253	291 091	285 030	1 477 067		
Consommateurs de drogues	9 008	12 100	14 861	17 215	19 072	72 255		
<b>Prestations de services</b>	<b>6 086 781</b>	<b>6 729 562</b>	<b>7 435 249</b>	<b>8 206 651</b>	<b>9 038 578</b>	<b>37 496 821</b>	<b>17 810 989 795</b>	<b>37,4%</b>
PTME	6 086 781	6 729 562	7 435 249	8 206 651	9 038 578	37 496 821		
<b>Violences faites aux femmes</b>	<b>359 630</b>	<b>553 554</b>	<b>781 732</b>	<b>1 048 498</b>	<b>1 358 668</b>	<b>4 102 083</b>	<b>1 948 489 446</b>	<b>4,1%</b>
Lieu de travail	27 414	55 020	94 305	146 928	214 717			
Mobilisation de la communauté	118 887	186 413	267 503	363 784	477 040			
Education	3 159	6 140	10 610	17 019	25 919			
Travailleuses du sexe	21 151	34 669	51 664	72 585	97 921			
Soins de santé	1 225	1 828	2 506	3 266	4 116			
Média de masse	176 947	253 919	334 630	419 217	507 824			
Prophylaxie post exposition	10 848	15 566	20 514	25 700	31 132			
<b>Prise en charge des OEV</b>	<b>4 259 583</b>	<b>5 662 110</b>	<b>4 758 126</b>	<b>4 958 298</b>	<b>5 136 499</b>	<b>24 774 616</b>	<b>11 767 942 550</b>	<b>24,7%</b>
Nombre d'OEVI touchés	4 259 583	5 662 110	4 758 126	4 958 298	5 136 499	24 774 616		
<b>Politique, administration, recherche, suivi et évaluation</b>	<b>1 521 219</b>	<b>1 695 335</b>	<b>1 762 635</b>	<b>1 846 800</b>	<b>1 926 936</b>	<b>8 752 925</b>	<b>4 157 639 434</b>	<b>8,7%</b>
Environnement favorable (RSC, RSS, appropriation)	1 521 219	1 695 335	1 762 635	1 846 800	1 926 936	8 752 925		
<b>Budget total</b>	<b>16 190 464</b>	<b>19 081 628</b>	<b>19 712 152</b>	<b>21 630 327</b>	<b>23 696 322</b>	<b>100 310 894</b>	<b>47 647 674 532</b>	
<b>Budget total du PSN</b>						<b>612 283 581</b>	<b>290 834 705 892</b>	
<b>Part du Budget Genre dans le PSN</b>							<b>16,40%</b>	

➤ **Budget spécifique aux aspects genres 2011-2015 en USD**

➤ **Budget des différents DIP en FCFA**

**Tableau 12 : Budget des différents DIP en FCFA**

	2011	2012	2013	2014	2015	Total (FCFA)
<b>Axe 1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST</b>	<b>12 644 480 643</b>	<b>13 711 845 605</b>	<b>14 860 801 757</b>	<b>16 096 942 670</b>	<b>17 422 516 136</b>	<b>74 736 586 812</b>
Communication et éducation pour le changement de comportement (mass media)	348 227 775	492 246 373	650 891 648	825 330 703	1 016 814 684	3 333 511 183
Promotion de l'utilisation du préservatif (masculin et féminin)	2 420 876 391	2 556 592 188	2 697 580 728	2 844 020 825	2 996 096 938	13 515 167 070



Renforcement des liens entre le VIH et la santé sexuelle et reproductive (25% programmes jeunes)	181 033 410	233 394 663	286 523 043	340 146 816	393 961 123	1 435 059 055
Renforcement de la sécurité transfusionnelle	182 479 779	191 018 299	199 912 252	209 165 801	218 785 637	1 001 361 769
Prise en charge des accidents d'exposition liés au sang/liquides biologiques et violences sexuelles	12 318 670	13 060 980	13 832 707	14 634 857	15 468 470	69 315 684
Renforcement de la prévention du VIH en direction des groupes les plus exposés au risque	626 122 206	716 330 833	820 823 078	941 885 201	1 082 098 084	4 187 259 403
<i>Interventions centrées sur les Travailleurs de sexe et leurs clients</i>	314 142 834	388 000 560	475 470 222	578 823 012	700 625 597	2 457 062 225
<i>Interventions centrées sur les HSH</i>	55 778 257	71 869 113	89 342 528	108 290 667	128 811 073	454 091 637
<i>Interventions centrées sur les populations mobiles</i>	256 201 116	256 461 160	256 010 328	254 771 523	252 661 415	1 276 105 541
Renforcement de la prévention du VIH en direction des groupes vulnérables	1 941 358 136	2 182 319 059	2 438 451 613	2 710 692 133	3 000 083 519	12 272 904 460
<i>Interventions centrées sur les adolescents et les jeunes</i>	543 100 231	700 183 989	859 569 130	1 020 440 447	1 181 883 368	4 305 177 166
<i>Interventions centrées sur les Hommes de tenue</i>	413 142 727	408 332 197	402 459 735	395 447 433	387 212 822	2 006 594 914
<i>Interventions centrées sur les consommateurs de drogue</i>	4 278 818	5 747 341	7 059 141	8 176 929	9 058 991	34 321 220
<i>Interventions centrées sur la population carcérale</i>	144 455 499	142 773 495	140 720 187	138 268 333	135 389 099	701 606 613
<i>Interventions centrées sur les autres personnes vulnérables</i>	665 555 932	662 342 961	657 319 613	650 320 985	641 170 586	3 276 710 077
<i>Interventions centrées sur les femmes et les jeunes filles (violences faites aux femmes +filles)</i>	170 824 928	262 939 075	371 323 807	498 038 006	645 368 654	1 948 494 470
Renforcement de la prévention positive	761 141 123	754 131 489	745 116 640	733 937 304	720 424 223	3 714 750 778
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	2 891 220 889	3 196 541 918	3 531 743 212	3 898 159 292	4 293 324 485	17 810 989 795
Conseil et dépistage du VIH	3 115 727 239	3 193 620 420	3 273 460 930	3 355 297 454	3 439 179 890	16 377 285 933
Prévention et prise en charge des IST	163 975 026	182 589 384	202 465 906	223 672 285	246 279 083	1 018 981 683
<b>Axe 2 : Renforcement de l'accès aux soins et traitement</b>	<b>25 498 092 414</b>	<b>27 616 558 760</b>	<b>28 475 650 946</b>	<b>29 121 315 909</b>	<b>33 087 567 123</b>	<b>143 799 185 153</b>
Décentralisation de la prise en charge médicale des PVVIH	19 125 379 856	20 949 197 703	21 855 243 870	22 612 308 361	23 174 164 312	107 716 294 102
Renforcement du diagnostic précoce du VIH et de la prise en charge médicale chez les enfants exposés	3 188 320 545	3 326 998 723	3 272 047 393	3 173 570 479	3 036 813 289	15 997 750 430
Renforcement de la prise en charge de la coinfection TB/VIH y compris les infections opportunistes	1 736 526 239	1 730 052 057	1 724 498 154	1 718 671 193	1 711 801 946	8 621 549 589
Renforcement de l'aide à l'observance des traitements	278 066 937	301 209 116	294 085 159	281 176 674	261 811 480	1 416 349 366
Renforcement de la prise en charge communautaire des PVVIH	834 200 810	903 627 349	882 255 476	843 530 022	785 434 440	4 249 048 098
Renforcement de la prise en charge nutritionnelle des PVVIH	335 598 027	405 473 811	447 520 894	492 059 180	4 117 541 656	5 798 193 568
<b>Axe 3 : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées</b>	<b>3 154 840 235</b>	<b>3 935 886 370</b>	<b>3 559 634 098</b>	<b>3 702 522 438</b>	<b>3 827 491 581</b>	<b>18 180 374 721</b>
Soutien psychologique, social et économique aux PVVIH	488 694 876	547 331 993	610 883 689	679 710 120	754 196 029	3 080 816 707
Soutien aux OEV(soutiens éducationnel, scolaire, nutritionnel, psychologique et social)	2 023 302 030	2 689 502 029	2 260 109 877	2 355 191 381	2 439 837 234	11 767 942 550
Implication des collectivités locales décentralisées dans la protection et le soutien aux OEV	86 709 455	96 634 115	100 470 215	105 267 589	109 835 358	498 916 732
Protection juridique des PVVIH et personnes affectées	556 133 874	602 418 233	588 170 318	562 353 348	523 622 960	2 832 698 732
<b>Axe 4 : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs</b>	<b>655 100 040</b>	<b>733 384 068</b>	<b>813 615 763</b>	<b>900 935 206</b>	<b>995 018 719</b>	<b>4 098 053 796</b>
Renforcement de l'implication du secteur public dans la riposte au sida	271 497 153	304 073 330	339 379 827	377 616 733	418 997 794	1 711 564 837
Renforcement de l'implication du secteur privé (formel et informel) dans la lutte contre le VIH	108 598 861	121 629 332	135 751 931	151 046 693	167 599 118	684 625 935
Renforcement de l'implication des collectivités locales dans la réponse au VIH	217 197 722	243 258 664	271 503 862	302 093 387	335 198 235	1 369 251 870
Intégration du VIH dans les projets et programmes de développement	57 806 304	64 422 743	66 980 143	70 178 393	73 223 572	332 611 155
<b>Axe 5 : Renforcement du système de sante</b>	<b>429 418 255</b>	<b>478 568 949</b>	<b>497 566 778</b>	<b>521 325 204</b>	<b>543 946 535</b>	<b>2 470 825 721</b>
Renforcement de la riposte du secteur santé	429 418 255	478 568 949	497 566 778	521 325 204	543 946 535	2 470 825 721
<b>Axe 6 : Renforcement du système communautaire</b>	<b>497 848 038</b>	<b>555 515 737</b>	<b>584 306 791</b>	<b>618 498 169</b>	<b>652 342 404</b>	<b>2 908 511 139</b>
Renforcement du système communautaire	497 848 038	555 515 737	584 306 791	618 498 169	652 342 404	2 908 511 139

<b>Axe 7 : Information stratégique</b>	<b>4 335 472 770</b>	<b>4 831 705 733</b>	<b>5 023 510 741</b>	<b>5 263 379 461</b>	<b>5 491 767 898</b>	<b>24 945 836 603</b>
Renforcement de la surveillance (notification des cas de sida, notification d'IST, sites sentinelles, comportementale, résistances et effets indésirables)	929 029 879	1 035 365 514	1 076 466 587	1 127 867 027	1 176 807 407	5 345 536 415
Promotion de la recherche dans le domaine du VIH	619 353 253	690 243 676	717 644 392	751 911 352	784 538 271	3 563 690 943
Renforcement du suivi systématique des interventions (données programmatiques)	1 486 447 807	1 656 584 823	1 722 346 540	1 804 587 244	1 882 891 851	8 552 858 264
Renforcement de la supervision et du contrôle de la qualité des données	743 223 903	828 292 411	861 173 270	902 293 622	941 445 925	4 276 429 132
Amélioration du stockage et de l'accès aux données/documents	185 805 976	207 073 103	215 293 317	225 573 405	235 361 481	1 069 107 283
Renforcement de la dissémination et d'utilisation de l'information stratégique dans la prise de décisions.	371 611 952	414 146 206	430 586 635	451 146 811	470 722 963	2 138 214 566
<b>Axe 8 : Coordination, partenariat et gestion</b>	<b>3 422 958 977</b>	<b>3 814 746 717</b>	<b>3 966 181 338</b>	<b>4 155 563 403</b>	<b>4 335 881 512</b>	<b>19 695 331 947</b>
Renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des structures de coordination	2 411 348 664	2 687 348 713	2 794 028 831	2 927 441 529	3 054 469 002	13 874 636 739
Renforcement de la coordination multi partenariale	433 547 277	483 170 573	502 351 074	526 337 946	549 176 790	2 494 583 660
Renforcement du partenariat national, régional et international	433 547 277	483 170 573	502 351 074	526 337 946	549 176 790	2 494 583 660
Renforcement de la mobilisation des ressources	144 515 759	161 056 858	167 450 358	175 445 982	183 058 930	831 527 887
<b>TOTAL</b>	<b>50 638 211 373</b>	<b>55 678 211 940</b>	<b>57 781 268 212</b>	<b>60 380 482 461</b>	<b>66 356 531 907</b>	<b>290 834 705 892</b>

### > Budget par secteur

**Tableau 13 : Budget par secteur**

SECTEUR COORDINATION	BUDGET PAR AXE ET DOMAINES D'INTERVENTION PRIORITAIRES						
	2011	2012	2013	2014	2015	Total (US \$)	Total (FCFA)
<b>Axe 3 : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées</b>	<b>117 081</b>	<b>126 825</b>	<b>123 825</b>	<b>118 390</b>	<b>110 236</b>	<b>596 358</b>	<b>283 269 873</b>
Protection juridique des PVVIH et personnes affectées	117 081	126 825	123 825	118 390	110 236	596 358	283 269 873
<b>Axe 4 : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs</b>	<b>148 061</b>	<b>165 356</b>	<b>177 301</b>	<b>190 869</b>	<b>204 939</b>	<b>886 526</b>	<b>421 099 940</b>
Renforcement de l'implication du secteur public dans la riposte au sida	28 579	32 008	35 724	39 749	44 105	180 165	85 578 242
Renforcement de l'implication du secteur privé (formel et informel) dans la lutte contre le VIH	11 431	12 803	14 290	15 900	17 642	72 066	34 231 297
Renforcement de l'implication des collectivités locales dans la réponse au VIH	22 863	25 606	28 579	31 799	35 284	144 132	68 462 593
Intégration du VIH dans les projets et programmes de développement	85 188	94 939	98 708	103 421	107 908	490 164	232 827 808
<b>Axe 7 : Information stratégique</b>	<b>9 127 311</b>	<b>10 172 012</b>	<b>10 575 812</b>	<b>11 080 799</b>	<b>11 561 617</b>	<b>52 517 551</b>	<b>24 945 836 603</b>
Renforcement de la surveillance (notification des cas de sida, notification d'IST, sites sentinelles, comportementale, résistances et effets indésirables)	1 955 852	2 179 717	2 266 245	2 374 457	2 477 489	11 253 761	5 345 536 415
Promotion de la recherche dans le domaine du VIH	1 303 902	1 453 145	1 510 830	1 582 971	1 651 660	7 502 507	3 563 690 943
Renforcement du suivi systématique des interventions (données programmatiques)	3 129 364	3 487 547	3 625 993	3 799 131	3 963 983	18 006 017	8 552 858 264
Renforcement de la supervision et du contrôle de la qualité des données	1 564 682	1 743 773	1 812 996	1 899 566	1 981 991	9 003 009	4 276 429 132
Amélioration du stockage et de l'accès aux données/documents	391 170	435 943	453 249	474 891	495 498	2 250 752	1 069 107 283
Renforcement de la dissémination et d'utilisation de l'information stratégique dans la prise de décisions.	782 341	871 887	906 498	949 783	990 996	4 501 504	2 138 214 566
<b>Axe 8 : Coordination, partenariat et gestion</b>	<b>7 206 229</b>	<b>8 031 046</b>	<b>8 349 855</b>	<b>8 748 555</b>	<b>9 128 172</b>	<b>41 463 857</b>	<b>19 695 331 947</b>
Renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des structures de coordination	5 076 524	5 657 576	5 882 166	6 163 035	6 430 461	29 209 762	13 874 636 739
Renforcement de la coordination multi partenariale	912 731	1 017 201	1 057 581	1 108 080	1 156 162	5 251 755	2 494 583 660
Renforcement du partenariat national, régional et international	912 731	1 017 201	1 057 581	1 108 080	1 156 162	5 251 755	2 494 583 660
Renforcement de la mobilisation des ressources	304 244	339 067	352 527	369 360	385 387	1 750 585	831 527 887
<b>TOTAL</b>	<b>16 598 683</b>	<b>18 495 238</b>	<b>19 226 794</b>	<b>20 138 612</b>	<b>21 004 964</b>	<b>95 464 291</b>	<b>45 345 538 364</b>

SECTEUR PUBLIC	BUDGET PAR AXE ET DOMAINES D'INTERVENTION PRIORITAIRES						
	2011	2012	2013	2014	2015	Total (US \$)	Total (FCFA)
<b>Axe 1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST</b>	<b>15 862 114</b>	<b>16 952 704</b>	<b>18 122 185</b>	<b>19 374 896</b>	<b>20 709 806</b>	<b>91 021 706</b>	<b>43 235 310 383</b>
Communication et éducation pour le changement de comportement (mass media)	146 622	207 262	274 060	347 508	428 132	1 403 584	666 702 237
Promotion de l'utilisation du préservatif (masculin et féminin)	4 077 266	4 305 839	4 543 294	4 789 930	5 046 058	22 762 387	10 812 133 656
Renforcement des liens entre le VIH et la santé sexuelle et reproductive (25% programmes jeunes)	114 337	147 407	180 962	214 830	248 818	906 353	430 517 717
Renforcement de la sécurité transfusionnelle	268 918	281 501	294 608	308 244	322 421	1 475 691	700 953 239
Prise en charge des accidents d'exposition liés au sang/liquides biologiques et violences sexuelles	25 934	27 497	29 121	30 810	32 565	145 928	69 315 684
Renforcement de la prévention du VIH en direction des groupes les plus exposés au risque	155 756	193 629	237 816	289 311	349 236	1 225 749	582 230 772
<i>Interventions centrées sur les Travailleurs de sexe et leurs clients</i>	132 271	163 369	200 198	243 715	295 000	1 034 553	491 412 445
<i>Interventions centrées sur les HSH</i>	23 486	30 261	37 618	45 596	54 236	191 196	90 818 327
Renforcement de la prévention du VIH en direction des groupes vulnérables	1 288 826	1 392 628	1 503 458	1 621 869	1 748 482	7 555 263	3 588 750 130
<i>Interventions centrées sur les adolescents et les jeunes</i>	228 674	294 814	361 924	429 659	497 635	1 812 706	861 035 433
<i>Interventions centrées sur les Hommes de tenue</i>	869 774	859 647	847 284	832 521	815 185	4 224 410	2 006 594 914
<i>Interventions centrées sur la population carcérale</i>	30 412	30 058	29 625	29 109	28 503	147 707	70 160 661
<i>Interventions centrées sur les autres personnes vulnérables</i>	70 059	69 720	69 192	68 455	67 492	344 917	163 835 504
<i>Interventions centrées sur les femmes et les jeunes filles (violences faites aux femmes+filles)</i>	89 908	138 389	195 434	262 125	339 668	1 025 523	487 123 618
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	4 260 747	4 710 693	5 204 674	5 744 656	6 327 005	26 247 774	12 467 692 856
Conseil et dépistage du VIH	5 247 541	5 378 729	5 513 197	5 651 027	5 792 303	27 582 797	13 101 828 747
Prévention et prise en charge des IST	276 168	307 519	340 995	376 711	414 786	1 716 180	815 185 346
<b>Axe 2 : Renforcement de l'accès aux soins et traitement</b>	<b>45 991 572</b>	<b>49 738 021</b>	<b>51 326 700</b>	<b>52 538 569</b>	<b>53 295 505</b>	<b>252 890 368</b>	<b>120 122 924 666</b>
Décentralisation de la prise en charge médicale des PVVIH	36 237 562	39 693 217	41 409 936	42 844 374	43 908 943	204 094 031	96 944 664 692
Renforcement du diagnostic précoce du VIH et de la prise en charge médicale chez les enfants exposés	6 712 254	7 004 208	6 888 521	6 681 201	6 393 291	33 679 475	15 997 750 430
Renforcement de la prise en charge de la coinfection TB/VIH y compris les infections opportunistes	2 924 676	2 913 772	2 904 418	2 894 604	2 883 035	14 520 505	6 897 239 671
Renforcement de l'aide à l'observance des traitements	117 081	126 825	123 825	118 390	110 236	596 358	283 269 873
<b>Axe 3 : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées</b>	<b>709 245</b>	<b>833 654</b>	<b>819 886</b>	<b>863 034</b>	<b>904 288</b>	<b>4 130 108</b>	<b>1 961 801 238</b>
Soutien psychologique, social et économique aux PVVIH	205 766	230 456	257 214	286 194	317 556	1 297 186	616 163 341
Soutien aux OEV(soutiens éducationnel, scolaire, nutritionnel, psychologique et social)	212 979	283 105	237 906	247 915	256 825	1 238 731	588 397 128
Implication des collectivités locales décentralisées dans la protection et le soutien aux OEV	173 419	193 268	200 940	210 535	219 671	997 833	473 970 895
Protection juridique des PVVIH et personnes affectées	117 081	126 825	123 825	118 390	110 236	596 358	283 269 873
<b>Axe 4 : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs</b>	<b>989 559</b>	<b>1 108 227</b>	<b>1 235 868</b>	<b>1 374 195</b>	<b>1 523 808</b>	<b>6 231 657</b>	<b>2 960 036 987</b>
Renforcement de l'implication du secteur public dans la riposte au sida	542 994	608 147	678 760	755 233	837 996	3 423 130	1 625 986 595
Renforcement de l'implication des collectivités locales dans la réponse au VIH	434 395	486 517	543 008	604 187	670 396	2 738 504	1 300 789 276
Intégration du VIH dans les projets et programmes de développement	12 170	13 563	14 101	14 774	15 415	70 023	33 261 115
<b>Axe 5 : Renforcement du système de sante</b>	<b>723 231</b>	<b>806 011</b>	<b>838 007</b>	<b>878 021</b>	<b>916 120</b>	<b>4 161 391</b>	<b>1 976 660 577</b>
Renforcement de la riposte du secteur santé	723 231	806 011	838 007	878 021	916 120	4 161 391	1 976 660 577
<b>TOTAL</b>	<b>64 275 722</b>	<b>69 438 617</b>	<b>72 342 647</b>	<b>75 028 715</b>	<b>77 349 528</b>	<b>358 435 229</b>	<b>170 256 733 850</b>

SECTEUR COMMUNAUTAIRE	BUDGET PAR AXE ET DOMAINES D'INTERVENTION PRIORITAIRES						
	2011	2012	2013	2014	2015	Total (US \$)	Total (FCFA)
<b>Axe 1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST</b>	<b>10 052 011</b>	<b>11 109 082</b>	<b>12 250 246</b>	<b>13 482 368</b>	<b>14 811 004</b>	<b>61 704 711</b>	<b>29 309 737 755</b>
Communication et éducation pour le changement de comportement (mass media)	513 178	725 416	959 209	1 216 277	1 498 464	4 912 543	2 333 457 828
Promotion de l'utilisation du préservatif (masculin et féminin)	764 487	807 345	851 868	898 112	946 136	4 267 947	2 027 275 061
Renforcement des liens entre le VIH et la santé sexuelle et reproductive (25% programmes jeunes)	228 674	294 814	361 924	429 659	497 635	1 812 706	861 035 433
Renforcement de la sécurité transfusionnelle	115 250	120 643	126 260	132 105	138 180	632 439	300 408 531
Renforcement de la prévention du VIH en direction des groupes les plus exposés au risque	1 162 396	1 314 436	1 490 233	1 693 605	1 928 865	7 589 534	3 605 028 630
<i>Interventions centrées sur les Travailleurs de sexe et leurs clients</i>	529 083	653 475	800 792	974 860	1 180 001	4 138 210	1 965 649 780
<i>Interventions centrées sur les HSH</i>	93 942	121 043	150 472	182 384	216 945	764 786	363 273 309
<i>Interventions centrées sur les populations mobiles</i>	539 371	539 918	538 969	536 361	531 919	2 686 538	1 276 105 541
Renforcement de la prévention du VIH en direction des groupes vulnérables	2 780 262	3 174 050	3 591 038	4 032 426	4 499 549	18 077 325	8 586 729 606
<i>Interventions centrées sur les adolescents et les jeunes</i>	914 695	1 179 257	1 447 695	1 718 637	1 990 540	7 250 825	3 444 141 733
<i>Interventions centrées sur les consommateurs de drogue</i>	9 008	12 100	14 861	17 215	19 072	72 255	34 321 220
<i>Interventions centrées sur la population carcérale</i>	273 705	270 518	266 628	261 982	256 527	1 329 360	631 445 952
<i>Interventions centrées sur les autres personnes vulnérables</i>	1 331 112	1 324 686	1 314 639	1 300 642	1 282 341	6 553 420	3 112 874 573
<i>Interventions centrées sur les femmes et les jeunes filles (violences faites aux femmes+filles)</i>	251 742	387 489	547 214	733 951	951 070	2 871 466	1 363 946 129
Renforcement de la prévention positive	1 602 402	1 587 645	1 568 667	1 545 131	1 516 683	7 820 528	3 714 750 778
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	1 521 695	1 682 390	1 858 812	2 051 663	2 259 644	9 374 205	4 452 747 449
Conseil et dépistage du VIH	1 311 885	1 344 682	1 378 299	1 412 757	1 448 076	6 895 699	3 275 457 187
Prévention et prise en charge des IST	51 782	57 660	63 937	70 633	77 772	321 784	152 847 252
<b>Axe 2 : Renforcement de l'accès aux soins et traitement</b>	<b>7 505 830</b>	<b>8 219 992</b>	<b>8 440 513</b>	<b>8 588 552</b>	<b>16 182 341</b>	<b>48 937 227</b>	<b>23 245 183 007</b>
Décentralisation de la prise en charge médicale des PVVIH	4 026 396	4 410 357	4 601 104	4 760 486	4 878 771	22 677 115	10 771 629 410
Renforcement de la prise en charge de la coïnfection TB/VIH y compris les infections opportunistes	548 377	546 332	544 578	542 738	540 569	2 722 595	1 293 232 438
Renforcement de l'aide à l'observance des traitements	468 323	507 300	495 301	473 561	440 946	2 385 431	1 133 079 493
Renforcement de la prise en charge communautaire des PVVIH	1 756 212	1 902 373	1 857 380	1 775 853	1 653 546	8 945 364	4 249 048 098
Renforcement de la prise en charge nutritionnelle des PVVIH	706 522	853 629	942 149	1 035 914	8 668 509	12 206 723	5 798 193 568
<b>Axe 3 : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées</b>	<b>5 433 941</b>	<b>6 858 053</b>	<b>6 124 220</b>	<b>6 375 506</b>	<b>6 596 902</b>	<b>31 388 623</b>	<b>14 909 595 774</b>
Soutien psychologique, social et économique aux PVVIH	771 623	864 208	964 553	1 073 227	1 190 836	4 864 447	2 310 612 530
Soutien aux OEV(soutiens éducationnel, scolaire, nutritionnel, psychologique et social)	3 833 625	5 095 899	4 282 313	4 462 468	4 622 849	22 297 154	10 591 148 295
Implication des collectivités locales décentralisées dans la protection et le soutien aux OEV	9 127	10 172	10 576	11 081	11 562	52 518	24 945 837
Protection juridique des PVVIH et personnes affectées	819 566	887 774	866 777	828 731	771 655	4 174 503	1 982 889 112
<b>Axe 4 : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs</b>	<b>12 170</b>	<b>13 563</b>	<b>14 101</b>	<b>14 774</b>	<b>15 415</b>	<b>70 023</b>	<b>33 261 115</b>
Intégration du VIH dans les projets et programmes de développement	12 170	13 563	14 101	14 774	15 415	70 023	33 261 115
<b>Axe 6 : Renforcement du système communautaire</b>	<b>1 048 101</b>	<b>1 169 507</b>	<b>1 230 120</b>	<b>1 302 101</b>	<b>1 373 352</b>	<b>6 123 181</b>	<b>2 908 511 139</b>
Renforcement du système communautaire	1 048 101	1 169 507	1 230 120	1 302 101	1 373 352	6 123 181	2 908 511 139
<b>TOTAL</b>	<b>24 052 054</b>	<b>27 370 196</b>	<b>28 059 199</b>	<b>29 763 302</b>	<b>38 979 015</b>	<b>148 223 766</b>	<b>70 406 288 790</b>

SECTEUR PRIVE	BUDGET PAR AXE ET DOMAINES D'INTERVENTION PRIORITAIRES						
	2011	2012	2013	2014	2015	Total (US \$)	Total (FCFA)
<b>Axe 1 : Renforcement de la prévention de la transmission du VIH et des IST</b>	<b>705 834</b>	<b>805 257</b>	<b>913 468</b>	<b>1 031 036</b>	<b>1 158 171</b>	<b>4 613 766</b>	<b>2 191 538 675</b>
Communication et éducation pour le changement de comportement (mass media)	73 311	103 631	137 030	173 754	214 066	701 792	333 351 118
Promotion de l'utilisation du préservatif (masculin et féminin)	254 829	269 115	283 956	299 371	315 379	1 422 649	675 758 354
Renforcement des liens entre le VIH et la santé sexuelle et reproductive (25% programmes jeunes)	38 112	49 136	60 321	71 610	82 939	302 118	143 505 906
Renforcement de la prévention du VIH en direction des groupes vulnérables	17 982	27 678	39 087	52 425	67 934	205 105	97 424 724
<i>Interventions centrées sur les femmes et les jeunes filles (violences faites aux femmes+filles)</i>	<i>17 982</i>	<i>27 678</i>	<i>39 087</i>	<i>52 425</i>	<i>67 934</i>	<i>205 105</i>	<i>97 424 724</i>
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	304 339	336 478	371 762	410 333	451 929	1 874 841	890 549 490
Prévention et prise en charge des IST	17 261	19 220	21 312	23 544	25 924	107 261	50 949 084
<b>Axe 2 : Renforcement de l'accès aux soins et traitement</b>	<b>182 792</b>	<b>182 111</b>	<b>181 526</b>	<b>180 913</b>	<b>180 190</b>	<b>907 532</b>	<b>431 077 479</b>
Renforcement de la prise en charge de la coïnfection TB/VIH y compris les infections opportunistes	182 792	182 111	181 526	180 913	180 190	907 532	431 077 479
<b>Axe 3 : Renforcement du soutien et de la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées</b>	<b>381 502</b>	<b>467 544</b>	<b>426 035</b>	<b>437 853</b>	<b>446 450</b>	<b>2 159 385</b>	<b>1 025 707 836</b>
Soutien psychologique, social et économique aux PVVIH	51 442	57 614	64 304	71 548	79 389	324 296	154 040 835
Soutien aux OEV(soutiens éducationnel, scolaire, nutritionnel, psychologique et social)	212 979	283 105	237 906	247 915	256 825	1 238 731	588 397 128
Protection juridique des PVVIH et personnes affectées	117 081	126 825	123 825	118 390	110 236	596 358	283 269 873
<b>Axe 4 : Appropriation de la lutte contre le VIH par l'ensemble des acteurs</b>	<b>229 367</b>	<b>256 821</b>	<b>285 605</b>	<b>316 868</b>	<b>350 614</b>	<b>1 439 275</b>	<b>683 655 754</b>
Renforcement de l'implication du secteur privé (formel et informel) dans la lutte contre le VIH	217 198	243 259	271 504	302 093	335 198	1 369 252	650 394 638
Intégration du VIH dans les projets et programmes de développement	12 170	13 563	14 101	14 774	15 415	70 023	33 261 115
<b>Axe 5 : Renforcement du système de santé</b>	<b>180 808</b>	<b>201 503</b>	<b>209 502</b>	<b>219 505</b>	<b>229 030</b>	<b>1 040 348</b>	<b>494 165 144</b>
Renforcement de la riposte du secteur santé	180 808	201 503	209 502	219 505	229 030	1 040 348	494 165 144
<b>TOTAL</b>	<b>1 680 303</b>	<b>1 913 236</b>	<b>2 016 136</b>	<b>2 186 176</b>	<b>2 364 455</b>	<b>10 160 305</b>	<b>4 826 144 888</b>

Figure 6 : Besoins en ressources

