

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
*Paix – Travail – Patrie*  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
Comité National de Lutte contre le SIDA  
Groupe Technique Central



REPUBLIC OF CAMEROON  
*Peace – Work – Fatherland*  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
National AIDS Control Committee  
Central Technical Group

# **PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

## **2006-2010**

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>VI</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>I. DONNEES GENERALES SUR LE CAMEROUN</b>	<b>1</b>
<i>I-1. Situation géographique</i>	1
<i>I-2. Organisation politico administrative et aperçu socioéconomique</i>	1
<i>I-3. Milieu humain et démographie</i>	2
<b>II. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU CAMEROUN</b>	<b>2</b>
<i>II-1. Les différents niveaux de la Pyramide Sanitaire et lien de référence</i>	2
<i>II-2. Couverture sanitaire</i>	4
<i>II-3. Politique du médicament</i>	5
<i>II-4. Financement</i>	5
<b>III. ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU CAMEROUN</b>	<b>6</b>
<i>III-1. Une approche multisectorielle</i>	6
<i>III-2. Organigramme</i>	7
<b>VUE D'ENSEMBLE DE L'EPIDEMIE DU SIDA AU CAMEROUN AU TERME DU PLAN NATIONAL STRATEGIQUE 2000/2005</b>	<b>8</b>
<b>I. LE VIH/SIDA : UNE MENACE SANS PRECEDENT POUR LA JEUNESSE CAMEROUNAISE</b>	<b>9</b>
<b>II. UNE FEMINISATION RAMPANTE DE L'EPIDEMIE AU CAMEROUN</b>	<b>11</b>
<b>III. DES COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUES</b>	<b>12</b>
<b>IV. UNE POPULATION CROISSANTE DE PVVS ET D'ORPHELINS</b>	<b>13</b>
<b>V. UN NOMBRE CROISSANT DE SECTEURS TOUCHES PAR L'EPIDEMIE</b>	<b>14</b>
<b>PLAN STRATEGIQUE 2006/2010</b>	<b>15</b>
<b>I. AXE STRATEGIQUE 1 : VERS L'ACCES UNIVERSEL A LA PREVENTION EN FAVEUR DES GROUPES CIBLES PRIORITAIRES</b>	<b>19</b>
<i>Objectif Général</i>	21
<b>I-1. CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE (CDV)</b>	<b>21</b>
<i>I-1.1. Objectifs spécifiques</i>	22
<i>I-1.2. Stratégies</i>	22
<b>I-2. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES IST</b>	<b>23</b>
<i>I-2.1 Objectif spécifique</i>	23
<i>I-2.2. Stratégies</i>	24
<b>I-3. PROMOTION DU PRESERVATIF</b>	<b>24</b>
<i>I-3.1. Objectifs spécifiques</i>	25
<i>I-3.2. Stratégies</i>	25
<b>I-4. SECURITE SANGUINE</b>	<b>26</b>

I-4.1. Objectif spécifique -----	26
I-4.2. Stratégies -----	26
<b>I-5. RENFORCEMENT DE LA PRÉVENTION DU VIH CHEZ LES JEUNES -----</b>	<b>27</b>
I-5.1. Objectif général -----	28
I-5.2. Objectifs spécifiques -----	28
I-5.3. Stratégies -----	28
<b>I-6. PRÉVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS CHEZ LES FEMMES -----</b>	<b>29</b>
I-6.1. Objectif général -----	29
I-6.2. Objectifs spécifiques -----	29
I-6.3. Stratégies -----	30
<b>I-7. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT : PASSER A ECHELLE -----</b>	<b>30</b>
I-7.1. Objectif général -----	31
I-7.2. Objectifs spécifiques -----	31
I-7.3. Stratégies -----	31
<b>II. AXE STRATEGIQUE 2 : VERS L'ACCES UNIVERSEL AUX TRAITEMENTS ET SOINS EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES ADULTES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA -----</b>	<b>33</b>
II-1. Objectif général -----	36
II-2. Objectifs spécifiques -----	36
II-3. Stratégies -----	37
Pour l'objectif 1 : Accessibilité du traitement ARV pour les adultes -----	37
Pour l'objectif 2 : Accessibilité du traitement ARV pour les enfants -----	37
Pour l'objectif 3 : Amélioration de l'adhérence -----	38
Pour l'objectif 4 : Accessibilité du traitement des IO -----	38
Pour l'objectif 5 : Amélioration du statut nutritionnel -----	38
<b>III. AXE STRATEGIQUE 3 : PROTECTION ET SOUTIEN AUX ORPHELINS ET ENFANTS VULNERABLES (OEV) -----</b>	<b>39</b>
III-1. Objectif Général -----	40
III-2. Objectifs spécifiques -----	40
III-3. Stratégies -----	41
<b>IV. AXE STRATEGIQUE 4 : APPROPRIATION DE LA LUTTE PAR LES ACTEURS -----</b>	<b>42</b>
IV-1. IMPLICATION D'ACTEURS CLES DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA -----	43
<b>IV-1.1. LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVS) -----</b>	<b>43</b>
Stratégies -----	43
<b>IV-1.2. LES COMMUNAUTES -----</b>	<b>44</b>
Stratégies -----	44
<b>IV-1.3. LES ORGANISATIONS RELIGIEUSES -----</b>	<b>45</b>
Stratégies -----	45
<b>IV-1.4. LES LEADERS D'OPINION (POLITIQUE, TRADITIONNEL, ADMINISTRATIF, TRADI- PRATICIEN, MARABOUT, VOYANT ETC.) -----</b>	<b>45</b>
Stratégies -----	46

<b>IV-1.5. LES MÉDIAS</b>	<b>46</b>
Stratégies	47
<b>IV-2. INTENSIFICATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN MILIEUX DE TRAVAIL</b>	<b>48</b>
IV-2.1. LE SECTEUR PUBLIC	48
IV-2.1.1. Objectif général	48
IV-2.1.2. Objectifs spécifiques	49
<b>EDUCATION</b>	<b>49</b>
<b>ADMINISTRATION PENITENTIAIRE</b>	<b>49</b>
<b>DEFENSE</b>	<b>49</b>
<b>POLICE</b>	<b>49</b>
<b>SANTE</b>	<b>50</b>
<b>AUTRES SECTEURS PUBLICS</b>	<b>50</b>
IV-2.1.3. Stratégies	50
<b>POUR TOUS LES SECTEURS</b>	<b>50</b>
<b>EDUCATION</b>	<b>51</b>
<b>DEFENSE</b>	<b>51</b>
<b>SANTE</b>	<b>51</b>
<b>TOURISME</b>	<b>51</b>
<b>ECONOMIE ET FINANCE</b>	<b>51</b>
<b>ASSEMBLEE NATIONALE</b>	<b>51</b>
IV-2.2. ENTREPRISES PRIVEES	52
IV-2.2.1. Objectif général	53
IV-2.2.2. Objectifs spécifiques	53
IV-2.2.3. Stratégies	53
IV-2.3. LE SECTEUR INFORMEL	54
IV-2.3.1. Objectif Général	54
IV-2.3.2. Objectifs spécifiques	54
IV-2.3.3. Stratégies	54
<b>V. AXE STRATEGIQUE 5 : SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET PROMOTION DE LA RECHERCHE</b>	<b>56</b>
<b>V-1. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE</b>	<b>57</b>
V-1-1. Objectif général	57
V-1-2. Objectifs spécifiques	57
V-1-3. Stratégies	57
<b>V-2. RECHERCHE</b>	<b>58</b>
V-2.1. Objectif général	58
V-2.2. Objectifs spécifiques	58
V-2.3. Stratégies	59
<b>VI. AXE STRATEGIQUE 6 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU PARTENARIAT ET DU SUIVI EVALUATION</b>	<b>60</b>

<b>VI-1. COORDINATION ET GESTION -----</b>	<b>61</b>
<i>VI-1.1. Objectif général-----</i>	<i>61</i>
<i>VI-1.2. Objectifs spécifiques-----</i>	<i>61</i>
<i>VI-1.3. Stratégie -----</i>	<i>61</i>
<b>VI-2. SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION -----</b>	<b>62</b>
<i>VI-2.1. PLAN DE COLLECTE, TRAITEMENT, ANALYSE ET UTILISATION DES DONNEES</i> <i>2006/2010 -----</i>	<i>62</i>
<i>VI-2.1.1. Plan de collecte des données-----</i>	<i>62</i>
<i>VI-2.1.2. Le traitement, l'informatisation et l'analyse des données -----</i>	<i>64</i>
<i>VI-2.2. LES STRUCTURES DU SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION AU CAMEROUN ---</i>	<i>66</i>
<b>ANNEXE 1 : CADRAGE BUDGETAIRE 2006/2010 -----</b>	<b>70</b>
<b>ANNEXE 2 : DECISIONS MINISTERIELLES REGISSANT L'ACCES AUX ARV-----</b>	<b>74</b>
<b>ANNEXE 3 : INDICATEURS NATIONAUX CLES UNGASS -----</b>	<b>75</b>

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AES	Accident d'Exposition au Sang
AGR	Activité Génératrice de Revenus
ARV	Antirétroviral
ATB	Antibiotiques
BM	Banque mondiale
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCLS	Comité Communal de Lutte contre le SIDA
CCM	Country Coordinating Mechanism
CDT	Centre de Dépistage et de Traitement
CDV	Conseil, Dépistage Volontaire
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
CERAC	Cercle des Amis du Cameroun
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLLS	Comité Local de Lutte contre le SIDA
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CMS	Commission Mixte de Suivi
CMS	Centre Médico-Scolaire
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COGE	Comité de Gestion
COGEDI	Comité de Gestion de District
COSA	Comité de Santé
COSADI	Comité de Santé de District
CPDV	Centre de promotion du Dépistage Volontaire
CPLS	Comité Provincial de Lutte contre le SIDA
CPN	Consultation Prénatale
CPTS	Centre Provincial de Transfusion Sanguine
CRIS	Country Response Information System
CSA	Centre de Soins Ambulatoires
CSI	Centre de Santé Intégré
CTA	Centre de Traitement Agrée
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DPSP	Délégation Provinciale de la Santé Publique
DROS	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
DS	District de Santé
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseaux
FM	Fonds Mondial
FS	Fonds SIDA
GICAM	Groupe interprofessionnel du Cameroun
GTC	Groupe Technique Central
GTP	Groupe Technique Provincial
GTSE	Groupe de Travail Suivi et Evaluation
HD	Hôpital de District
HG	Hôpital Général
HP	Hôpital Provincial
IDA	International Development Agency
IO	Infection Opportuniste
IST	Infection Sexuellement Transmissible
KFW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MINDEF	Ministère de la Défense
MINEDUC	Ministère de l'Education Nationale
MINESUP	Ministère de l'Enseignement Supérieur

MINETPS	Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance Sociale
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MSF-CH	Médecins Sans Frontières-Suisse
MSP	Ministère de la Santé Publique
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OAP	Organisme d'Appui Provincial
OEV	Orphelin et Enfant Vulnérable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PAC	Plan d'Action Communautaire
PEC	Prise En Charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFC	Point Focal Communal
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNS	Plan National Stratégique
PPTÉ	Pays Pauvre Très Endetté
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVS	Personne Vivant avec le VIH/SIDA
S-E	Suivi et Evaluation
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SP/CNLS	Secrétaire Permanent du Comité National de Lutte contre le SIDA
TME	Transmission de la Mère à l'Enfant
UNDP	United Nations Development Program
UNFPA	Fonds des Nations Unies Pour la Population
UNGASS	Session Extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UPEC	Unité de Prise en Charge
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

« ... Si, d'ici 2025, des millions d'Africains contractent encore l'infection à VIH chaque année, les scénarios présentés dans ce livre ne permettront pas de prétendre qu'aujourd'hui, en ce début du XXI<sup>e</sup> siècle, nous n'avions pas le choix, ni que nous ne connaissions pas les conséquences de nos actes et de nos décisions. Ils révéleront qu'une telle situation n'était nullement inévitable. **Comme les scénarios le démontrent, cela voudrait dire que les leçons des 20 premières années de l'épidémie n'ont pas été entendues, ou n'ont pas porté leurs fruits. Cela voudrait dire aussi que les pays n'ont pas eu suffisamment de volonté politique pour modifier les comportements à tous les niveaux, des institutions à la communauté et aux individus, pour stopper la montée en puissance de l'épidémie de SIDA en Afrique. Ce que nous accomplissons aujourd'hui a le pouvoir de modifier l'avenir, et, comme nous l'expliquent les scénarios, les sociétés devront certes affronter le SIDA pendant longtemps encore, mais l'ampleur de ses conséquences dépendra de la riposte et des investissements mis en œuvre aujourd'hui ... »**

### **Que proposent les scénarios ?**

Chacun des trois scénarios décrit une voie différente, mais plausible, dans laquelle l'épidémie de SIDA pourrait s'engager sur l'ensemble du continent africain. i) « **Le poids du passé** » extrapole les tendances actuelles jusqu'en 2025 ; ii) « **Des choix sans concession** » applique à l'avenir la trajectoire de la riposte ayant rencontré le plus grand succès à ce jour ; iii) « **Le moment de la transition** » illustre ce qui se produirait si une riposte complète fondée sur la prévention et le traitement était lancée le plus rapidement possible à travers tout le continent africain.

### **Les implications et les enseignements des trois scénarios**

**Pris ensemble, les trois scénarios apportent d'importants éléments de réflexion aux activistes, aux décideurs, aux planificateurs de programmes et à ceux qui mettent en œuvre ces programmes.**

- i) On ne peut encore garantir que la riposte sera suffisante : **des revirements de l'intérêt manifesté actuellement pourraient encore se produire et nous devons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour éviter que la question du SIDA n'entraîne une lassitude...**
- ii) **La manière dont on définit la crise à laquelle est confrontée l'Afrique, et qui la définit, changera fondamentalement le résultat des actions qui seront engagées :** le leadership est un instrument vital de la riposte au VIH et au SIDA ...
- iii) Des ripostes locales décentralisées sont très importantes : **il est indispensable d'inclure les cultures, les valeurs et les signifiants locaux dans l'élaboration des politiques. L'identité religieuse est également susceptible de jouer un rôle important dans l'avenir du continent et de l'épidémie.**
- iv) **Face à une crise qui dépasse manifestement les capacités actuelles de réponse, on ne peut pas tout entreprendre en même temps. ...**
- v) **Il n'y a pas de remède miracle : dans la mesure où les causes du VIH et du SIDA sont complexes, les réponses à apporter le sont aussi.** (...) Il convient donc d'envisager des solutions pragmatiques pour le court terme et des ripostes stratégiques s'étendant sur le long terme. Travailler sur ces deux fronts sera l'élément crucial de toute réussite dans ce domaine...
- vi) Le nombre d'acteurs différents travaillant à contrer l'épidémie de SIDA fera une grande différence sur le plan des ripostes...
- vii) On comprend bien désormais la vulnérabilité des femmes au VIH (...). Les questions d'égalité entre les sexes se trouvent au cœur même de l'épidémie de SIDA et s'en préoccuper efficacement constituerait un moteur très puissant de changement...
- viii) Jusqu'à maintenant, la volonté des communautés à prendre en charge les orphelins du SIDA a été remarquable (...). Les scénarios montrent qu'investir dans les enfants et les considérer comme une ressource pour l'avenir, mais aussi permettre aux parents d'éviter l'infection et de rester en vie plus longtemps, apportent une contribution significative à l'issue globale de l'épidémie ;
- ix) En général, on n'a que peu étudié les conséquences psychologiques de l'épidémie. Il faut cependant inclure la santé mentale au même titre que la santé physique dans les plans de traitement, de soins et de prévention.

Mais, même si ce que l'on accomplit est le mieux que l'on puisse faire, les communautés africaines devront encore faire face à des défis majeurs pendant les 20 prochaines années.

**Source : Le SIDA en Afrique, trois scénarios pour l'horizon 2025 ;  
ONUSIDA/05.03F (version française, janvier 2005)**



## RESUME D'ORIENTATION

Entre 1986 et 2000 plus de 34.000 cas cumulés de VIH/SIDA ont été déclarés au Cameroun, après l'apparition des premiers cas en 1986. La séroprévalence du VIH au cours de cette même période est passée de 0,5 % à 11% en 2000 (surveillance sentinelle). En fin 2001, le nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé à 920.000, la séroprévalence à 11,8% et le nombre total d'adultes et enfants morts du SIDA à 53.000 (ONUSIDA, 2002)<sup>1</sup>.

Selon les données de l'EDS-III (Enquête Démographique et Sanitaire), le Cameroun est toujours en fin 2004 en contexte d'épidémie généralisée avec une prévalence moyenne de 5,5% dont 6,8% pour les femmes et 4,1% chez les hommes. Le groupe de jeunes de 15 à 24 ans est toujours considéré comme un groupe très vulnérable ; d'autres groupes ayant des comportements à risque élevé sont identifiés : il s'agit des hommes en tenue, les professionnelles de sexe et les camionneurs et les populations riveraines du Pipeline Tchad-Cameroun. Le mode de transmission par activité hétérosexuelle non protégée est le plus courant mais la transmission mère-enfant reste une préoccupation : en effet, le nombre d'infections pédiatriques était estimé à 69.000 cas en fin 2001 et à 43.000 en fin 2003 (ONUSIDA, 2003). On évalue à 122.670 le nombre d'orphelins en 2005.

En 2005, le nombre de PVVS est estimé à 505.000, parmi lesquelles 61% de femmes. L'épidémie se caractérise par une féminisation de plus en plus marquée, une constante prépondérance chez les jeunes et une forte prédominance urbaine. Il existe des disparités régionales avec de fortes prévalences de l'infection chez les femmes dans les provinces du Nord Ouest (11,7%) du Sud-Ouest (11%) et dans la ville de Yaoundé (8%). Chez les hommes, des chiffres de prévalence plus élevés que la moyenne de la population générale sont observés dans la province de l'Est (7,6%), du Nord-Ouest (5,2%) de l'Ouest (5,2%) et du Sud Ouest (5,1%). La prévalence chez les femmes enceintes est supérieure à la prévalence dans la population générale de femmes (7,4% contre 6,8%).

Devant l'impact tragique sur le développement humain, social et économique et la menace sur l'avenir de la nation, le gouvernement du Cameroun a érigé la lutte contre le VIH/SIDA au premier rang des priorités nationales et l'a inscrit comme programme prioritaire dans le

---

<sup>1</sup> Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA 2002. ONUSIDA

Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) depuis 2000.

Après le démarrage en 1986 des activités de lutte contre le VIH/SIDA marquées par la création d'un Comité de Lutte contre le SIDA et un Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), divers plans ont été élaborés et mis en œuvre avec plus ou moins de succès de 1987 à 2000.

Par la suite, un processus de planification stratégique dans le cadre de l'intensification et de l'élargissement de la réponse nationale a conduit à l'élaboration du premier plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2000-2005.

Les domaines prioritaires de ce plan étaient au nombre de six:

- La prévention de la transmission du VIH /SIDA et des MST ;
- La prévention de la transmission par voie sanguine ;
- La prise en charge des cas de VIH/SIDA ;
- La protection et promotion des droits des PVVS ;
- La promotion de la recherche ;
- La coordination du programme.

L'implication réelle de la communauté a matérialisé la décentralisation à travers la mise en place des comités communaux et des comités locaux de lutte contre le SIDA ainsi que l'élaboration de plans communautaires de lutte. De plus la multi-sectorialité est effective à travers les plans sectoriels développés dans les secteurs publics comme privés. L'appui technique, matériel et financier apporté aux comités par le gouvernement et ses partenaires au développement renforce ainsi le partenariat public-privé.

A la fin de cette période de 5 ans, l'on observe que des progrès importants ont été enregistrés tant dans le domaine de la prévention que de la prise en charge. Parmi eux on retiendra une amélioration de la connaissance de l'infection à VIH/SIDA ainsi que des moyens de prévention dans la population générale : en effet, plus de 70% des jeunes de 15-24 ans connaissent au moins un des moyens principaux de prévention ; ce pourcentage était de moins de 50% en 1998. Très encourageants sont les résultats obtenus par rapport à l'utilisation des préservatifs par les jeunes de 15-24 ans au cours des derniers rapports sexuels avec des partenaires non co-habitants, dont les taux sont passés de 16% à 47% chez les filles et de 31% à 57% chez les garçons entre 1998 et 2004 (EDS 1998 et 2004).

Le développement d'une offre de services nationale en termes de prévention est réelle (19 CPDV et 462 sites PTME) en 2005 comparé à aucun en 2000. Par ailleurs la prise en charge des personnes infectées a connu une accélération significative à travers l'initiative d'accès aux antirétroviraux ; de 600 malades sous ARV en 2001, le pays documente une file active de 13503 malades sous ARV en septembre 2005, pris en charge dans 24 CTA et 63 UPEC répartis géographiquement dans tout le pays, soit un taux de couverture de 18% pour les PVVS éligibles au traitement ; on relèvera cependant que le nombre d'enfants sous ARV reste faible à 470 soit une couverture d'à peine 3% des enfants infectés et nécessitant le traitement.

Au total si, à la fin de 2005, les principaux résultats apportés sont appréciables dans les domaines de la prévention et de la prise en charge, leur impact sur la décroissance de la prévalence et sur l'accroissement de la survie des PVVS et celle des enfants infectés n'est pas encore mesurable. Par ailleurs, la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables n'a réellement débuté qu'en 2005. Pour remédier à cette situation, le Cameroun devra « *envisager des solutions pragmatiques pour le court terme et des ripostes stratégiques s'étendant sur le long terme* » comme le souligne le rapport de l'ONUSIDA sur les enseignements des trois scénarios : « Le SIDA en Afrique, trois scénarios pour l'horizon 2025 ».

Pour cela, un certain nombre de défis, identifiés par l'évaluation récente du Plan Stratégique « 2000-2005 », devront être pris en compte. Il s'agit principalement de :

- L'appropriation de la lutte par tous les acteurs ;
- Le passage à l'échelle des programmes relatifs à la prévention, notamment ceux en direction des jeunes, dans les secteurs publics de l'éducation, du travail et les milieux confessionnels en tenant compte du contexte de féminisation et de juvénilisation de l'épidémie; Il faudra également élargir et généraliser les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ;
- Le passage à l'échelle des programmes d'accès aux thérapies antirétrovirales, de prise en charge psychosociale des PVVS, de protection et promotion de leurs droits ainsi que ceux relatifs à la protection et la prise en charge globale des orphelins et enfants vulnérables ;
- L'amélioration des stratégies de communication en cours pour une meilleure intégration et un meilleur ciblage;
- La promotion de la recherche opérationnelle.

Au préalable, le Comité national de lutte contre le SIDA devra s'assurer, et ce dans le cadre des Trois Principes Directeurs :

- du renforcement de son rôle comme coordinateur de la lutte ;
- de la mise en place d'un cadre de suivi-évaluation unique et opérationnel précédé par l'adoption des indicateurs clés en collaboration avec tous les partenaires;
- du renforcement du partenariat avec tous les acteurs y compris les leaders traditionnels et religieux, et les employeurs agissant dans un seul cadre stratégique.

Pour réussir ce défi et tendre vers les objectifs UNGASS et l'accès universel d'ici 2010, un plan fondé sur des stratégies ayant fait la preuve de leur efficacité s'impose. Il sera le support au cours de la période 2006/2010 de scénarii de vie à travers des plans opérationnels devant conduire à une génération de camerounais sans SIDA.

Après un rappel de l'état des lieux en 2005, «Le Plan stratégique 2006/2010 » comporte 6 axes stratégiques et quatre groupes cibles prioritaires qui sont :

- L'accès universel à la prévention à travers le conseil et dépistage volontaire, la promotion du préservatif et la réduction des risques chez les jeunes et les femmes ;
- L'accès universel des adultes et enfants infectés aux traitements grâce à la décentralisation des structures de prise en charge et la réduction des coûts de traitement et aux examens biologiques ;
- La protection et le soutien des orphelins et enfants vulnérables
- L'appropriation de la lutte par tous les acteurs y compris les communautés, le secteur public, privé, confessionnel et informel ;
- La promotion de la recherche et de la surveillance épidémiologique ;
- Le renforcement et la décentralisation de la coordination, du partenariat et du suivi évaluation.

Les groupes cibles prioritaires sont les jeunes, les femmes, les orphelins et enfants vulnérables et les groupes présentant des comportements à risques.

Ce plan stratégique, grâce à un financement complet associant les fonds du budget national et ceux de l'aide internationale, devra permettre en 5 ans de réduire d'au moins 50% le pourcentage de jeunes et de femmes infectés au VIH; réduire d'au moins 50% la prévalence de l'infection chez les nourrissons et enfin d'améliorer la survie des personnes infectées en réduisant d'au moins 50% leur mortalité.

Le budget total pour la mise en œuvre des activités est estimé à 197 542 004 643 FCFA. Par axe stratégique, il se répartit de la manière suivante :

Axe Stratégique 1 : Vers l'accès universel à la prévention en faveur des groupes cibles prioritaires : 84 221 487 863 FCFA ;

Axe stratégique 2 : Vers l'accès universel aux traitements et soins en faveur des enfants et des adultes vivant avec le VIH/SIDA : 65 094 546 600 FCFA ;

Axe stratégique 3 : Protection et soutien aux orphelins et enfants vulnérables : 13 511 925 000 FCFA ;

Axe stratégique 4 : Appropriation de la lutte par les acteurs : 21 444 942 180 FCFA ;

Axe stratégique 5 : Surveillance épidémiologique et promotion de la recherche : 5 542 906 000 FCFA ;

Axe stratégique 6 : Renforcement de la coordination, de la gestion, du partenariat et du suivi évaluation : 7 726 197 000 FCFA.

# **INTRODUCTION**

## **I. DONNEES GENERALES SUR LE CAMEROUN**

### ***I-1. Situation géographique***

Le Cameroun, pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée, s'étend sur une superficie de 475.440 kilomètres carrés. Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine, et au Nord-Est par le Tchad. Au Sud-Ouest, le pays s'ouvre sur l'Océan Atlantique.

### ***I-2. Organisation politico administrative et aperçu socioéconomique***

Le Cameroun est un pays bilingue, composé de huit provinces en zone francophone et de deux provinces en zone anglophone.

Après plus de deux décennies de pouvoir monopartiste, le paysage politique est depuis 1990 marqué par le multipartisme. Ainsi plus d'une centaine de partis animent la vie politique.

La constitution de 1996 consacre la séparation des pouvoirs :

- l'exécutif est exercé par le Président de la République ;
- le pouvoir législatif bicaméral est conjointement exercé par l'Assemblée Nationale et le Sénat ;
- le pouvoir judiciaire s'exerce à travers différentes juridictions dont plus haute est la cours suprême.

La même constitution prévoit la décentralisation de la gestion publique avec la création des régions et des collectivités décentralisées. (Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2010)

Le développement économique du Cameroun repose principalement, comme la plupart des pays en développement, sur le secteur primaire. Le PIB est passé de 7 583 milliards de FCFA en 2002 à 8 828 milliards de FCFA en 2005.

Sur le plan macroéconomique, on notera qu'après une période de croissance soutenue jusqu'au milieu des années 1980, le Cameroun a connu une crise économique à partir de l'année 1986. Au cours des années 1993 et 1994, le franc CFA subit une dévaluation, suivie d'une

baisse drastique des salaires qui a contribué à la réduction du pouvoir d'achat des familles.

Après l'exécution satisfaisante entre 1997 et 2000 de son premier programme économique et financier, le Cameroun a enregistré de bonnes performances macroéconomiques en ce début du millénaire, ce qui lui a permis d'être admis à l'Initiative PPTE (Pays Pauvres Très Endettés). Le point de décision a été franchi en octobre 2000 et le point d'achèvement est prévu pour 2006.

### ***I-3. Milieu humain et démographie***

Le Cameroun compte près de 15,5 millions d'habitants répartis en plus de 230 ethnies et cinq grands groupes :

- dans le Grand Nord, on retrouve les Soudanais, les Hamites et les Sémites généralement animistes ou islamisés ;
- dans le reste du pays, les Bantous et apparentés, les Pygmées généralement animistes ou christianisés.

La densité moyenne de la population est de 31 habitants au kilomètre carré. Cette population est inégalement répartie sur le territoire national, la proportion d'urbains étant de 45 % avec une forte concentration à Douala (environ 1,6 million d'habitants) et Yaoundé (environ 1,4 million d'habitants).

Cette population augmente rapidement avec un taux d'accroissement annuel estimé à 2,7 %.

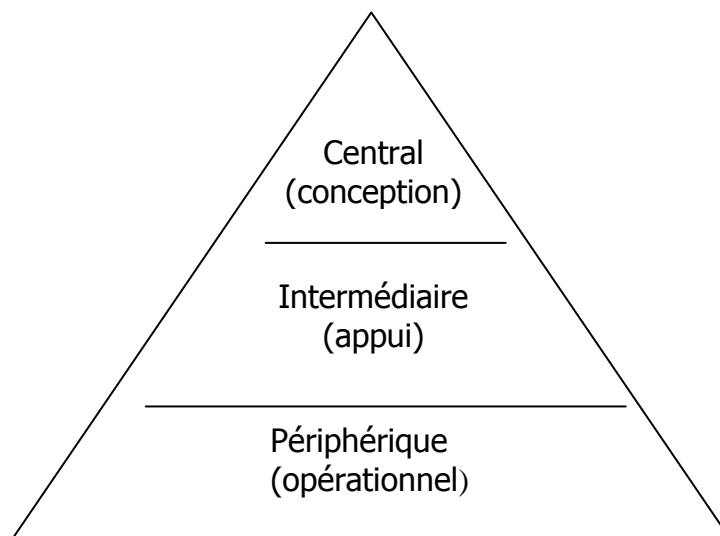
La population du Cameroun est jeune : 17 % a moins de 5 ans, alors que 28% et 56% ont respectivement entre 5-14 ans (frange scolarisable) et moins de 20 ans ; seuls 3,7% de la population a plus de 60 ans et la frange potentiellement active (15 à 49 ans) représente 50% (Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2010).

## **II. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU CAMEROUN**

### ***II-1. Les différents niveaux de la Pyramide Sanitaire et lien de référence***

Le système national de santé est organisé en trois niveaux dont chacun dispose de structures administratives, des formations sanitaires et des structures de dialogues relatives aux fonctions spécifiques.

- ♦ Le niveau central comprend les services centraux du Ministère de la Santé Publique, des hôpitaux généraux, le CHU et les hôpitaux centraux ;
- ♦ Le niveau intermédiaire comprend les DPSP, les hôpitaux provinciaux et assimilés ;
- ♦ Le niveau périphérique comprend les Services de Santé de District (SSD), les Centres médicaux d'arrondissement (CMA), les centres de santé intègres (CSI) au sein des aires de santé.



**Source :** adapté du cadre conceptuel du DS viable (MSP) et organigramme MSP 2002

Le Secteur de la santé est divisé en trois sous-secteurs qui sont :

- ♦ le sous-secteur public ;
- ♦ le sous-secteur privé (à but lucratif et à but non lucratif) ;
- ♦ le sous-secteur de la médecine traditionnelle.

Le sous-secteur public comprend également des structures sanitaires sous tutelle dans d'autres départements ministériels tels que : MINDEF, MINETPS, MINEDUC, MINESUP, CNPS.

Les formations sanitaires sont classées par catégories et par niveau de référence. Ainsi les HD représentent le premier niveau de référence et la formation sanitaire de 4<sup>ème</sup> catégorie. Par ordre décroissant le CMA, CSI et CSA représentent des formations sanitaires de 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> catégories respectivement.

Le tableau ci-après définit les différents niveaux du système de santé et leurs catégories.



**Tableau 1 :** Les différents niveaux du Système de Santé et catégories de structures de soins

Niveaux	Structures administratives	Compétences	Structures de soins et leur niveau de référence	Structure de dialogue
Central	- Cabinet, - le Secrétariat général, - les Directions -- les Structures assimilées	- Elaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	1 <sup>ère</sup> catégorie : HG ou hôpitaux de 4 <sup>ème</sup> référence ; CHU 2 <sup>ème</sup> catégorie : Hôpitaux centraux ou hôpitaux de 3 <sup>ème</sup> référence	Conseils d'administration  Comités de gestion
Intermédiaire	Délégations Provinciales de la Santé Publique	Appui technique aux DS	3 <sup>ème</sup> catégorie : HP et assimilés ou hôpitaux de 2 <sup>ème</sup> référence	Fonds spéciaux provinciaux pour la promotion de la santé
Périphérique	Le Service de Santé de District	Mise en œuvre des programmes	4 <sup>ème</sup> catégorie : HD ou hôpitaux de 1 <sup>ère</sup> référence  5 <sup>ème</sup> catégorie : CMA  6 <sup>ème</sup> catégorie : CSI  7 <sup>ème</sup> catégorie : Centre des soins Ambulatoires (CSA)	COSADI COGEDI  COSA, COGE  COSA, COGE

**Source** : adapté du cadre conceptuel du DS viable (MSP) et organigramme MSP 2002

## ***II-2. Couverture sanitaire***

Selon la carte sanitaire de 2002 (DEPI/OMS), le Cameroun dispose de 143 districts de santé, 1 398 aires de santé, 6 hôpitaux nationaux, 9 hôpitaux provinciaux, 130 hôpitaux de district, 977 centres de santé leaders et 713 autres. La carte sanitaire de 2004 permettra d'actualiser ces chiffres.

En juin 2000 le ratio du personnel de santé était estimé comme suit :

- 1 médecin pour 10 083 habitants
- 1 pharmacien pour 250 000 habitants
- 1 infirmier pour 2 249 habitants
- 1 sage femme pour 200 000 habitants
- 1 infirmier assistant pour 3 100 habitants

Des recrutements spéciaux ont eu lieu sur fonds PPTE

- En 2002 : 1200 personnels de santé parmi lesquels 100 médecins et 1 100 infirmiers ;
- En 2004 : 600 personnels de santé dont 39 médecins, 10 chirurgiens dentistes, 9 pharmaciens, 413 infirmiers, 20 Infirmiers option laboratoire et le reste constitué des Ingénieurs, Agents techniques médico-sanitaire et personnel administratif.

### ***II-3. Politique du médicament***

Il existe au Cameroun un Système National d'Approvisionnement en Médicaments et consommables Essentiels (SYNAME). Son objectif est de rapprocher le médicament du malade à travers l'adoption de la politique du médicament essentiel générique, la mise en place des Centres d'Approvisionnement Pharmaceutiques Provinciaux (CAPP) et d'une Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME), dans le secteur public. Les CAPP assurent la distribution des médicaments essentiels et consommables médicaux des formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif au niveau provincial (intermédiaire) et au niveau des districts (périphérique).

En matière du VIH/SIDA, de 2001 à 2003 les ARV sont distribués directement de la CENAME aux CTA. Depuis 2004, les ARV sont distribués par le SYNAME.

La politique nationale de santé est définie et régulée par l'Etat et sa mise en œuvre fait intervenir plusieurs acteurs tel que :

- les ménages et communautés ;
- le secteur privé à but lucratif et à but non lucratif ;
- les ONGs.

### ***II-4. Financement***

Le secteur de la santé a pour sources principales de financement : le budget de l'Etat, des ménages à travers le recouvrement des coûts par paiements directs, des collectivités publiques locales, l'assurance maladie privée et le financement

extérieur. Il existe une disparité importante entre ces différentes sources de financement, le paiement à l'acte pratiqué par les ménages est le mode de financement le plus répandu. L'assurance maladie est encore à l'état embryonnaire.

La majorité des ménages au Cameroun sont encore très pauvres. On estime que 40% des ménages vivent au dessous du seuil de pauvreté (UNDP, Human Development Report, 2001).

Le financement des ARV est essentiellement assuré par une subvention de l'état et le fonds mondial. D'autres acteurs contribuent à un moindre degré : MAP de IDA/Banque mondiale, MSF-CH, CERAC et ESTHER. Dans certaines grandes entreprises le financement est assuré par les employeurs.

La mise en place d'un fonds de solidarité pour le SIDA est récente. Elle vise à subvenir aux besoins des populations les plus pauvres et démunies parmi les PVVS.

### **III. ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU CAMEROUN**

#### ***III-1. Une approche multisectorielle***

Grâce au leadership des pouvoirs publics, la réponse nationale au VIH/SIDA au Cameroun est organisée autour d'un cadre national d'intervention multisectoriel, coordonné dans une approche décentralisée. Le plan 2000/2005, qui se voulait multisectoriel et décentralisé, a été renforcé par un programme multisectoriel de lutte contre le SIDA élaboré et mis sur pied par le gouvernement en 2001. Ce plan visait à impliquer tous les secteurs et acteurs de la vie nationale dans la lutte contre cette maladie en vue d'un ciblage complet et adéquat des interventions.

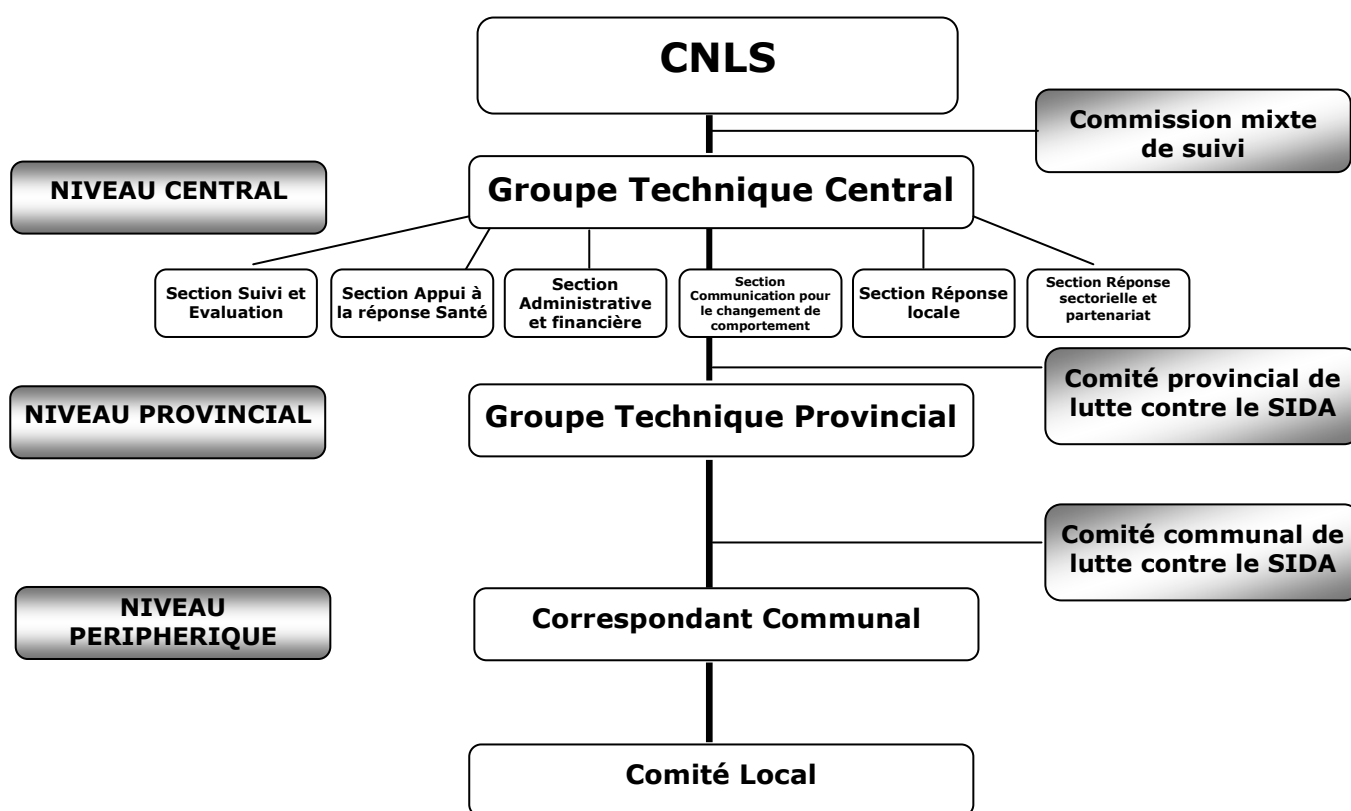
En vue de rendre effective une telle approche multisectorielle, différentes formes de partenariats ont été élaborées, à l'instar du partenariat public/privé dans la lutte contre le VIH/SIDA, dont l'objet est de définir un cadre formel pour l'implication des secteurs autres

que la santé dans la lutte. A cet effet, au niveau national ont été impliquées :

- Les entreprises privées et parapubliques (52 conventions avec le CNLS);
- Les organisations et associations non gouvernementales nationales;
- Les confessions religieuses (50 conventions avec le CNLS)
- Les ministères qui disposent actuellement de plans sectoriels et de points focaux spécialisés sur les questions de VIH/SIDA ;
- Les coopérations bi et multilatérales ;
- Les organisations et associations non gouvernementales internationales ; et
- Le Système des Nations Unies.

Le gouvernement entend poursuivre et renforcer cette approche multisectorielle dans le cadre du nouveau plan 2006/2010 avec un axe entier consacré à l'appropriation de la lutte par tous les acteurs.

### III-2. Organigramme



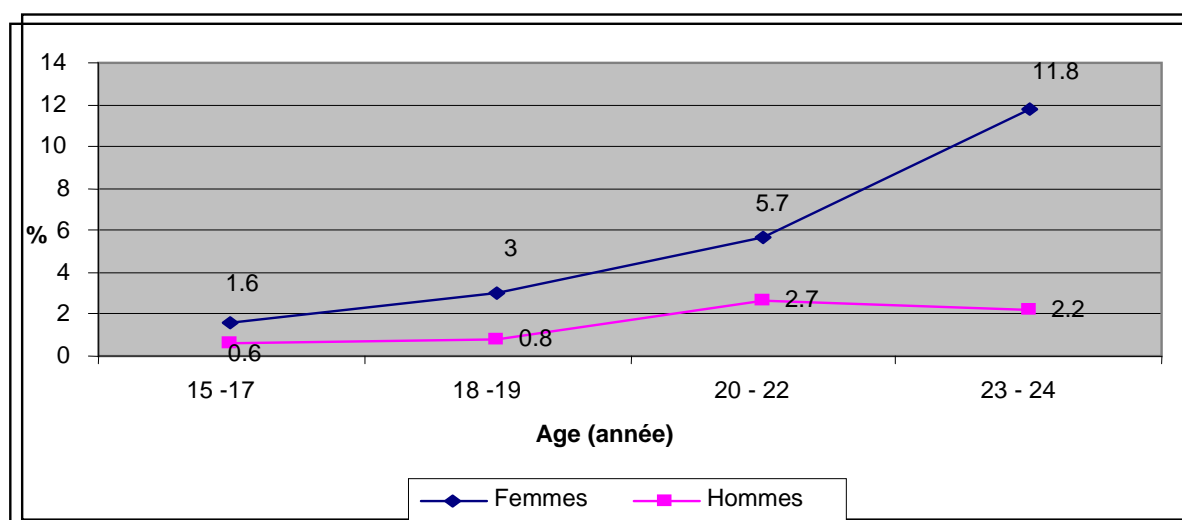
**VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉPIDÉMIE  
DU SIDA AU CAMEROUN AU  
TERME DU PLAN NATIONAL  
STRATÉGIQUE 2000/2005**

La troisième Enquête Démographique et de Santé du Cameroun (EDS-III) a été réalisée en 2004 sur un échantillon représentatif de l'ensemble de la population camerounaise âgée de 15 à 49 ans. Les résultats de cette enquête apportent une vue d'ensemble de l'épidémie du SIDA au terme du plan national stratégique 2000/2005. Ces résultats, combinés aux rapports d'activités du Programme National, sont déterminants pour une planification efficiente de la lutte contre le VIH/SIDA à travers l'allocation judicieuse des ressources.

L'EDS-III révèle une féminisation de plus en plus marquée notamment chez les jeunes de 15-24 ans, une prévalence plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural et parmi les populations ayant des comportements à risque. Le nombre croissant de PVVS, d'orphelins et de secteurs touchés est tout aussi préoccupant.

## I. LE VIH/SIDA : UNE MENACE SANS PRECEDENT POUR LA JEUNESSE CAMEROUNAISE

Les jeunes de 15-24 ans constituent une population vulnérable dans la mesure où à cette période de la vie, les relations sexuelles sont généralement instables et le multi partenariat fréquent. L'EDS-III révèle une situation préoccupante chez les jeunes et plus particulièrement les jeunes femmes.



**Graphique 1 :** Prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans au Cameroun en 2004

La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans au Cameroun est de 3,2 %, soit 4,8 % chez les femmes et 1,4 % chez les hommes, correspondant à un ratio femme/homme de 3,4. Ceci signifie que dans ce groupe d'âges, 340 femmes sont infectées pour 100

hommes. Ce ratio qui est deux fois plus élevé que pour l'ensemble de la population de 15-49 ans (ratio de 1,7) est toujours supérieur à 2,0 quelque soit le groupe d'âges. Il est particulièrement élevé parmi les jeunes de 23-24 ans (ratio de 5,4).

La situation de l'épidémie au Cameroun contraste quelque peu avec le niveau de connaissances sur le VIH/SIDA qui semble élevé : pratiquement tout le monde avoue avoir entendu parler du VIH/SIDA et plus de 70% des jeunes de 15-24 ans connaissent au moins un des deux moyens principaux de prévention, à savoir l'utilisation des condoms et la fidélité. Toutefois, la connaissance complète de la maladie reste à parfaire avec près de 30% seulement des jeunes déclarant connaître deux moyens de prévention et rejeter les idées locales erronées.

S'agissant de l'application des méthodes de prévention (abstinence, fidélité et utilisation des condoms par les jeunes de 15-24 ans), l'on distingue les figures suivantes :

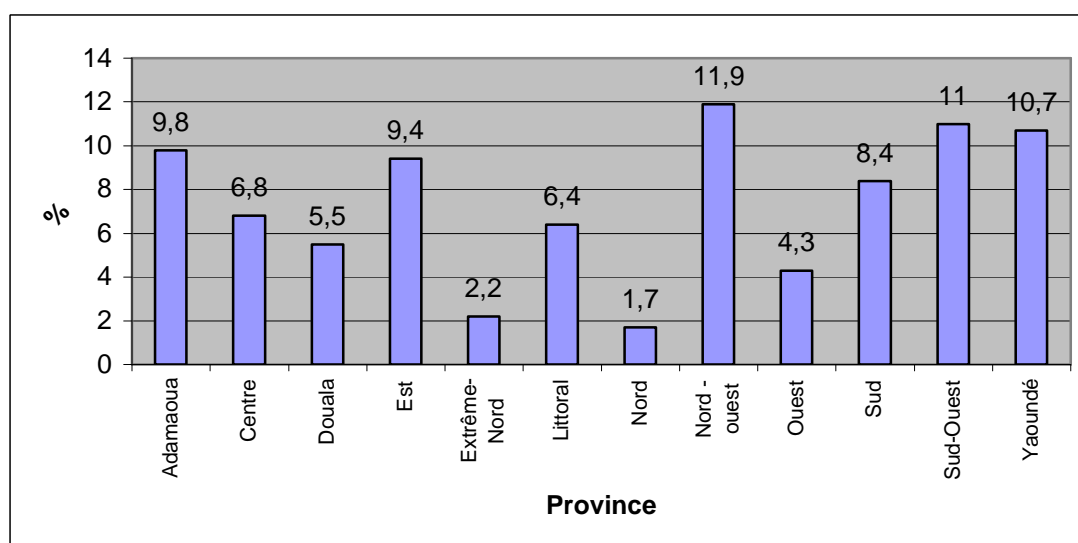
- Les jeunes qui n'ont couru aucun risque de transmission du VIH par voie sexuelle, n'ayant jamais eu de rapports sexuels, représentent une proportion de 27% chez les filles et 38% chez les hommes ;
- Les jeunes qui ont déjà eu des rapports sexuels mais qui n'ont pas couru de risque de transmission du VIH par voie sexuelle (un seul partenaire et utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels) représentent 21% et 23% respectivement chez les femmes et les hommes ;
- Chez les femmes de 15-24 ans, 5% avait eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et 88% avant l'âge de 18 ans. Parmi les hommes de 15-24 ans, environ 23% ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans. Par ailleurs, parmi les 18-24 ans, 82% ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 18 ans ;
- Seulement 18% des femmes âgées de 15 à 24 ans ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leurs premiers rapports sexuels, contre 27% d'hommes de la même tranche d'âge ;
- Plus de deux jeunes femmes sur cinq (44 %) ont eu des rapports sexuels à risques au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête. Chez les hommes, cette proportion est beaucoup plus élevée puisqu'elle atteint 91 % ;

- Parmi les jeunes femmes ayant eu des rapports sexuels à risques, 47 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à risques ; ce pourcentage est légèrement plus élevé chez les hommes avec plus d'un homme sur deux (57 %) ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à risques ;
- Les jeunes qui ont couru le risque de contracter le VIH parce qu'ils ont adopté des comportements à risques, c'est-à-dire ceux qui ont soit eu un seul partenaire mais n'ont pas utilisé de condoms lors des derniers rapports, soit qui ont utilisé de condoms mais ont eu plusieurs partenaires, soit enfin, ceux qui ont eu des rapports avec plusieurs partenaires sans utiliser un condom sont de 48 % chez les femmes contre 26 % chez les hommes.

## II. UNE FEMINISATION RAMPANTE DE L'EPIDEMIE AU CAMEROUN

Les résultats de l'EDS-III montrent qu'au Cameroun, le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans estimé à 6,8 % est supérieur au taux estimé chez les hommes du même groupe d'âges qui est de 4,1 %. Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,7, ce qui signifie qu'il y a 170 femmes infectées pour 100 hommes.

La physionomie de l'infection au VIH chez la femme camerounaise varie de manière très significative d'une province à l'autre et exige des approches de lutte spécifiques et ciblées.



**Graphique 2 :** Séroprévalence du VIH chez les femmes par province au Cameroun en 2004 (EDS-III)



La prévalence du VIH chez les femmes présente également de très fortes variations selon l'état matrimonial. Les femmes en rupture d'union ont une prévalence trois fois plus élevée que celles en union (18,5 % contre 6,2 %). Le taux de prévalence est particulièrement élevé parmi les veuves (26,4 %). Les femmes en union sont près de deux fois plus fréquemment infectées que les célibataires (6,2 % contre 3,5 %). Les femmes en union monogame ont une prévalence plus élevée que celles qui sont en union polygame (6,6 % contre 5,5 %).

Parmi les femmes ayant des rapports sexuels à risques, seulement 41 % utilisent le condom. Environ 75 % des femmes infectées ne connaissent pas leur statut sérologique, soit parce qu'elles n'ont jamais effectué de test, soit parce qu'elles ont effectué le test mais ne connaissent pas les résultats.

La situation générale est devenue alarmante parce que les femmes, toujours touchées, sont encore plus au centre de l'épidémie du VIH/SIDA au Cameroun. De plus, les ménages ruraux, souvent dirigés par des femmes, se paupérisent davantage en raison d'un certain nombre d'obstacles entravant leur accès à l'éducation, au traitement et à un emploi rémunéré. Il faudrait donc que ce problème soit au centre des préoccupations de tous.

### **III. DES COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUES**

On note que plus les hommes ont eu des rapports sexuels à hauts risques<sup>2</sup>, plus la prévalence de VIH est élevée : de 2,1 % chez les hommes n'ayant pas eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, la prévalence passe à 4,1 % chez ceux ayant eu des rapports sexuels, mais pas à hauts risques, et à 5,6 % chez ceux ayant eu des rapports sexuels à hauts risques.

Chez les femmes comme chez les hommes, le niveau de prévalence augmente également en fonction du nombre total de partenaires sexuels au cours de la vie : de 2,7 % chez les femmes qui n'ont eu qu'un seul partenaire sexuel au cours de leur vie, la prévalence passe à 9,3 % chez les femmes ayant eu 3-4 partenaires sexuels, et atteint 14,2 % chez les femmes ayant déclaré 10-24 partenaires sexuels.

Chez les hommes, la prévalence passe d'un minimum de 0,5 % chez ceux ayant déclaré n'avoir eu qu'un seul partenaire sexuel au

---

<sup>2</sup> Tout au long du document, les rapports sexuels « à hauts risques » sont des rapports sexuels hors mariage avec un partenaire non régulier

cours de la vie à un maximum de 8,9 % chez ceux ayant déclaré 25 partenaires ou plus.

Il convient de mettre en place une approche spécifique de lutte contre le VIH/SIDA adaptée aux lieux vecteurs de comportements à risques, à savoir les bars, night clubs, hôtels, auberges, plages, gares routières, vidéo clubs etc.

L'EDS-III révèle également des comportements sexuels à risque en milieu rural. En effet, seulement 24% des femmes vivant en milieu rural déclarent avoir utilisé un condom au cours des rapports sexuels à hauts risques contre 47,1% en milieu urbain; 39% d'hommes utilisent un condom au cours des rapports sexuels à hauts risques en milieu rural contre 62,6% en milieu urbain. Seulement 4% de femmes et 8% d'hommes vivant en milieu rural connaissent leur statut sérologique, ces proportions étant de loin inférieures à celles des Autres villes (10% et 14%) et Yaoundé/Douala (22% et 24%).

#### **IV. UNE POPULATION CROISSANTE DE PVVS ET D'ORPHELINS**

Les estimations de l'ONUSIDA de janvier 2006 montrent que le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA s'élèverait en 2005, à 470 000 chez les adultes (15 ans et plus) et à 35 000 chez les enfants (0-14 ans) (UNAIDS/WHO, 2006). Le nombre de nouvelles infections s'élèverait pour sa part, selon les mêmes estimations, à 48 000 chez les adultes et à 10 000 chez les enfants. Partant des mêmes estimations de l'ONUSIDA, le nombre de décès cumulés liés au VIH/SIDA depuis le début de l'épidémie s'élèverait à 48 700, dont 40 000 chez les adultes et 8 700 chez les enfants.

**Tableau 2 :** Statistiques de base sur l'impact du VIH/SIDA au Cameroun en 2005 simulées

	<b>Année 2005</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>505 000</b>	100%
Hommes	183 300	39%
Femmes	286 700	61%
Enfants	35 000	
<b>Nombre de PVVS ayant besoin de thérapie ARV</b>	<b>75 750</b>	
<b>Nombre d'orphelins</b>	<b>122 670</b>	

Il en ressort que le Cameroun compte en fin 2005 environ **122.670** orphelins du SIDA. Ainsi, du fait de la maladie, toute une génération d'enfants sera constituée d'orphelins, ce qui nécessite une

réponse adéquate des pouvoirs publics pour leur prise en charge. L'épidémie de SIDA a contribué à la paupérisation de nombreuses collectivités, étant donné qu'il revient aux familles élargies, femmes ou grands-parents aux maigres ressources, déjà mises à rude épreuve de s'occuper de la majorité des enfants orphelins. Faute d'un véritable filet de sécurité, de nombreux orphelins, qui souffrent d'une santé précaire, de traumatismes et de troubles psychologiques, se retrouveront dans la rue et seront de ce fait plus vulnérables aux sévices et à l'exploitation.

## **V. UN NOMBRE CROISSANT DE SECTEURS TOUCHES PAR L'ÉPIDÉMIE**

Avec une forte progression des infections opportunistes, notamment la tuberculose (40 à 50% de co-infection VIH/TB) en nette recrudescence, du fait du VIH/SIDA, on note un taux d'occupation des lits d'hospitalisation dans les grandes formations sanitaires de 30% en moyenne, due aux malades du SIDA, ce qui entraîne en outre une surcharge de travail des personnels de santé, et des besoins de plus en plus accrus en personnels qualifiés, pour une riposte efficace à l'évolution de la pandémie.

L'impact de cette pandémie s'étend à d'autres secteurs de la société, notamment l'éducation et le monde du travail où quelques données sont disponibles. Dans le secteur éducatif par exemple, la séroprévalence dans le corps enseignant varierait de 5% à 28% selon les régions (UNESCO/UNAIDS, 2005). On observe une baisse quantitative et qualitative de l'offre d'éducation, du fait des enseignants séropositifs, lesquels ont dans 95% des cas, des problèmes de ponctualité et d'assiduité, ainsi que des difficultés à préparer aisément leurs cours (UNESCO/UNAIDS, 2005). En milieu de travail, l'infection à VIH/SIDA affecte 16% de la main d'œuvre (GICAM, 2002), ce qui entraîne d'importantes pertes de productivité et de profit.

# **PLAN STRATEGIQUE 2006/2010**

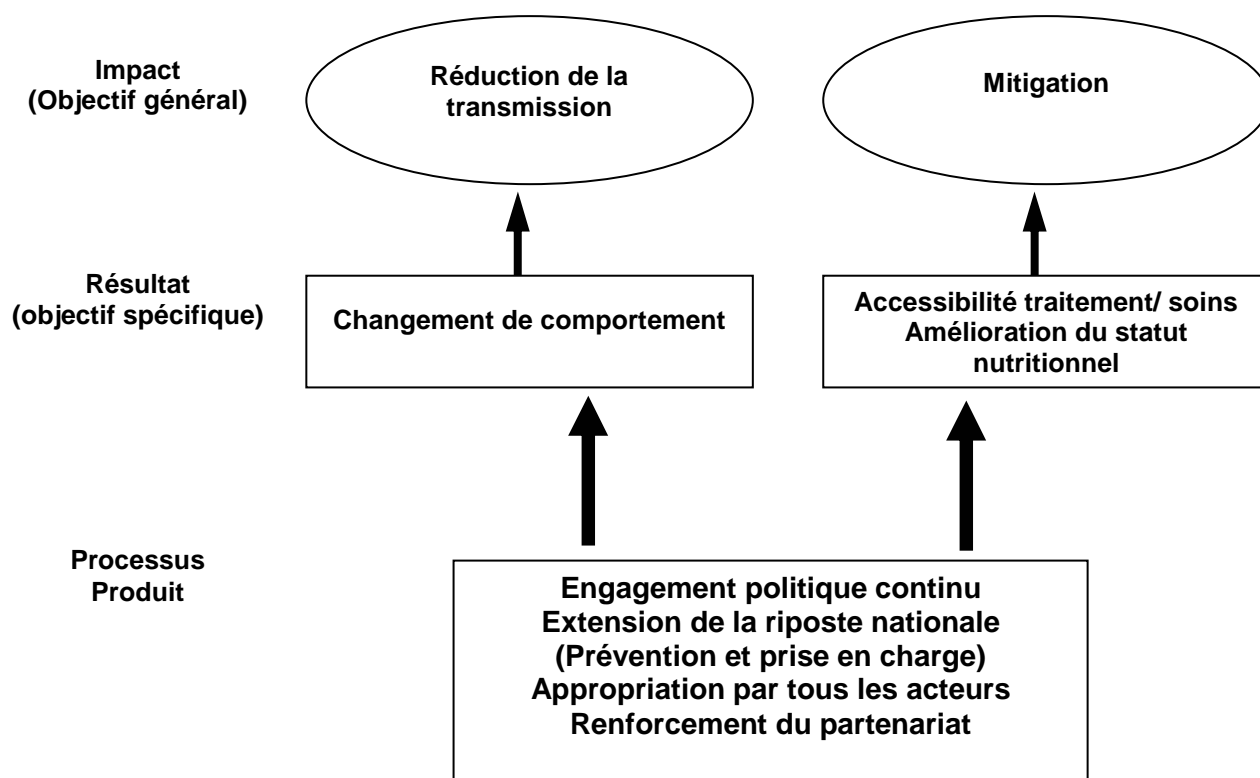
Le plan stratégique 2006/2010 qui se veut de nouvelle génération se construit autour d'un ferme engagement politique et d'une prise de responsabilités au niveau le plus élevé afin de mettre l'épidémie du VIH sous contrôle. Des stratégies efficaces de prévention, de soins, de traitement et d'appui ainsi que le renforcement de la collaboration avec les communautés, la société civile, les personnes vivant avec le VIH/SIDA et les groupes vulnérables en constituent l'un des piliers essentiels. Ce plan stratégique ambitionne aussi de promouvoir la protection active des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA, de valoriser la médecine traditionnelle, d'assurer une utilisation efficace des ressources disponibles à travers une meilleure coordination et un suivi adéquat des activités tout en renforçant la coopération régionale et internationale. Sur la base de l'analyse de la situation du VIH/SIDA au Cameroun, le gouvernement se fixe trois objectifs pour les cinq prochaines années :

### **OBJECTIFS DU GOUVERNEMENT POUR 2006/2010**

1. Réduire le nombre de nouvelles infections dans la population générale
2. Tendre vers l'accès universel aux traitements et aux soins pour les personnes vivant avec le VIH y compris les enfants
3. Réduire l'impact global du VIH/SIDA sur les orphelins et enfants vulnérables

Les six axes stratégiques (voir encadré page 30) et leurs domaines prioritaires retenus pour la période 2006/2010 ont été identifiés sur la base des résultats de l'évaluation du PNS 2000/2005 et de l'EDS-III 2004. Pour chaque axe, un état des lieux est présenté suivi des objectifs généraux, spécifiques ainsi que des stratégies permettant d'atteindre ces objectifs. Les *objectifs généraux* correspondent principalement aux indicateurs d'impact, à savoir la réduction de la transmission du VIH et la réduction de l'impact du SIDA. Les *objectifs spécifiques* se rapportent aux résultats attendus du Programme National, à savoir les changements de comportement, et l'accessibilité au traitement et aux soins (voir Diagramme page 29).

**Diagramme :** Le cadre logique de suivi et évaluation du Plan Stratégique 2006/2010 du Cameroun



D'une manière générale, l'évaluation du PNS 2000/2005 a relevé deux faiblesses majeures que ce nouveau plan a prises en compte à travers tous les axes présentés ci-dessous :

- 1. La coordination, suivi et évaluation du programme national avec un axe entier consacré à ce volet;**
- 2. La stratégie de communication qui sera renforcée en vue d'une meilleure intégration et d'un meilleur ciblage.**

Ce nouveau PNS 2006/2010 a été développé en étroite collaboration avec tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA à travers une série de consultations et d'ateliers.

## **6 AXES STRATEGIQUES DU PNS 2006/2010**

- Axe stratégique 1 : Vers l'accès universel à la prévention en faveur des groupes cibles prioritaires ;
- Axe stratégique 2 : Vers l'accès universel aux traitements et soins en faveur des enfants et des adultes vivant avec le VIH/SIDA ;
- Axe stratégique 3 : Protection et soutien aux OEV ;
- Axe stratégique 4 : Appropriation de la lutte par les acteurs ;
- Axe stratégique 5: Promotion de la recherche et surveillance épidémiologique ;
- Axe stratégique 6 : Renforcement de la coordination, gestion, du partenariat et du suivi évaluation.

**I. AXE STRATEGIQUE 1 :  
VERS L'ACCES UNIVERSEL A LA  
PREVENTION EN FAVEUR DES GROUPES  
CIBLES PRIORITAIRES**



## Principes d'une prévention efficace du VIH

- Tous les programmes/actions de prévention du VIH doivent être fondés sur la promotion, la protection et le respect des **droits de la personne humaine, y compris l'égalité entre les sexes**.
- Les programmes de prévention du VIH doivent être **différenciés et adaptés localement** aux contextes épidémiologiques, économiques, sociaux et culturels dans lesquels ils sont exécutés.
- Les actions de prévention du VIH doivent être **fondées sur des preuves éclairées**, sur des actions qui ont démontré leur efficacité et les investissements destinés à améliorer la base de connaissances doivent être intensifiés.
- Les programmes de prévention du VIH doivent être **exhaustifs et complets**, utilisant toute la gamme des interventions politiques et programmatiques connues pour être efficaces.
- La prévention du VIH est faite pour durer ; **par conséquent, l'application des interventions existantes, tout comme la recherche et la mise au point de nouvelles techniques** exigent un **effort soutenu dans le temps**, sachant que les résultats n'en seront connus qu'à plus long terme et qu'ils doivent être poursuivis.
- Les programmes de prévention du VIH doivent atteindre une **couverture, une ampleur et une intensité** suffisantes pour faire une réelle différence.
- **La participation communautaire** des personnes pour lesquelles les programmes de prévention du VIH sont conçus est essentielle à leur succès.

**Source : Intensification de la prévention du VIH. ONUSIDA Document d'orientation politique ; Août 2005**

Les programmes de prévention au Cameroun ont connu des avancées lors de ces dernières années, lesquelles sont exposées par domaine prioritaire dans ce chapitre. Toutefois, des efforts supplémentaires sont requis pour améliorer leur performance ainsi que la couverture. Les principes d'une prévention efficace du VIH présentés en page 32 constitueront le cadre de base de ce nouveau plan stratégique.

### **DOMAINES PRIORITAIRES**

- Conseil et dépistage volontaire ;
- Prévention et prise en charge des IST ;
- Promotion du préservatif ;
- Sécurité sanguine ;
- Renforcement de la prévention du VIH chez les jeunes ;
- Prévention de nouvelles infections chez les femmes ;
- Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : passer à échelle.

### ***Objectif Général***

Réduire d'au moins 50% le pourcentage de femmes et d'hommes infectés par le VIH d'ici 2010.

### **I-1. CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE (CDV)**

La promotion du conseil et dépistage volontaire a été effectué à travers :

(1) la création d'un réseau de 19 Centres de Prévention et Dépistage Volontaire du VIH (CPDV) (dont les services seront bientôt intégrés dans les activités au niveau des Districts de Santé) et

(2) la réduction du coût du dépistage dont la valeur du test est fixée entre 1000 et 2000 FCFA au sein de ce réseau.

L'évaluation du PNS 2000/2005 révèle un certain nombre de faiblesses de ce programme, parmi lesquelles l'insuffisance du nombre de services de CDV ; la rupture de stock des réactifs ; et le manque d'harmonisation des tarifs. Il a été par conséquent recommandé de multiplier l'offre de service de CDV de qualité en milieu urbain et rural et de mettre une emphase sur les lieux de travail ainsi que dans les milieux reconnus à risque.

Les données de l'EDS-III 2004 sur la couverture et connaissance du statut sérologique confirment les principaux constats de l'évaluation. En effet, 76% de femmes et 83% d'hommes n'ont jamais effectué de test de dépistage du VIH. Beaucoup plus préoccupant, 75% des femmes et 76% des hommes infectés ne connaissant pas leur statut sérologique, soit parce qu'ils n'ont jamais effectué de test, soit parce qu'ils l'ont effectué mais ne connaissent pas les résultats.

Ces données appellent à une intensification des actions dans ce domaine à travers la consolidation de l'offre de CDV dans les différentes structures sanitaires, son intégration dans le Paquet Minimum de ces structures ainsi qu'une politique agressive d'extension de la couverture.

### ***I-1.1. Objectifs spécifiques***

1. Augmenter de 24% et de 17% à 75% le pourcentage de femmes et d'hommes qui ont effectué un test de dépistage de VIH d'ici 2010.
2. Faire passer de 10% et de 14% à au moins 75% le pourcentage de femmes et d'hommes connaissant leur statut sérologique d'ici 2010.

### ***I-1.2. Stratégies***

- Consolidation de l'offre de CDV dans les 19 CPDV existants, les formations sanitaires chargées de la PTME/CPN, CDT, IST et centres de transfusion ;
- Intégration du CDV dans le paquet minimum de toutes les formations sanitaires (UPEC, CMA, CSI, dispensaires d'entreprises, pénitentiaires, CMS scolaires et universitaires etc.) ;
- Consolidation de l'offre de CDV dans tous les services de consultations non spécialisés pour le VIH ;
- Contractualisation de l'offre de dépistage avec des associations ;
- Renforcement de la stratégie avancée à travers les unités mobiles de dépistage pour les populations cible non couvertes ;

- Promotion du test de dépistage du VIH en période pré-nuptiale ;
- Utilisation du «*contact tracing* » dans le dépistage (recherche des partenaires).

## **I-2. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES IST**

La politique nationale de lutte contre les IST a été développée et diffusée lors du dernier plan national stratégique 2000/2005. La mise en œuvre de ce volet a été récemment transférée à la Direction de la Lutte contre la Maladie. Parmi les actions prises pour une meilleure prise en charge des activités d'IST/VIH/SIDA, on peut citer

(1) l'élaboration et la mise à la disposition des formations sanitaires des algorithmes de prise en charge standardisée selon l'approche syndromique ;

(2) la formation de près de 500 personnels de santé des formations sanitaires de districts à l'utilisation desdits algorithmes, suivie de missions fréquentes de supervision pour l'amélioration des performances ;

(3) la distribution de médicaments essentiels pour la prise en charge syndromique des IST et la diminution des coûts de ces médicaments.

Les résultats de l'EDS-III 2004 sur la prise en charge des IST appellent à plus d'actions même si la prévalence reste relativement faible (5% chez les femmes et 3% chez les hommes). Chez les femmes et chez les hommes, on constate que c'est parmi les enquêtés qui ont eu le plus fréquemment des rapports sexuels à risques que la prévalence « déclarée » d'IST et/ou de symptômes est la plus élevée. Près de la moitié des personnes ayant déclaré avoir eu une IST ou des symptômes se sont rendues dans un établissement sanitaire ou ont consulté un professionnel de santé pour obtenir des conseils ou un traitement

La nouveau PNS 2006/2010 compte mettre l'accent sur l'intégration des IST dans le paquet minimum des services de santé de la reproduction et dans les centres socio-éducatifs des jeunes et cibler principalement les groupes les plus à risques.

### ***I-2.1 Objectif spécifique***

Réduire de 50% la prévalence des IST au sein de la population générale et particulièrement chez les groupes à risques.

### ***I-2.2. Stratégies***

- Intégration de la lutte contre les IST dans le paquet minimum des services de la santé de la reproduction ;
- Intégration de la prévention et prise en charge des IST dans les centres socio-éducatifs pour jeunes ;
- Prise en charge syndromique adéquate des IST au niveau de 2 278 formations sanitaires au cours des 3 premières années du Plan ;
- Renforcement de la PEC étiologique des IST dans 143 hôpitaux de district et 10 Hôpitaux Provinciaux au cours des 2 premières années du Plan ;
- Offre de services de qualité à certains groupes cibles : 28 000 routiers dans 18 sites du projet d'ici à 2010 ; 100 000 patients IST de 5 groupes vulnérables (Secteur Défense, Police, jeunes scolarisés et non scolarisés, étudiants, personnel pénitencier/prisonniers) ;
- Disponibilité et accessibilité des médicaments, des réactifs et consommables de laboratoire ;
- Surveillance épidémiologique et le monitoring des résistances des germes.

### **I-3. PROMOTION DU PRESERVATIF**

La promotion du préservatif au Cameroun a connu une évolution spectaculaire au cours des dernières années. Ceci se vérifie par l'indicateur de vente de la principale agence de distribution, l'Association Camerounaise pour le Marketing Social (ACMS), passé de moins de 1 million en 1989 à plus de 21 millions en 2005.

En effet, de l'évaluation du PNLS 2000/2005, il ressort que le préservatif masculin est vulgarisé grâce à l'implication des Organisations Non Gouvernementales et associations dans sa promotion et sa distribution à caractère démonstratif et publicitaire. Toutefois, il reste inaccessible surtout en zone rurale. Le préservatif féminin quant à lui reste indisponible et inaccessible aussi bien en zone rurale que urbaine. Il a, par conséquent, été recommandé de rendre disponibles et accessibles les préservatifs masculins et féminins en multipliant les points de vente, d'adapter les approches et les messages de sensibilisation selon les cibles et de multiplier les séances de démonstration sur le port correct du préservatif.

L'approvisionnement en contraceptifs au Cameroun est jusqu'ici tributaire des subventions provenant de l'aide extérieure. Les partenaires impliqués dans ce domaine sont l'USAID, l'UNFPA et la KfW. Depuis 2003, l'USAID a annoncé son retrait de la subvention des contraceptifs de certains pays dont le Cameroun. Ce retrait sera effectif dès fin 2005.

Face à cette situation, le Cameroun entend suivre une politique agressive de disponibilité des préservatifs masculins et féminins dans tous les villages et milieux à risque, de subvention et de sensibilisation à l'usage correct. Une attention particulière sera également accordée au partenariat pour une mise en œuvre effective du programme.

### ***I-3.1. Objectifs spécifiques***

1. Augmenter respectivement de 41% et de 54% à 80% le pourcentage de femmes et d'hommes indiquant avoir utilisé un condom lors du dernier rapport sexuel à hauts risques d'ici 2010.
2. Augmenter respectivement de 24% et de 39% à 80% le pourcentage de femmes et d'hommes qui en milieu rural indiquent avoir utilisé un condom au cours du dernier rapport sexuel à hauts risques.

### ***I-3.2. Stratégies***

- Disponibilité des préservatifs féminins et masculins dans les 24.000 villages du Cameroun ;
- Politique de subvention des prix pour améliorer l'accessibilité financière des préservatifs féminins et masculins dans les 24.000 villages du Cameroun ;
- Promotion de l'utilisation systématique et correcte des préservatifs féminins et masculins dans les 24.000 villages du Cameroun ;
- Mise en fonction des distributeurs automatiques des préservatifs dans les milieux à risque ;
- Contractualisation avec les associations et organisations à la base dans la distribution et la promotion du préservatif ;
- Renforcement du partenariat entre les structures qui œuvrent dans le domaine de promotion des préservatifs féminins et masculins ;
- Renforcement des partenariats nationaux et internationaux pour la subvention et l'appui à la promotion du préservatif.

## **I-4. SECURITE SANGUINE**

Actuellement, le sang contaminé par le VIH est responsable d'environ 5% des infections à VIH en Afrique. Dans beaucoup de pays, les services de transfusion procèdent à des analyses de plus en plus nombreuses pour obtenir un sang sécurisé, mais dans la plupart des pays en développement, même les tests obligatoires les plus élémentaires visant à dépister des maladies comme le SIDA ou les hépatites B et C, ne sont pas encore pratiqués.

Le Cameroun, à l'instar d'autres pays en développement, ne dispose pas encore d'un service de transfusion sanguine organisé selon les recommandations internationales ou régionales. Le recours aux donneurs de sang familiaux est encore très répandu et représente plus de 75% des poches de sang collectées. Il est cependant essentiel de noter que la sécurité transfusionnelle a récemment fait l'objet de réformes institutionnelles, notamment l'adoption d'une loi sur la Transfusion Sanguine et une décision du Gouvernement rendant gratuite la prise en charge des Accidents d'Exposition au Sang (AES) et des viols. Depuis 2004, une avancée considérable de la mise en œuvre des activités du « programme de sécurité transfusionnelle » s'est traduite par la formation ou recyclage des personnels en assurance qualité de la transfusion et la création d'association de donneurs.

Le gouvernement entend poursuivre ces efforts dans le cadre du PNS 2006/2010 en s'assurant la mise en œuvre de cette nouvelle politique dans toutes les structures concernées.

### ***I-4.1. Objectif spécifique***

Augmenter le pourcentage d'unités de sang transfusées ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH<sup>3</sup>.

### ***I-4.2. Stratégies***

- Renforcement du cadre politique et juridique réglementant la sécurité transfusionnelle au Cameroun, y compris la mise en place d'un programme national de recrutement et de fidélisation des donneurs de sang bénévoles ;
- Mise en place et/ou renforcement des capacités des structures et établissements de transfusion sanguine (CNTS, CPTS, Banques de sang) et tout le personnel impliqué dans la chaîne transfusionnelle;

---

<sup>3</sup> Une étude sera réalisée en 2006 pour obtenir le pourcentage de référence et permettre de déterminer une cible dans le domaine de la sécurité sanguine.

- Renforcement de l'assurance qualité en transfusion sanguine (sécurité des injections et hygiène hospitalière etc.);
- Prise en charge des accidents d'exposition au sang et produits sanguins ;
- Promotion de l'économie transfusionnelle.

### **I-5. RENFORCEMENT DE LA PRÉVENTION DU VIH CHEZ LES JEUNES**

Des programmes de prévention visant les jeunes ont été mis en œuvre au cours des dernières années à travers des stratégies novatrices ciblant les milieux scolaire et non scolaire. *En milieu non scolaire*, on peut citer l'introduction de campagnes de dépistage dans le cadre de la fête de la jeunesse, «Vacances sans SIDA» au cours de laquelle 10 600 jeunes ont été testés, et les campagnes de dépistage de proximité grâce à des unités mobiles pour atteindre les populations dans leur milieu.

En plus des activités de Communication pour le Changement de Comportement plus globales, les jeunes *en milieu scolaire* ont bénéficié des actions déployées dans le cadre spécifique de la stratégie sectorielle de l'éducation. Parmi les actions menées avec l'appui des partenaires, on citera l'organisation des journées d'enseignement sur les IST/VIH/SIDA ; l'introduction des modules d'éducation à la vie familiale dans le cadre des programmes d'enseignement; la mise en œuvre du programme « Participation et Développement de l'Adolescent » dans 6 provinces, 56 établissements et 22 sites extra scolaires ; et la caravane "NO SIDA".

Toutefois, les programmes en cours dans ce secteur sont tous à leur phase pilote avec une couverture nationale de moins de 5%. Cette faible couverture a probablement contribué à la situation préoccupante chez les jeunes et plus particulièrement les jeunes femmes révélée par l'enquête EDS-III et présentée dans le chapitre "*Vue d'ensemble de l'épidémie au terme du Plan National Stratégique 2006/2010*". Ce nouveau plan vise à étendre la couverture et réorienter les stratégies sur la base des leçons tirées des dernières années : une attention particulière sera accordée à l'appropriation par les jeunes des programmes de VIH/SIDA, à l'enseignement des compétences de vie en milieux scolaires et extrascolaires à travers des vecteurs de communication influents, et à l'offre de services de santé de qualité adaptés aux jeunes.



### ***I-5.1. Objectif général***

Réduire d'au moins 50% le pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH d'ici 2010.

### ***I-5.2. Objectifs spécifiques***

1. Réduire de 50% le pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 15 ans (pour les filles et 18 ans pour les garçons) d'ici 2010.
2. Augmenter de 47% à 90 % et de 57% à 95% le pourcentage des femmes et des hommes âgés de 15 à 24 ans indiquant avoir utilisé un condom lors du dernier rapport sexuel à hauts risques d'ici 2010.

### ***I-5.3. Stratégies***

- Appropriation par les associations des jeunes et notamment des jeunes femmes des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et IST;
- Développement et diffusion des « compétence de vie » auprès de la jeunesse et promotion de l'abstinence, de la fidélité et utilisation correcte du condom ;
- Sensibilisation, information et formation des parents, des communautés traditionnelles et religieuses et personnels de santé pour l'encadrement des jeunes et en particulier la jeune fille à une vie sexuelle saine et responsable ;
- Développement des actions de défense des droits et de la dignité des jeunes vulnérables ;
- Mise en place dans l'enseignement formel et dans les structures d'encadrement de la jeunesse, d'un programme d'éducation à la vie sexuelle et reproductive adapté à tous les niveaux d'enseignement et tous les âges ;
- Renforcement de l'offre et de la qualité des services de santé adaptés aux jeunes et en particulier la jeune femme et promotion du conseil et dépistage chez les jeunes ;
- Promotion et renforcement des Activités Génératrices de Revenus (AGR) chez les jeunes extrascolaires ;
- Promotion et création des structures d'encadrement des jeunes.

## **I-6. PRÉVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS CHEZ LES FEMMES**

La situation des femmes camerounaise est devenue alarmante comme le démontre les résultats de l'enquête EDS-III sur le taux de séroprévalence chez les femmes (6,8%), lequel varie d'une province à l'autre et selon l'état matrimonial. Ce taux élevé est en partie lié aux comportements sexuels à haut risque, à savoir le multiple partenariat, les rapports sexuels occasionnels, et/ou payants lesquels ne sont pas systématiquement protégés. *Pour plus de détails sur la situation de l'épidémie, voir Chapitre I. Vue d'ensemble de l'épidémie au terme du Plan National Stratégique 2000/2005.*

Le taux de prévalence chez les femmes étant devenu plus élevé au cours des dernières années, le nouveau plan entend lui accorder une attention spécifique à travers des stratégies visant à améliorer leur statut, et adaptées à la situation géographique et matrimoniale. Les ménages ruraux dirigés par des femmes bénéficieront d'un appui particulier en raison d'un certain nombre d'obstacles leur entravant l'accès à l'éducation, au traitement et à un emploi rémunéré.

### ***I-6.1. Objectif général***

Réduire d'au moins 50% le pourcentage de femmes infectées par le VIH d'ici 2010.

### ***I-6.2. Objectifs spécifiques***

1. Augmenter de 10% à au moins 75% le pourcentage des femmes qui connaissent leur statut sérologique d'ici 2010.
2. Augmenter de 41% à 80% le pourcentage des femmes indiquant avoir utilisé un condom lors du dernier rapport sexuel à hauts risques d'ici 2010.
3. Augmenter de 22% et de 36% à 80% le pourcentage de femmes âgées respectivement de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à hauts risques d'ici 2010.
4. Réduire de 10,5% à moins de 2% le pourcentage des femmes qui ont plus d'un partenaire à risques au cours d'une année d'ici 2010.

### ***I-6.3. Stratégies***

- Appropriation par les femmes des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et promotion du leadership féminin dans la réduction de leur propre vulnérabilité ;
- Développement des actions de défense des droits et de la dignité des femmes ;
- Elaboration, production et diffusion des messages de sensibilisation spécifiques aux femmes ;
- Renforcement de l'offre et de la qualité des services de santé adaptés aux femmes ;
- Promotion et renforcement des Activités Génératrices de Revenus.

### **I-7. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT : PASSER A ECHELLE**

Pour réduire le risque de transmission mère enfant (PTME), le Cameroun a mis en place un programme PTME en 2000. Après une phase pilote ayant démontré sa faisabilité et son efficacité, le programme a réussi en trois ans à être étendu aux dix provinces du pays et est déjà implanté dans 462 sites couvrant 64% des districts de santé.

L'offre de service est disponible dans les secteurs publics, privés, confessionnels et laïcs. Par ailleurs, des interventions de sensibilisation massives ciblant les femmes enceintes et celles en âge de procréer sont menées à travers des associations, ONG, et leaders d'opinion, en milieu urbain et rural. Le conseil et dépistage volontaire occupent une place clé avec un taux moyen d'acceptabilité de 70% et les femmes enceintes dépistées séropositives sont orientées après accouchement vers les structures spécialisées de prise en charge.

Certaines formations sanitaires ont démarré la mise en place des services PTME + qui comportent la prise en charge du couple mère-enfant et du partenaire. En 2004, environ 60 000 femmes ont été testées (rapport annuel 2005 GTC/CNLS). Dans le cadre de ce programme, la Névirapine est délivrée gratuitement. Depuis octobre 2004, la bi prophylaxie (associant la Névirapine à l'AZT ou l'AZT à la Lamivudine) est proposée, et les services PTME sont intégrés dans le paquet minimum de la Santé de la Reproduction. En terme de couverture nationale, environ 12% des femmes enceintes en milieu urbain (contre 4% seulement en milieu rural) ont bénéficié d'un conseil et dépistage volontaire au cours de la grossesse avec rendu de

résultats en 2005. La couverture nationale de services PTME est estimée à 9% pour la même période.

Vu le taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes, légèrement au dessus de la prévalence globale du VIH chez les femmes (7,4% contre 6,8%), le gouvernement du Cameroun entend poursuivre ces efforts et passer à l'échelle dans le cadre de ce nouveau plan. Une politique d'extension, d'intégration, de prise en charge globale et de gestion suivant l'approche district sera mise en œuvre. Une stratégie de communication pour l'utilisation accrue des services de santé maternels et infantiles sera également développée.

### ***I-7.1. Objectif général***

Réduire d'au moins 50% le pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus d'ici 2010.

### ***I-7.2. Objectifs spécifiques***

1. Faire passer respectivement de 12% et 4% en milieu urbain et rural à 70% et 60% le pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié d'un conseil et dépistage du VIH au cours des visites prénatales d'ici 2010.
2. Accroître de 9% à 90% le pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant reçu la prophylaxie ARV d'ici 2010.
3. Réduire de 64% à 30% le pourcentage de femmes pratiquant l'allaitement mixte.

### ***I-7.3. Stratégies***

- Disponibilité des services de PTME de qualité dans toutes les formations sanitaires du Cameroun ;
- Intégration PTME/santé de la reproduction/PEV dans toutes les formations sanitaires d'ici 2008 ;
- Prise en charge globale (médicale, psychosociale, nutritionnelle) des femmes infectées, enfants et leurs familles ;
- Renforcement du système d'approvisionnement et subvention des principaux intrants de la PTME (Test de dépistage et ARV) ;
- Renforcement de la gestion de la PTME selon l'approche district dans tout le pays ;

- Communication pour le changement de comportement et mobilisation sociale pour l'utilisation accrue des services de santé maternels et infantiles (CPN, accouchement en formations sanitaires) ;
- Sensibilisation des femmes séropositives visant à prévenir les grossesses non désirées.

**II. AXE STRATEGIQUE 2 :  
VERS L'ACCES UNIVERSEL AUX  
TRAITEMENTS ET SOINS EN FAVEUR DES  
ENFANTS ET DES ADULTES VIVANT AVEC LE  
VIH/SIDA**

« Pour libérer du SIDA les prochaines générations africaines, en réduisant de manière significative le nombre d'infections par le VIH et en travaillant avec l'OMS, l'ONUSIDA et d'autres organisations internationales à l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme complet de prévention, de traitement et de prise en charge du SIDA afin de parvenir, dans toute la mesure du possible, **à un accès universel au traitement d'ici 2010** pour tous ceux qui en ont besoin. Les capacités limitées des systèmes de santé constituent un obstacle majeur à la poursuite de cet objectif, et nous travaillerons avec nos partenaires en Afrique pour y remédier, notamment en contribuant à la mise en place de systèmes fiables et responsables pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement et la déclaration des maladies. Nous travaillerons également avec ces organisations pour faire en sorte que tous les enfants devenus orphelins ou vulnérables du fait du SIDA ou d'autres pandémies bénéficient d'un soutien adéquat. Nous nous efforcerons de répondre aux besoins de financement concernant le VIH/SIDA, notamment par la reconstitution cette année du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et en travaillant activement avec les acteurs locaux pour appliquer les « Trois principes » dans tous les pays »

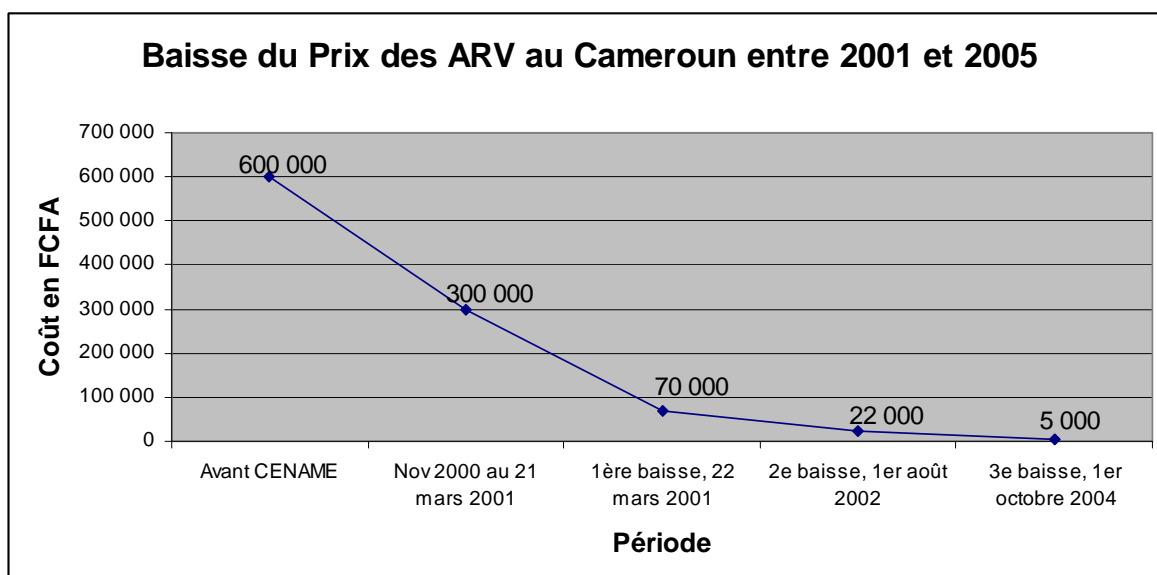
#### ***Sommet G8 Gleneagles, 6-8 Juillet 2005***

La prise en charge clinique et psychosociale des PVVS et le traitement des infections opportunistes ont connu de grandes avancées grâce à une politique volontariste matérialisée par le corpus réglementaire reproduit en annexe 1.

Dans le cadre de cette politique, un vaste programme de renforcement des capacités institutionnelles et du personnel a été lancé et à nos jours, un pool de 1960 personnels y compris les agents relais communautaires ont été formés dans les divers domaines dont les prioritaires sont les suivants : Prise en charge (PEC) des cas Pédiatrique du SIDA ; PEC des PVVS et traitement des Infections Opportunistes (IO) ; PEC psychosociale des PVVS ; Aide à l'observance des traitements ARV ; Réalisation des examens de suivi des PVVS.

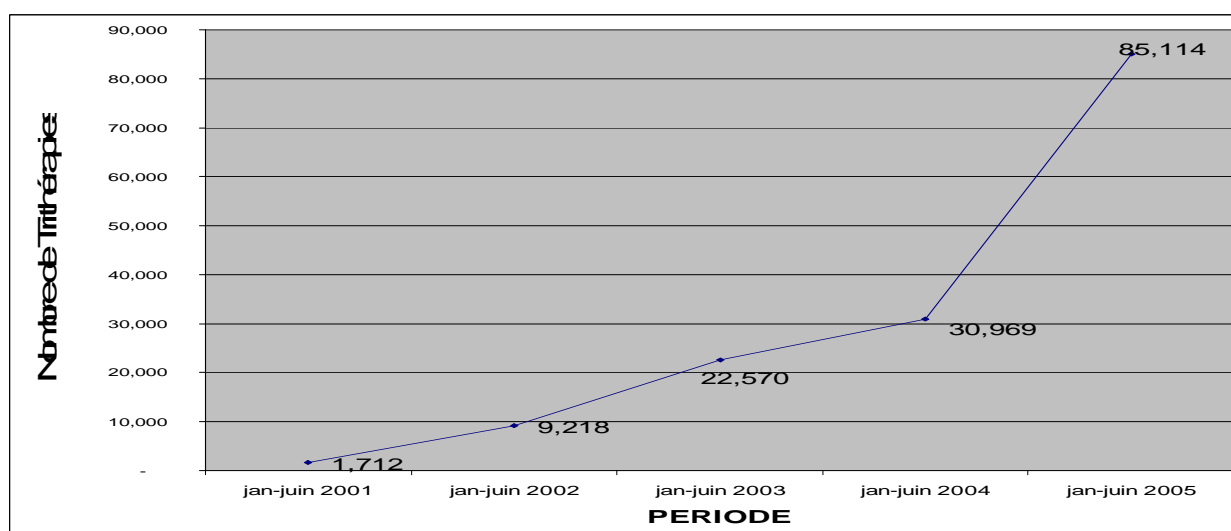
Les prix des traitements mensuels par ARV ont été considérablement réduits, passant de 600.000 en 2001 à 3000-7000 FCFA par mois et par malade en 2005.

En plus de cette baisse spectaculaire du coût mensuel de la trithérapie par ARV, il faut souligner que les enfants âgés de 0 à 15 ans et les personnes économiquement vulnérables (indigents) sont prises en charge gratuitement. Le traitement contre la tuberculose, l'une des infections opportunistes les plus récurrentes du VIH/SIDA ainsi que la prophylaxie par le « cotrimoxazole » sont gratuits.



**Graphique 3 :** Evolution du prix de traitement mensuel par ARV au Cameroun entre 2001 et 2005

Cette baisse/gratuité a entraîné un accroissement certain de la consommation qui est prometteur: la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (CENAME) a sorti de ses stocks pour le seul premier semestre de 2005, l'équivalent de la consommation annuelle en ARV de toute l'année 2004 (voir Graphique 3).



**Graphique 4 :** Nombre de trithérapies sorties de la CENAME au cours du premier semestre de 2001 à 2005



Cette politique volontariste d'universalisation de l'accès aux ARV a largement contribué à accroître l'accès au traitement, et surtout à l'étendre aux couches sociales défavorisées, de sorte qu'en septembre 2005, l'on comptait 13 503 (18% des 75 750 PVVS éligibles) PVVS sous traitement (600 en 2001). Cette prise en charge se fait dans 24 Centres de Traitement Agréés (CTA), 4 Centres de Traitement Affiliés et dans 25 Unités de Prise En Charge (UPEC) déjà opérationnelles sur 63 créées au niveau des hôpitaux de district.

Toutefois, malgré les progrès réalisés pour améliorer l'accès des adultes aux thérapies antirétrovirales, la prise en charge pédiatrique demeure embryonnaire. En 2005, on estime que moins de 3% (427/15 000) des enfants vivant avec le VIH reçoivent le traitement (rapport de revue du programme national de PTME 2005).

Les défis pour atteindre une couverture totale des besoins d'ici 2010 ont été pris en compte dans ce nouveau plan, lequel met l'accent sur :

- (1) une politique volontariste de conseil et dépistage volontaire (CDV) ;
- (2) l'accessibilité financière des malades aux bilans pré thérapeutiques ;
- (3) une offre de soins de qualité et décentralisée des interventions ;
- (4) un renforcement du système de santé en terme de ressources humaines et d'équipements ;
- (5) un renforcement du système d'approvisionnement et de distribution ;
- (6) la mise en place d'un système solide de suivi et évaluation.

### ***II-1. Objectif général***

Augmenter le pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours en vie et sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci<sup>4</sup>.

### ***II-2. Objectifs spécifiques***

1. Rendre accessible le traitement ARV à au moins 75% d'adultes éligibles.
2. Rendre accessible le traitement ARV à 100% des enfants éligibles.

---

<sup>4</sup> Une nouvelle base de données a été mise en place fin 2005 pour le suivi des malades sous trithérapie permettant ainsi de mesurer cet indicateur d'impact

3. Améliorer l'adhérence à 95% d'au moins 80% des PVVS sous traitement ARV.
4. Rendre accessible et gratuit le traitement des IO à 75% des cas éligibles (cryptococoses méningées, toxoplasmose cérébrale, candidose oesophagienne etc.).
5. Améliorer le statut nutritionnel chez 50% des PVVS souffrant de carences nutritionnelles.

### ***II-3. Stratégies***

#### **Pour l'objectif 1 : Accessibilité du traitement ARV pour les adultes**

- Poursuite de la décentralisation de la prise en charge globale du VIH/SIDA en utilisant l'approche district;
- Développement/extension des « portes d'entrées » : services IST, CDT, PTME, consultations médicales pour le recrutement des nouveaux PVVS ayant besoin de traitements ;
- Intégration des activités VIH/SIDA et Tuberculose ;
- Renforcement du système d'approvisionnement en ARV et contrôle de qualité des ARV et produits connexes (médicaments IO, réactifs, etc.)
- Subvention du traitement ARV et examens biologiques et PEC gratuite de 100 % des indigents éligibles aux ARV
- Elargissement de la gamme des traitements ARV

#### **Pour l'objectif 2 : Accessibilité du traitement ARV pour les enfants**

- Mise à disposition et réduction des coûts du diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants nés de mères séropositives
- Diversification des portes d'entrée pour le recrutement et le suivi des enfants séropositifs
- Poursuite de la réduction du coût/gratuité du traitement ARV et des examens biologiques
- Elargissement de la gamme des traitements ARV

### **Pour l'objectif 3 : Amélioration de l'adhérence**

- Développement de mécanismes favorisant l'adhérence
- Conseils en adhérence aux traitements
- Soutien nutritionnel aux malades et à leurs familles
- Implication des familles et communautés

### **Pour l'objectif 4 : Accessibilité du traitement des IO**

- Continuité et accroissement de la subvention du traitement
- Elargissement de la gamme des traitements I.O gratuits

### **Pour l'objectif 5 : Amélioration du statut nutritionnel**

- Mise en place d'une politique nationale de prise en charge nutritionnelle des PVVS
- Attention particulière au conseil nutritionnel et à la prise en charge nutritionnelle adéquate dans le cadre de cette politique nationale.

En outre, des stratégies d'appui seront adoptées pour atteindre les objectifs spécifiques et généraux. Il s'agit de renforcer :

(1) les capacités des ressources humaines (médecins, pharmaciens, assistants sociaux, commis de pharmaciens, infirmiers, nutritionnistes, personnel associatif etc.) sur la prise en charge des malades du SIDA ;

(2) le plateau technique des centres de traitements (réhabilitation, équipements, etc.) ;

(3) le système de surveillance des résistances aux ARV.

### **III. AXE STRATEGIQUE 3 : PROTECTION ET SOUTIEN AUX ORPHELINS ET ENFANTS VULNERABLES (OEV)**

Le soutien aux orphelins et enfants vulnérable est pris en compte dans les politiques sectorielles des ministères des affaires sociales, de la santé publique, et dans les plans d'action de certaines ONG nationales et internationales.

Quelques interventions phares ont déjà été enregistrées dans ce domaine, notamment, le projet d'appui psychosocial aux OEV basé dans les villes de Bamenda, Douala et Ngaoundéré, mené par le MINAS avec l'appui de la Coopération Française et l'UNICEF. Il vise 2850 OEV d'ici fin 2005 et 10 000 d'ici fin 2007. Les ONG Plan-Cameroun et Care-Cameroun toujours en collaboration avec le Ministère des affaires sociales sur financement Fonds Mondial mènent des interventions dans ce cadre portant essentiellement sur le soutien médical et nutritionnel aux OEV. Ce partenariat a permis de couvrir trois provinces en 2004 (Est, Centre et Nord-ouest) et trois autres en 2005 (Littoral, Sud-ouest et Extrême Nord). En septembre 2005, le nombre d'enfants orphelins et vulnérables dans ces zones d'intervention ayant déjà bénéficié d'un soutien médical et nutritionnel était estimé à 3500.

Toutefois, ces progrès restent insuffisants comme le démontre les estimations récentes<sup>5</sup> sur le nombre d'orphelins du SIDA au Cameroun en 2005 (122 670). Ce nouveau plan vise à étendre la couverture des programmes de protection et soin aux OEV tout en s'attaquant sur trois fronts : (1) l'accès aux services de base ; (2) la mise en place d'un système juridique de protection ; (3) le renforcement des capacités des familles et communautés.

### ***III-1. Objectif Général***

Améliorer de 10% le statut socio-économique des familles avec OEV d'ici 2010.

### ***III-2. Objectifs spécifiques***

1. Accroître d'au moins 20% par an le pourcentage d'OEV dont les familles ont reçu un appui externe pour soutenir l'enfant (appui lié à la santé, hygiène, éducation, nutrition ou soutien psychosocial).
2. Réduire à moins de 10% le pourcentage d'OEV dans les institutions spécialisées.

---

<sup>5</sup> Source: CNLS 2005

### ***III-3. Stratégies***

- Elaboration d'un cadre intégré d'accès des OEV aux services sociaux de base (santé, éducation, nutrition, soutien psychosocial) ;
- Mise en place d'un système juridique fonctionnel de protection des OEV ;
- Capacitation des organisations de la société civile à la prise en charge des OEV ;
- Renforcement des capacités institutionnelles de protection et de prise en charge holistique des OEV (familles, structures sociales gouvernementales et non gouvernementales, etc.) ;
- Soutien des initiatives communautaires pour la prise en charge des OEV.

#### **IV. AXE STRATEGIQUE 4 : APPROPRIATION DE LA LUTTE PAR LES ACTEURS**

## **IV-1. IMPLICATION D'ACTEURS CLES DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

Pour atteindre les trois objectifs généraux que le Cameroun s'est fixés d'ici 2010, la réduction de la prévalence, l'accès universel au traitement pour les PVVS et la réduction de l'impact global du VIH/SIDA sur les OEV, il est essentiel de s'assurer l'implication d'un certain nombre d'acteurs clés. En s'appropriant la lutte contre le VIH/SIDA, des acteurs aussi influents que les PVVS, les communautés, les organisations religieuses, les leaders d'opinion et les médias peuvent faire la différence et contribuer largement au succès du programme national.

### **IV-1.1. LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVS)**

L'évaluation du PNLS montre que les droits des PVVS ne sont pas toujours respectés. Elles continuent à subir des réactions négatives au sein des familles et de la société, ce qui dénote d'une insuffisance dans les stratégies de sensibilisation de la population générale.

#### **Stratégies**

- Promotion de regroupement des Personnes vivant avec le VIH en Associations et en Réseaux structurés ;
- Mise à jour régulière d'un répertoire de toutes les Associations de PVVS du Cameroun et de leurs réseaux (domaines d'intervention, effectifs, zone d'intervention, etc.) ;
- Création d'au moins une association de PVVS par Commune et son adhésion à un réseau associatif national ;
- Augmentation du nombre de représentants de PVVS, leurs Associations et Réseaux aux différents niveaux de la lutte contre la pandémie (CNLS, CCM, CMS, CNTS, CPLS, GTP, institutionnel, décisionnel et opérationnel) ;
- Mise en place d'un cadre juridique qui favorise la promotion des droits et devoirs des PVVS ;
- Renforcement des capacités de toutes les associations de PVVS et de leurs réseaux.



## **IV-1.2. LES COMMUNAUTES**

Il est évident au regard des statistiques de l'EDS-III que les réponses locales qui ont permis la mise en œuvre des Plans d'Action Communautaires de plus de 6300 Communautés à la base ont favorisé la diffusion des messages de lutte contre le SIDA dans toutes les contrées du Cameroun. Toutefois, les données sur la connaissance du statut sérologique et sur les comportements sexuels appellent à l'action :

- 3,7% de femmes et 7,7% d'hommes vivant en milieu rural connaissent leur statut sérologique ;
- 24% des femmes en milieu rural utilisent un condom au cours des rapports sexuels à hauts risques (47% en milieu urbain) ;
- 39% des hommes en milieu rural utilisent un condom au cours des rapports sexuels à hauts risques (62,6% en milieu urbain).

L'enjeu aujourd'hui pour les réponses locales est de maintenir le niveau de sensibilisation atteint tout en amorçant un véritable changement de comportement face au VIH/SIDA. Le défi reste la connaissance du statut sérologique, la systématisation du conseil et dépistage volontaire au cours de la grossesse aussi bien en milieu urbain que rural, et une utilisation adéquate du condom au cours des rapports sexuels à risque.

### **Stratégies**

- Mise en place dans chacune des 339 communes du Cameroun des comités communaux de lutte contre le SIDA, multisectoriels et fonctionnels ;
- Développement d'un partenariat entre le comité communal de lutte contre le SIDA et les structures de dialogue des 1500 aires de santé du Cameroun;
- Plaidoyer auprès des leaders communautaires, sensibilisation et renforcement des capacités des communautés en matière de planification, gestion accès sur les résultats, suivi et évaluation ;
- Soutien aux initiatives communautaires de lutte contre le SIDA ;
- Contractualisation avec les organisations communautaires ;
- Inclusion systématique de la lutte contre le VIH/SIDA dans la conception et la mise en œuvre des projets de développement à tous les niveaux ;
- Ciblage des actions de lutte contre le sida sur les groupes vulnérables au niveau local ;

- Prise en compte de l'aspect socioculturel de la lutte contre le VIH/SIDA au niveau local.

#### **IV-1.3. LES ORGANISATIONS RELIGIEUSES**

Selon l'EDS-III, les taux d'infection au VIH ne varient que très peu entre les catholiques, les protestants, les musulmans et les adeptes des nouvelles religions. Toutefois, la prévalence est nettement plus faible chez les femmes musulmanes (4,9 %) que chez les catholiques (7,6 %), les protestantes (7,7 %) et surtout que chez les femmes appartenant aux nouvelles religions (10,7 %).

Les organisations religieuses sont donc appelées à jouer un rôle capital dans « l'inoculation du vaccin social contre le VIH/SIDA » qu'est l'éducation parmi les populations concernées. Déjà impliquées dans la mise en œuvre du précédent plan, les organisations religieuses au vu de la féminisation de l'épidémie et de son impact sur les jeunes doivent redoubler d'efforts pour que les préceptes d'abstinence et de fidélité soient appropriés et mis en œuvre par leurs fidèles.

##### **Stratégies**

- Plaidoyer auprès des leaders des différentes confessions religieuses ;
- Contractualisation des actions de lutte contre le SIDA ;
- Renforcement des capacités des ministres du culte sur la problématique du VIH/SIDA ;
- Intégration des messages de lutte contre le SIDA dans tous les prêches ;
- Activités de sensibilisation, d'éducation et de dépistage dans toutes les organisations religieuses du Cameroun ;
- Implication des organisations religieuses dans les activités de prise en charge holistique des PVVS et OEV ;
- Renforcement des capacités des organisations religieuses dans la gestion des programmes de lutte contre le SIDA.

#### **IV-1.4. LES LEADERS D'OPINION (Politique, Traditionnel, Administratif, Tradi-praticien, Marabout, Voyant etc.)**

Les croyances détermineront si le VIH et le SIDA sont considérés en termes de transgression et de punition. Si l'infection à VIH est considérée comme inévitable, le fatalisme qui en résulte peut entraver la prévention. Si l'on pense que le SIDA est causé par la sorcellerie,

par le rejet de tabous sexuels ou par la pauvreté, il est alors peu vraisemblable que les stratégies biomédicales de prévention et de soins soient adoptées ou possèdent un réel impact. En outre, le blâme, la stigmatisation, la honte et la discrimination, freinent l'efficacité de la prévention et des soins. Par exemple, l'idée que l'infection à VIH est la conséquence d'une conduite « immorale » limite la compassion et la compréhension. Si l'on estime que l'infection à VIH est au départ la résultante de choix personnels, cela implique que les facteurs qui déterminent l'éventail des choix existants n'ont pas été pris en considération. La faculté qu'auront les sociétés à absorber les croyances et les valeurs diverses possèdera une importance majeure sur le processus futur du SIDA.

Après l'énorme progrès en matière de connaissance du VIH/SIDA, il est essentiel d'impliquer les vecteurs de changement de comportement qui sont pour une grande frange de notre population les leaders traditionnels.

### **Stratégies**

- Amener 100% d'association des leaders d'opinion à s'impliquer dans la lutte contre le VIH/SIDA ;
- Appuyer 5 000 initiatives des leaders d'opinion dans la lutte contre le SIDA d'ici 2010 ;
- Plaidoyer auprès des leaders d'opinion pour l'implication et le suivi des actions de lutte contre le sida ;
- Soutien aux initiatives des leaders d'opinion pour la lutte contre le SIDA ;
- Contractualisation avec les associations des leaders d'opinions (Tradi-praticiens, Maires, Chefs traditionnels etc.) ;
- Prise en compte de l'aspect socioculturel de la lutte contre le VIH/SIDA par une implication effective des leaders d'opinion.

#### **IV-1.5. LES MÉDIAS**

L'évaluation du PNS 2000/2005 a relevé une multiplicité d'initiatives prometteuses des médias en matière de lutte contre le VIH/SIDA, notamment l'implication des radios communautaires. La qualité des outils développés et diffusés et une volonté manifeste d'exploiter toutes les occasions pour développer des actions de communication pour le changement de comportement ont été documentées comme de bonnes pratiques. La collaboration entre

certaines partenaires pour la production et la diffusion des outils de sensibilisation est manifeste.

Toutefois, les stratégies de communication ne tiennent pas compte, de manière effective, des barrières culturelles et des potentialités locales existantes. Elles ne mettent pas en valeur les canaux traditionnels, les expériences antérieures en matière de radio communautaire, pour mieux organiser et entreprendre les activités de plaidoyer auprès des décideurs et de sensibilisation de la population générale et en particulier les différents groupes à haut risque, notamment les jeunes filles et garçons.

L'évaluation propose d'améliorer les stratégies de communication au niveau périphérique en exploitant les potentialités locales en matière de communication traditionnelle surtout en direction des couches sociales vivant dans le Cameroun profond. Ces stratégies combinées à l'utilisation de la radio communautaire peuvent faire la différence.

### **Stratégies**

- Renforcement des capacités de 100 médias à couverture nationale et 300 médias à couverture locale dans l'information du public sur le VIH/SIDA de 2006/2010 à tous les niveaux ;
- Diffusion permanente des messages ciblés sur le VIH/SIDA dans 100 organes de presse à couverture nationale et 300 organes de presse à couverture locale ;
- Adaptation et traduction des messages de sensibilisation dans toutes les langues locales écrites du Cameroun ;
- Contractualisation de la diffusion des microprogrammes et message de lutte contre le VIH/SIDA/IST avec les organes de presses (Radio, TV, presse écrite) ;
- Mise à la disposition des médias de toute l'actualité scientifique relative au VIH/SIDA ;
- Mise en place d'un observatoire des médias sur le VIH/SIDA
- Evaluation sur une base mensuelle la production médiatique sur le VIH/SIDA de 2006 à 2010.

## **IV-2. INTENSIFICATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN MILIEUX DE TRAVAIL**

### ***IV-2.1. LE SECTEUR PUBLIC***

L'évaluation du PNS 2000/2005 relève que 19 départements ministériels du secteur public ont bénéficié d'appuis financiers pour l'élaboration des plans sectoriels. Certains parmi eux ont reçu des fonds pour mener des activités prioritaires, en attendant la finalisation de leurs plans. Contrairement aux prévisions, la grande majorité de ces partenaires attendaient des fonds du CNLS, alors que chacun d'eux devrait mobiliser des fonds propres ou les rechercher auprès des partenaires traditionnels pour mettre en œuvre son plan. Les résultats des interventions à ce niveau sont peu visibles.

Dans le cadre du nouveau plan, le fondement du partenariat CNLS/ Secteur public sera réorienté afin de le limiter à la coordination et au suivi/évaluation. Une action de plaidoyer sera menée pour l'intégration dans la lettre/circulaire relative à la préparation du budget de l'Etat des prescriptions pour la création dans chaque département ministériel d'une ligne budgétaire spécifique à la lutte contre le VIH/SIDA représentant au moins 1% de l'enveloppe prévue. De même, un plaidoyer sera mené auprès de l'Assemblée Nationale pour qu'elle veille à l'inscription d'une ligne budgétaire au sein de l'enveloppe de chaque secteur public.

Néanmoins, quelques secteurs publics prioritaires bénéficieront d'une attention particulière, au regard de la forte vulnérabilité de leurs personnels face au VIH/SIDA. Il s'agit du secteur de l'éducation avec ses 105.000 personnels, l'administration pénitentiaire avec ses 3.200 personnels et 22.000 détenus, le secteur défense avec 29.000 personnels militaires et civils, le secteur police avec 16.200 personnels et le secteur de la santé avec ses 10.000 personnels.

#### **IV-2.1.1. Objectif général**

Réduire d'au moins 50% le pourcentage de personnes infectées par le VIH dans les différents secteurs<sup>6</sup> et offrir une prise en charge adéquate aux personnes infectées d'ici 2010.

---

<sup>6</sup> Education, administration pénitentiaire, défense, police, santé

## **IV-2.1.2. Objectifs spécifiques**

### **Education**

1. Amener 105.000 personnels du Secteur Education à adopter un comportement sexuel à moindre risque.
2. Amener au moins 105.000 enseignants à connaître leur statut sérologique.
3. Assurer la prise en charge médicale et psycho sociale de tous les PVVS dans les 10 inspections médico-scolaires.

### **Administration pénitentiaire**

1. Amener au moins 90% des 3.200 personnels et des 22.000 détenus à adopter un comportement sexuel à moindre risque.
2. Amener au moins 95% des 3.200 personnels et des 22.000 détenus à connaître leur statut sérologique.
3. Assurer la prise en charge médicale, nutritionnelle et psychosociale de tous les PVVS dans les 10 prisons centrales.

### **Défense**

1. Amener 29.000 personnels militaires et civils du Secteur Défense à adopter un comportement sexuel à moindre risque.
2. Amener au moins 203.000 personnes du Secteur Défense et leurs familles à connaître leur statut sérologique.
3. Assurer la prise en charge médicale et psychosociale des PVVS dans les 12 formations sanitaires militaires.

### **Police**

1. Amener 16.200 personnels du Secteur Police à adopter un comportement sexuel à moindre risque.
2. Amener au moins 97.200 personnes du Secteur Police et leurs familles à connaître leur statut sérologique.

3. Assurer la disponibilité de l'offre de service de prise en charge médicale et psychosociale des les PVVS dans les 05 formations sanitaires de la Police.

## **Santé**

1. Amener 10 000 personnels du Secteur Santé à adopter un comportement sexuel à moindre risque.
2. Amener au moins 10.000 personnels du Secteur Santé à connaître leur statut sérologique.
3. Assurer la prise en charge médicale et psychosociale de tous les PVVS parmi le personnel des formations sanitaires.

## **Autres secteurs publics**

1. Amener 90% des personnels des autres Secteurs Publics à adopter un comportement sexuel à moindre risque.
2. Amener au moins 90% personnels des autres Secteurs Publics et leurs familles à connaître leur statut sérologique.
3. Amener tous les autres secteurs à assurer la prise en charge psychosociale et médicale de leur personnel à travers diverses structures spécialisées.

### **IV-2.1.3. Stratégies**

#### **Pour tous les secteurs**

- Mise en place dans les divers secteurs d'un programme de sensibilisation, information et formation sur le VIH/SIDA adapté aux différentes audiences ;
- Renforcement des capacités du personnel de santé et des formations sanitaires dans les différents milieux et des structures d'encadrement ;
- Création/Extension des unités de la prise en charge globale (médicale, psychosociale, nutritionnelle) du VIH/SIDA dans les différents milieux;
- Promotion de la recherche dans les secteurs.

## **Education**

- Implication des associations des parents d'élèves (APE), d'étudiants et des syndicats d'enseignants dans la lutte contre le VIH/SIDA ;
- Intégration des enseignements sur la lutte contre le SIDA dans les curricula de formation des écoles, collèges et universités ainsi qu'au cours des évènements ciblant les jeunes.

## **Défense**

- Mise en place des distributeurs automatiques de condoms dans les casernes

## **Santé**

- Promotion du dépistage volontaire auprès du personnel de santé ;
- Formation du personnel de santé aux techniques de précaution universelle ;
- Implication des syndicats de personnels de santé dans la lutte contre le VIH/SIDA.
- Implication des ordres professionnels de santé dans la lutte contre le VIH/SIDA.

## **Tourisme**

- Mise en place des distributeurs automatiques, campagne de dépistage du VIH etc.).

## **Economie et Finance**

- Plaidoyer pour l'allocation et la mise à disposition des ressources financière appropriée pour la lutte.

## **Assemblée Nationale**

- Plaidoyer sur l'adoption des textes de lois favorables à la lutte contre le VIH/SIDA;
- Plaidoyer pour l'implication effective des parlementaires dans leur circonscription électorale.

## **Femmes**

Le Secteur Femmes est en charge du domaine prioritaire « Prévention de nouvelles infections chez les femmes »<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Voir I-6, p. 41



#### **IV-2.2. ENTREPRISES PRIVEES**

L'implication des entreprises à la riposte nationale rentre essentiellement dans le cadre du partenariat public/privé contre le VIH/SIDA. L'objet de ce partenariat est de créer un environnement favorable à la prévention et la prise en charge globale de l'infection à VIH/SIDA en milieu de travail, à travers

(1) la mise en œuvre des programmes de sensibilisation et de formation en faveur des travailleurs,

(2) la facilitation de la création des cellules de lutte contre le VIH/SIDA dans les entreprises et

(3) la mobilisation des ressources adéquates pour leur fonctionnement. Ce partenariat concerne l'ensemble des entreprises privées, avec une priorité accordée à celles dont les effectifs sont supérieurs à 100 personnes et à celles dont les activités sont favorables à la propagation du VIH/SIDA.

Environ 52 conventions de lutte contre le VIH/SIDA ont été signées depuis 2003 entre le CNLS et les entreprises du secteur privé financées à hauteur de 59% par le CNLS et 41% par les entreprises elles-mêmes.

En vue de mesurer les résultats obtenus dans ce domaine, une enquête a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 29 entreprises éligibles au partenariat public/privé dans le cadre du rapport UNGASS du Cameroun 2005. Cette étude a permis de relever les faits suivants :

(1) une grande majorité des organisations de l'échantillon disposent explicitement de programmes et/ou d'actions de prévention contre le VIH/SIDA ;

(2) Dans près de la moitié de ces structures, une personne est chargée du suivi et de la mise en œuvre de telles actions. Cette situation tient certainement au fait que le SIDA est une réalité désormais vécue par toutes ces organisations : dans près de 80% des organisations de l'échantillon on retrouve des cas de personnes séropositives.

La prévention de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH/SIDA relève essentiellement du domaine de l'implicite et du non-dit. Cela se traduit par une « non exigence » de la connaissance du statut sérologique du personnel dans la majorité des cas. En effet, le dépistage n'est pas obligatoire même si les personnes interrogées admettent que la méconnaissance du statut sérologique est un risque de transmission au sein de l'entreprise dans la mesure où les rapports sexuels entre les membres du personnel constituent une réalité.

Une tolérance des dirigeants vis-à-vis des personnes infectées a toutefois été notée dans près de la moitié de l'échantillon. Cette tolérance concerne les manquements liés aux obligations professionnelles (absences et retards); l'allègement des horaires de travail; le maintien jusqu'à terme des personnes infectées au sein de l'effectif de l'organisation ; et une prise en charge médicale discrète mais effective.

Ces données vont permettre au gouvernement de réorienter le partenariat et de mieux cibler les interventions dans le secteur privé.

#### **IV-2.2.1. Objectif général**

Réduire d'au moins 50% le pourcentage de personnes infectées par le VIH dans les entreprises privées et offrir une prise en charge adéquate aux personnes infectées d'ici 2010.

#### **IV-2.2.2. Objectifs spécifiques**

1. Amener les travailleurs du secteur privé, leurs familles ainsi que les populations environnantes à connaître leur statut sérologique ;
2. Réduire les comportements à risque au sein des entreprises privées, des agro industries et des populations environnantes.
3. Assurer la prise en charge médicale et psychosociale de tous les PVVS des entreprises dans les formations sanitaires.

#### **IV-2.2.3. Stratégies**

- Mise en place et généralisation auprès des travailleurs du secteur privé, leurs familles et les populations environnantes d'un programme de sensibilisation, information et formation sur le VIH/SIDA;
- Renforcement des capacités du personnel Santé et des travailleurs sociaux dans les entreprises ;
- Création/Extension des unités de prise en charge globale du VIH/SIDA dans les formations sanitaires des entreprises ;
- Implication effective des syndicats de travailleurs dans la lutte contre le VIH/SIDA au sein des entreprises ;
- Contractualisation du CNLS avec les entreprises privées ;

- Renforcement des capacités du personnel des entreprises en matière de planification, mise en œuvre et suivi évaluation des interventions de lutte contre le SIDA ;
- Promotion du co-financement des activités de lutte contre le SIDA en entreprise.

### ***IV-2.3. LE SECTEUR INFORMEL***

Le secteur informel qui représente environ 85% des travailleurs souvent en situation de précarité n'ont pas bénéficié d'un appui particulier.

#### **IV-2.3.1. Objectif Général**

Réduire d'au moins 50% le pourcentage de personnes infectées par le VIH chez les travailleurs du secteur informel d'ici 2010.

#### **IV-2.3.2. Objectifs spécifiques**

1. Réduire les comportements à risque au sein des travailleurs du secteur informel.
2. Amener 80% de ceux qui fréquentent les milieux à risque (bars, night club, hôtels, auberges, plages) à utiliser de manière correcte et systématique le condom lors des rapports sexuels occasionnels d'ici 2010.
3. Amener les travailleurs du secteur informel et leurs familles à connaître leur statut sérologique.

#### **IV-2.3.3. Stratégies**

- Mise en place d'un cadre général de lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur informel ;
- Mise en place et généralisation auprès des travailleurs du secteur informel et de leurs familles d'un programme de sensibilisation, information et formation sur le VIH/SIDA;
- Renforcement des capacités des syndicats et associations du secteur informel en matière de lutte contre le VIH/SIDA ;
- Facilitation de l'accès des travailleurs du secteur informel et leurs familles aux structures de prévention et de prise en charge ;

- Soutien aux initiatives de lutte contre le SIDA dans le secteur (CCC, dépistage, distributeurs automatiques de préservatifs, application de la réglementation régissant le fonctionnement des lieux à risque).

**V. AXE STRATEGIQUE 5 :  
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET  
PROMOTION DE LA RECHERCHE**

## **V-1. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE**

### ***V-1-1. Objectif général***

Produire des données épidémiologiques fiables sur le VIH/SIDA, les IST ainsi que les infections opportunistes en vue d'assurer une mise en œuvre adéquate du plan stratégique 2006/2010.

### ***V-1-2. Objectifs spécifiques***

1. Déterminer sur une base biannuelle, les tendances comportementales dans la population générale et les groupes ayant des comportements à risque ;
2. Apprécier sur une base biannuelle, le risque de transmission du VIH à travers la production de données fiables chez les femmes enceintes, groupes ayant des comportements à risque et population générale ;
3. Apprécier sur une base biannuelle, la sensibilité aux antibiotiques (ATBs), des germes responsables des différents IST ;
4. Mesurer sur une base biannuelle le poids de l'épidémie sur les services de santé ;
5. Intégrer la notification des cas de SIDA et IST dans le système national d'information sanitaire (IDS) ;
6. Surveiller dans le cadre du réseau de laboratoires de santé publique impliquée dans les activités VIH Sida, la résistance aux ARV ;
7. Surveiller dans le cadre du réseau de laboratoires les tendances épidémiologiques microbiologiques et parasitologiques des infections opportunistes
8. Surveiller l'incidence de l'infection à VIH chez les donneurs de sang et les femmes enceintes ;
9. Améliorer la coordination et la mise en œuvre des activités de la surveillance épidémiologique.

### ***V-1-3. Stratégies***

- Surveillance des comportements vis-à-vis du VIH/SIDA à travers des enquêtes transversales ;

- Surveillance de l'infection à VIH (Prévalence et incidence) à travers des enquêtes de séroprévalence ;
- Surveillance de la sensibilité des germes IST et IO aux médicaments (antibiotiques, antifongiques), et de la résistance de VIH aux antirétroviraux, à travers des enquêtes ;
- Renforcement de la surveillance du SIDA/IST à travers l'intégration de la notification systématique des cas de SIDA et IST dans le système d'information sanitaire ;
- Surveillance des IST à travers les enquêtes sur la prévalence des principales IST ;
- Renforcement des capacités des structures et des personnels impliqués dans la surveillance épidémiologique à tous les niveaux du système de santé.

## **V-2. RECHERCHE**

### ***V-2.1. Objectif général***

Promouvoir et appliquer les résultats de la recherche dans la lutte contre le VIH SIDA au cours de la période 2006 – 2010.

### ***V-2.2. Objectifs spécifiques***

1. Mettre à jour régulièrement le fichier des activités de recherche sur le VIH/SIDA mis en œuvre au Cameroun ;
2. Adapter les outils génériques de recherche opérationnelle de l'ONUSIDA et partenaires internationaux sur la prévention et prise en charge du VIH/SIDA au Cameroun ;
3. Mettre en place un outil de diffusion et de vulgarisation des résultats de la recherche menée au Cameroun ;
4. Faciliter la mise en œuvre du plan stratégique de la recherche vaccinale ;
5. Renforcer les capacités des gestionnaires du programme en recherche opérationnelle et promouvoir son utilisation comme outil de gestion du PNLS ;
6. Mener une recherche opérationnelle pour la meilleure implication des tradipraticiens dans la lutte contre le VIH/SIDA ;
7. Mettre en place un mécanisme de valorisation du patrimoine thérapeutique traditionnelle dans la prise en charge du VIH/SIDA et des maladies opportunistes.

### ***V-2.3. Stratégies***

- Renforcement de la coordination entre les acteurs intervenant dans la recherche ;
- Renforcement des capacités des acteurs ;
- Renforcement des capacités des structures de recherche ;
- Elaboration d'une plate forme de collaboration entre les tradipraticiens et les médecins ;
- Valorisation des résultats des recherches antérieures ;
- Recensement et collecte des produits traditionnels déclarés actifs sur le VIH ;
- Mise en place d'un protocole simplifié d'évaluation de la pharmacopée traditionnelle liée au VIH/SIDA ;
- Renforcer les capacités des tradipraticiens aux bonnes pratiques de préparation, de conditionnement et de conservation des phyto médicaments ;
- Protection du savoir du tradipraticien et les produits efficaces recensés ;
- Vulgarisation des produits ayant des vertus avérées dans la lutte contre le VIH/SIDA ;
- Mise en place un processus de régénération et de gestion durable des espèces végétales sélectionnées.



**VI. AXE STRATEGIQUE 6 :  
RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU  
PARTENARIAT ET DU SUIVI EVALUATION**

Au terme de l'évaluation du Plan Stratégique 2000-2005, on a relevé que le PNLS a souffert d'une grande insuffisance de coordination interne et externe de la part du GTC au niveau central et des GTP au niveau provincial. Cette insuffisance se traduit par des faiblesses en matière de communication interne entre les différentes hiérarchies et la centralisation de l'information d'une manière générale. Ensuite par des insuffisances de collaboration et de coordination entre partenaires, laissant libre la gestion des activités de lutte contre le Sida à l'initiative de chaque intervenant.

## **VI-1. COORDINATION ET GESTION**

### ***VI-1.1. Objectif général***

Amener tous les intervenants dans la lutte contre le SIDA à travailler ensemble et améliorer l'efficacité de leurs interventions.

### ***VI-1.2. Objectifs spécifiques***

1. Améliorer le fonctionnement de toutes les structures de coordination existantes aux niveaux central et décentralisé ;
2. Mettre en place aux niveaux central et décentralisé un outil commun de planification ;
3. Mettre ensemble au moins 80% des financements disponibles pour la lutte contre le VIH/SIDA ;
4. Améliorer le cadre commun de mise en œuvre des interventions aux niveaux central et décentralisé ;
5. Assurer la performance à chaque poste du personnel affecté au Programme ;
6. Mettre en place un système de décaissement de fonds adapté à l'urgence du VIH/SIDA.
7. Mettre en place un dispositif qui garantisse la bonne gouvernance à tous les niveaux ;

### ***VI-1.3. Stratégie***

Mise en œuvre les principes d'appropriation, d'harmonisation, d'alignement et de gestion axée sur les résultats.

## **VI-2. SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION**

Un bon système de suivi et évaluation (S-E) permettra d'apprécier régulièrement les performances d'exécution du nouveau Plan National Stratégique (PNS) 2006/2010 et d'apporter les modifications nécessaires pour une utilisation efficiente et efficace des ressources. L'ensemble d'informations stratégiques obtenu grâce à un tel système favorisera également la prise de décision pour une meilleure orientation de la lutte et une répartition judicieuse des ressources.

Ce chapitre est divisé en deux parties : la première partie décrit brièvement le plan national de collecte, traitement, analyse et utilisation de l'information pour les cinq prochaines années, le plan détaillé annuel étant inclus dans les plans opérationnels ; la deuxième partie passera en revue les nouvelles structures du système de S-E qui permettront la mise en œuvre de ce plan.

### ***VI-2.1. PLAN DE COLLECTE, TRAITEMENT, ANALYSE ET UTILISATION DES DONNEES 2006/2010***

#### **VI-2.1.1. Plan de collecte des données**

**Activités de suivi.** Un certain nombre d'**indicateurs** clés de suivi ont été retenus au niveau national pour la mise en œuvre du PNS. Ils sont présentés dans le Tableau ci-dessous par niveau et domaine d'action prioritaire:

- (1) les indicateurs d'impact,
- (2) les indicateurs sur les connaissances et comportement,
- (3) les indicateurs du programme national,
- (4) les indicateurs sur les actions et engagements nationaux. Cette liste prend en compte les indicateurs définis sur le plan international, à savoir ceux issus de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de la Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS), tenue du 25 au 27 Juin 2001, et ceux des Objectifs de Développement pour le Millénaire. Le tableau indique également les objectifs que le Cameroun s'est fixés pour certains indicateurs d'ici 2010, la périodicité ainsi que les méthodes de collecte de l'information. Pour la liste complète des indicateurs de processus et produit retenue au niveau national et décentralisé, prière de consulter le plan opérationnel 2006.

**Données du programme national.** La collecte de données primaires forme le noyau du système de suivi des activités du programme national. L'évaluation de l'ancien PNS ayant montré les faiblesses du

système actuel d'information de routine, il a été décidé de le renforcer en mettant l'accent sur

- (1) la standardisation des données au niveau local pour permettre l'agrégation de l'information au niveau national et
- (2) les missions régulières de supervision et de contrôle pour l'obtention de données fiables permettant une prise de décision.

Le système général comprendra deux éléments fondamentaux au niveau des structures d'exécution qui sont :

- La collecte des données primaires sur terrain par les acteurs de terrain de chaque structure d'exécution;
- La synthèse primaire accomplie au niveau de la structure d'exécution d'une manière régulière

Les structures d'exécution de premier niveau assureront la collecte quotidienne des données consignées sur des supports que sont les registres de consultations journaliers pour les formations sanitaires, les fiches de compte rendu d'activités pour les autres secteurs et les cahiers de note pour des acteurs individuels comme des éducateurs, des formateurs etc.

Un *Guide du Terrain* (contenant des fiches de collecte) sera envoyé à toutes les structures d'exécution. Il est à noter toutefois que la collecte de données primaires d'indicateurs ne devrait pas se limiter à ceux proposés dans le Guide. Chaque structure d'exécution pourrait choisir des indicateurs supplémentaires pour suivre la mise en œuvre de son projet. Néanmoins, le Guide de Terrain indique les indicateurs nationaux obligatoires à suivre et rapporter par tous les intervenants.

**Données d'impact.** Il est essentiel de noter que les capacités des laboratoires provinciaux pour les examens de dépistage des IST et du VIH/SIDA ont été renforcées lors des dernières années. Des outils pour la surveillance épidémiologiques de deuxième génération ont également été élaborés et le personnel provincial et central formé pour la mise en place d'un tel système. Malgré ces acquis, il a été constaté une insuffisance dans la planification et la gestion des activités de surveillance, un manque d'implication des structures techniques habilitées à mener les activités de surveillance et l'inexistence de rapports par le personnel formé.

Le nouveau plan entend remédier à cette situation en commençant par transférer la gestion des activités de séro-surveillance à la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) et à la Division de la

Recherche Opérationnelle en Santé (DROS). L'accent sera également mis sur le renforcement des sites sentinelles et la reprise de la collecte régulière des données, complétant ainsi l'information obtenue des enquêtes EDS-III.

Le système de surveillance épidémiologique, désormais intégré dans le système national d'information sanitaire, reposera sur trois sources de données :

- (1) notifications de cas de SIDA et d'IST de manière régulière;
- (2) séro-surveillance du VIH et surveillance du SIDA dans les sites sentinelles et surveillance de comportement de manière régulière;
- (3) enquête EDS+ tous les 4-5 ans.

**Activités d'évaluation.** Le volet évaluation et recherche opérationnelle n'ayant pas été suffisamment développé lors des cinq dernières années, il a été décidé d'élaborer un plan en concertation avec le Groupe de Travail Suivi et Evaluation (GTSE) sur la base des priorités identifiées dans ce nouveau PNS. Parmi les activités à réaliser, une importance particulière sera accordée aux évaluations régulières des différentes composantes du programme national (un domaine prioritaire par an) et à la recherche opérationnelle. Cette dernière permettra au gouvernement d'apporter aux stratégies développées pour les domaines prioritaires les modifications nécessaires pour des résultats plus effectifs.

#### **VI-2.1.2. Le traitement, l'informatisation et l'analyse des données**

**Traitement.** Le système d'information sur les ripostes pays (CRIS) conçu par l'ONUSIDA sera utilisé pour stocker l'ensemble d'informations stratégiques consolidé par l'Unité de Planification, Suivi et Evaluation du GTC/CNLS. Ce système sera mis à jour périodiquement sur la base des rapports des structures d'exécution et de coordination. Pour assurer sa fonctionnalité aux niveaux central et décentralisé, l'équipe du GTC déjà formée se chargera d'organiser en 2006, avec l'appui de l'ONUSIDA, une formation d'un groupe d'utilisateurs composé des responsables du suivi évaluation et points focaux des secteurs au niveau décentralisé.

**Analyse.** L'analyse ou l'interprétation des résultats permettra de dégager les conclusions en termes de performance et de proposer des actions à mener. L'analyse se fera à des degrés différents selon les niveaux.

Au niveau des structures d'*exécution*, l'analyse consistera à faire un bilan des activités en faisant ressortir les écarts par rapport à la programmation et leurs raisons ainsi que les difficultés rencontrées. Cette analyse devra également aboutir à des suggestions pour l'amélioration des performances. Au niveau des structures de *coordination*, l'analyse consistera à faire un bilan consolidé des rapports des structures d'exécution en indiquant la progression vers l'atteinte de leurs objectifs de planification. Le SP/CNLS en tant que structure nationale de coordination, à travers ses unités et sections, fera ressortir la contribution de chaque secteur à l'atteinte des objectifs nationaux. Les structures d'exécution et de coordination bénéficieront de l'appui de personnes ressources pour leurs travaux de traitement et d'analyse.

**Utilisation de l'information.** Cet aspect essentiel du système de S-E n'a également pas été suffisamment exploité au cours des dernières années. Une stratégie de communication sera par conséquent développée en concertation avec la section Communication pour le changement de comportement, permettant la diffusion d'informations stratégiques à travers plusieurs canaux de communication identifiés en fonction des auditoires cibles (voir encadré). Des ressources suffisantes seront allouées pour permettre une diffusion régulière de l'information sur le VIH/SIDA.

Le SP/CNLS assurera la dissémination des résultats des analyses auprès des décideurs, des partenaires, des structures d'exécution et de la population en collaboration avec les structures décentralisées de coordination. Chaque responsable de structure de coordination veillera à assurer la rétro-information des résultats des analyses pour que ceux chargés de la collecte des données puissent en percevoir l'utilité.

**Canaux et cadres de concertation pour la dissémination de l'information**

- Revue semestrielle du CNLS « Contre le SIDA »
- Rapport annuel du SP/CNLS
- Rapport biennal UNGASS
- Rapports d'études et de recherches
- Presse et médias
- Sessions trimestrielles de la CMS
- Ateliers bilans et de programmation
- Missions de supervision
- Rencontres de plaidoyer
- Réunions semestrielles du forum des partenaires
- Site Web du CNLS/ONUSIDA

La *revue semestrielle du CNLS « Contre le SIDA »* traitera des informations sur le VIH/SIDA au Cameroun et dans le monde et relatara les activités du CNLS, de son Secrétariat Permanent, des acteurs de terrain ainsi que celles des partenaires techniques et financiers impliqués dans la lutte. Elle sera destinée à donner plus de visibilité à la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA et sera distribuée gratuitement au public et aux partenaires techniques et financiers. Elle servira de support à la politique de communication du SP/CNLS qui l'utilise pour faire le plaidoyer.

Le *rapport annuel du SP/CNLS* vise à rendre compte de l'état d'exécution du PNS par secteur d'intervention. Il sera élaboré par le SP/CNLS et sera destiné à tous les acteurs de la lutte contre le SIDA au Cameroun.

Le *rapport biennal UNGASS* renseigne principalement sur les indicateurs issus de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) de juin 2001. Ces indicateurs sont la traduction du programme d'action nationale et internationale de lutte contre la pandémie de VIH/SIDA dans lequel les gouvernements de 189 pays se sont engagés.

Le *site web du SP/CNLS*, développé en collaboration avec l'ONUSIDA, aura pour but de fournir des informations sur la lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun au grand public (national et international), à tous les acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA, et aux partenaires techniques et financiers.

## **VI-2.2. LES STRUCTURES DU SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION AU CAMEROUN**

Cette section passe en revue les principaux acteurs de S-E et décrit le circuit de l'information sur le VIH/SIDA du niveau local au niveau central.

Les **principaux acteurs** de S-E aux niveaux central et décentralisé sont présentés par le schéma ci-dessous :

Structures/Institutions	Niveaux	Rôle
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Section du S-E du GTC/ CNLS</li> <li>- Structures techniques de coordination des autres Ministères</li> <li>- Groupe de Travail S-E</li> </ul>	<div>Structures Nationales de Coordination</div> <div>↕</div> <div>Structures Décentralisées de Coordination</div> <div>↕</div> <div>Structures d'Exécution</div> <div>↕</div> <div>Acteurs du Terrain</div>	<div>Synthèse</div> <div>Synthèse</div> <div>Synthèse Primaire</div> <div>Données Primaires</div>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- GTP</li> <li>- DPSP</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- PFC</li> <li>- DS</li> <li>- ONG/Associations</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- CLLS</li> <li>- CSI</li> <li>- ONG/Associations</li> <li>- Etablissements scolaires, formations sanitaires, institutions spécialisées etc.</li> </ul>		

Au niveau central, c'est la *section Planification Suivi Evaluation du GTC/CNLS* qui est chargée du suivi et de l'évaluation du programme national VIH/SIDA. Son rôle est de s'assurer que toutes les activités des acteurs impliqués dans le VIH/SIDA s'intègrent dans *un seul* système national de S-E suivant l'esprit des Trois Principes. Compte tenu de ce rôle essentiel, il a été décidé de renforcer cette unité en 2006 pour une coordination effective des activités. L'équipe complète sera composée d'experts en santé publique, stratégie, sciences sociales, et informatique. La coordination sera par ailleurs facilitée par les réunions régulières du Groupe de Travail de S-E (voir ci-dessous). Les tâches principales de l'unité consisteront à :

- Préparer le plan annuel de S-E
- Maîtriser la qualité et les délais des produits de S-E
- Coordonner les évaluations prévues pour les prochaines années et favoriser l'autoévaluation des acteurs sectoriels
- Analyser les données recueillies des acteurs et préparer les différents rapports du SP pour la planification et réorientation du programme et
- Garantir la diffusion et la circulation des informations sur le VIH/SIDA



En ce qui concerne l'exécution des activités de S-E, la section aura recours à des sources extérieures telles les universités, instituts de recherche, consultants, sociétés de comptabilité etc.

Au niveau provincial, il est prévu de mettre en place une petite unité de suivi et évaluation afin de permettre au Coordonnateur de suivre, coordonner et gérer effectivement le programme.

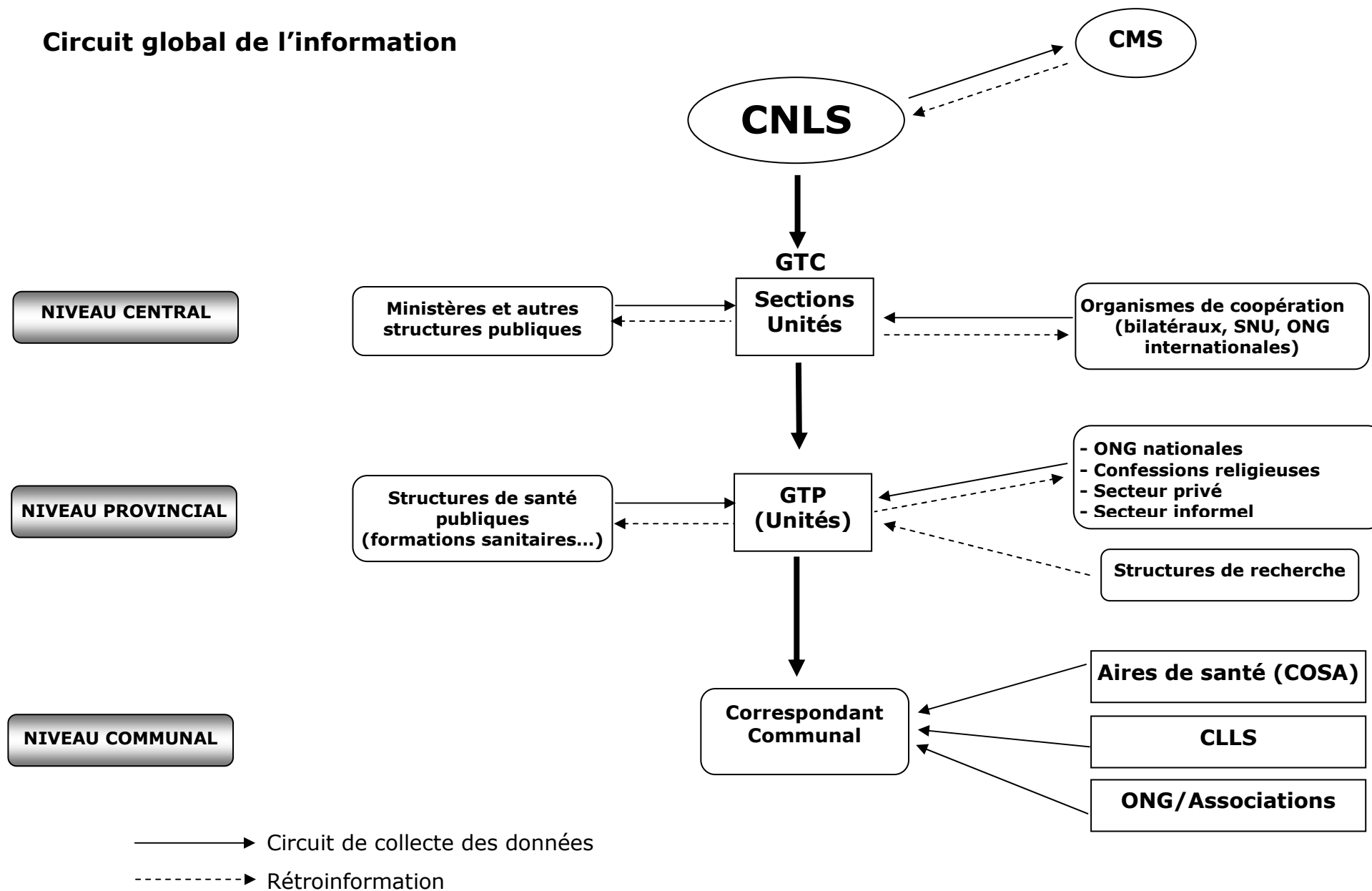
*Le Groupe de Travail S-E*, composé d'experts de suivi et évaluation du gouvernement, des agences bilatérales, du système des Nations Unies, des institutions académiques et de la société civile, aura pour tâche de conseiller la section sur les aspects de suivi et d'évaluation tout au long du développement et de la mise en œuvre des plans d'action de suivi et d'évaluation. Il se réunira tous les mois, et au fur à mesure des besoins, pour donner des conseils et examiner les réalisations du programme.

**Circuit de l'information.** L'expérience au Cameroun et dans d'autres pays a montré l'importance d'investir dans le développement d'un mécanisme favorisant un circuit effectif de l'information indépendant des sources de financement. Un effort particulier sera par conséquent déployé pour que les activités de la majorité des acteurs soient intégrées dans le système national d'information, et ce à travers un mécanisme de coordination efficace mis en place par le GTC/CNLS.

Dans le cadre de ce nouveau système, chaque structure d'exécution ou de coordination transmettra son rapport au niveau hiérarchique requis conformément au circuit de l'information (voir Diagramme ci-dessous). Ces rapports seront transmis trimestriellement au GTC/CNLS pour les besoins de suivi des indicateurs et la mise en évidence des progrès atteints et des grandes tendances.

Concernant les bilans financiers, la section chargée de l'Administration et des Finances élaborera un rapport financier trimestriel, semestriel et annuel des fonds alloués à la lutte contre le VIH/SIDA au plan national à partir des rapports des partenaires financiers et des bilans financiers des différents secteurs. Ce rapport sera transmis à la section planification et suivi évaluation pour prise en compte dans le bilan du PNS.

## Circuit global de l'information



## ANNEXE 1 : Cadrage budgétaire 2006/2010

DOMAINES	OBEJECTIF GENERAL	ANNEE 2006	ANNEE 2007	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010	TOTAL
<b>AXE STRATÉGIQUE 1 : VERS L'ACCÈS UNIVERSEL À LA PRÉVENTION EN FAVEUR DES GROUPES CIBLES PRIORITAIRES</b>							
CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE (CPDV)	Faire passer de 24% à au moins 75 % la proportion des femmes et hommes infectés connaissant leur statut sérologique d'ici à 2010	3 821 036 350	3 459 671 600	3 117 483 850	3 007 174 000	2 903 148 750	16 308 514 550
PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MERE-ENFANT (PTME) ET PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE (PECP)	Réduire d'au moins 50% l'incidence du VIH chez les enfants de moins de 02 ans au Cameroun d'ici à 2010.	3 123 463 616	3 816 338 016	4 198 158 416	4 305 547 216	4 336 463 616	19 779 970 880
SECURITE SANGUINE	Réduire la transmission du VIH par voie sanguine et le nombre d'accidents d'exposition au sang et tout en assurant la sécurité des injections en milieux de soins.	1 215 884 100	1 621 493 200	1 360 971 600	1 903 746 600	1 845 746 600	7 947 842 100
PRÉVENTION DU VIH CHEZ LES JEUNES	Réduire d'au moins 50% l'incidence du VIH/SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans d'ici 2010	1 258 508 000	1 558 508 000	2 043 950 000	2 392 550 000	2 604 700 000	9 858 216 000
PRÉVENTION DE NOUVELLES INFECTIONS CHEZ LES FEMMES	Réduire d'au moins 50% l'incidence du VIH/SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans d'ici 2010	1 258 508 000	1 558 508 000	2 043 950 000	2 392 550 000	2 604 700 000	9 858 216 000
PROMOTION DU PRESERVATIF	Accroître de 41% à 70% et de 54% à 80% la proportion de femmes et d'hommes qui utilisent le préservatif au cours des rapports sexuels à risque d'ici à 2010.	2 253 920 000	2 385 488 667	2 656 518 667	2 812 500 000	3 009 200 000	13 117 627 333
PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES IST	Réduire de 50% la prévalence des IST au sein de la population générale et particulièrement dans les groupes à risques.	1 196 641 000	1 260 526 000	1 372 882 000	1 660 526 000	1 860 526 000	7 351 101 000
<b>Sous-total, Axe stratégique 1</b>		<b>14 127 961 066</b>	<b>15 660 533 483</b>	<b>16 793 914 533</b>	<b>18 474 593 816</b>	<b>19 164 484 966</b>	<b>84 221 487 863</b>
<b>AXE STRATÉGIQUE 2 : VERS L'ACCÈS UNIVERSEL AUX TRAITEMENTS ET SOINS EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES ADULTES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA</b>							
<i>PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PVVIH (Diagnostic, ARV, IO, Aide à l'Observance, etc.)</i>	Réduire d'au moins 50%, la mortalité des PVVS en assurant leur prise en charge médicale (ARV, suivi biologique, médicaments IO et soins palliatifs), psychosociale et nutritionnelle d'ici 2010.	12 309 820 000	12 290 149 000	12 804 817 000	13 260 343 000	14 429 417 600	<b>65 094 546 600</b>
<b>Sous-total, Axe stratégique 2</b>		<b>12 309 820 000</b>	<b>12 290 149 000</b>	<b>12 804 817 000</b>	<b>13 260 343 000</b>	<b>14 429 417 600</b>	<b>65 094 546 600</b>

DOMAINES	OBEJECTIF GENERAL	ANNEE 2006	ANNEE 2007	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010	TOTAL
<b>AXE STRATÉGIQUE 3 : PROTECTION ET SOUTIEN AUX ORPHELINS ET ENFANTS VULNÉRABLES</b>							
ORPHELINS ET ENFANTS VULNERABLES (OEV)	Apporter un soutien à 100% d'orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH (OEV) et faciliter leur accès aux services de base de qualité d'ici 2010.	2 070 925 000	3 423 000 000	3 617 000 000	3 802 000 000	4 022 000 000	13 511 925 000
<b>Sous-total, Axe stratégique 3</b>		<b>2 070 925 000</b>	<b>3 423 000 000</b>	<b>3 617 000 000</b>	<b>3 802 000 000</b>	<b>4 022 000 000</b>	<b>13 511 925 000</b>
<b>AXE STRATÉGIQUE 4 : APPROPRIATION DE LA LUTTE PAR LES ACTEURS</b>							
PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH)	Susciter d'ici à 2010 la création d'au moins une association fonctionnelle de PVVIH par commune et son adhésion à un réseau association national	840 382 000	986 330 000	1 192 858 000	1 595 358 000	2 111 858 000	6 726 786 000
PARTICIPATION DES COMMUNAUTES	Identifier dans chacune des 1500 aires de santé du Cameroun une organisation de lutte contre le sida agréée par le comité communal de lutte contre le sida dotée d'un cahier de charge	2 000 000 000	2 200 000 000	2 400 000 000	2 600 000 000	2 800 000 000	12 000 000 000
CAPITALISATION DE LA VALEUR AJOUTÉE DES ORGANISATIONS RELIGIEUSES	Intégrer les messages de lutte contre le sida dans tous les prêches, au sein des organisations des jeunes et des femmes en vue du changement de comportements des fidèles	800 000 000	1 000 000 000	1 500 000 000	1 900 000 000	2 200 000 000	7 400 000 000
<b>LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN MILIEUX DE TRAVAIL</b>							
<b>Secteur Public</b>							
EDUCATION ET ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR	Réduire d'au moins 50% l'incidence du VIH dans le secteur éducation et enseignement supérieur et offrir une prise en charge adéquates aux personnes infectées d'ici à 2010.	300 000 000	350 000 000	375 000 000	400 000 000	420 000 000	1 845 000 000
SECTEUR POLICE	Réduire d'au moins 50% l'incidence du VIH dans le secteur police et offrir une prise en charge adéquate aux personnes infectées d'ici à 2010.	100 000 000	150 000 000	175 000 000	200 000 000	220 000 000	845 000 000
SECTEUR DEFENSE	Réduire d'au moins 50% l'incidence du VIH dans le secteur défense et offrir une prise en charge adéquate aux personnes infectées d'ici à 2010.	150 000 000	175 000 000	200 000 000	220 000 000	250 000 000	995 000 000
SECTEUR ADMINISTRATION PENITENTIAIRE	Réduire d'au moins 50% l'incidence du VIH dans le secteur administration pénitentiaire et offrir une prise en charge adéquate aux personnes infectées d'ici à 2010.	100 000 000	150 000 000	175 000 000	200 000 000	220 000 000	845 000 000

DOMAINES	OBEJECTIF GENERAL	ANNEE 2006	ANNEE 2007	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010	TOTAL
SECTEUR SANTE	Réduire d'au moins 50% l'incidence du VIH dans le secteur santé et offrir une prise en charge adéquate aux personnes infectées d'ici à 2010.	150 000 000	175 000 000	200 000 000	220 000 000	250 000 000	995 000 000
SECTEUR FEMMES	Réduire l'incidence 50 % au moins du VIH/SIDA chez les femmes d'ici à 2010	100 000 000	150 000 000	175 000 000	200 000 000	220 000 000	845 000 000
SECTEUR TOURISME	Réduire d'au moins 50% l'incidence du VIH dans le secteur tourisme et offrir une prise en charge adéquates aux personnes infectées d'ici à 2010.	75 000 000	100 000 000	150 000 000	175 000 000	200 000 000	700 000 000
SECTEUR ASSEMBLEE NATIONALE	Impliquer les parlementaires dans la mobilisation des ressources pour la lutte contre le sida dans le secteur public	75 000 000	100 000 000	150 000 000	175 000 000	200 000 000	700 000 000
LES AUTRES SECTEURS PUBLICS	Réduire d'au moins 50% l'incidence du VIH dans les autres secteurs et offrir une prise en charge adéquate aux personnes infectées d'ici à 2010.	500 000 000	750 000 000	850 000 000	900 000 000	1 000 000 000	4 000 000 000
<b>Sous total secteur public</b>		<b>1 550 000 000</b>	<b>2 100 000 000</b>	<b>2 450 000 000</b>	<b>2 690 000 000</b>	<b>2 980 000 000</b>	<b>11 770 000 000</b>
ENTREPRISES PRIVES	Réduire d'au moins 50% l'incidence du VIH dans les entreprises privées et offrir une prise en charge adéquate aux personnes infectées d'ici à 2010	440 250 000	640 250 000	840 250 000	940 250 000	1 440 250 000	4 301 250 000
SECTEUR INFORMEL	Réduire d'au moins 50% l'incidence du VIH chez les travailleurs du secteur informel et offrir une prise en charge adéquate aux personnes infectées d'ici 2010	700 000 000	750 000 000	850 000 000	900 000 000	950 000 000	4 150 000 000
MEDIAS	Améliorer qualitativement et quantitativement le traitement et la diffusion de l'information sur le VIH/SIDA par les médias	169 328 180	213 256 000	265 852 000	275 256 000	300 000 000	1 223 692 180
<b>Sous-total, Axe stratégique 4</b>		<b>2 859 578 180</b>	<b>3 703 506 000</b>	<b>4 406 102 000</b>	<b>4 805 506 000</b>	<b>5 670 250 000</b>	<b>21 444 942 180</b>

DOMAINES	OBEJECTIF GENERAL	ANNEE 2006	ANNEE 2007	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010	TOTAL
<b>AXE STRATÉGIQUE 5 : SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET PROMOTION DE LA RECHERCHE</b>							
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE	Produire des données fiables sur le VIH/SIDA et les IST en vue d'assurer une mise œuvre adéquate du plan stratégique 2006/2010	400 000 000	450 190 000	466 980 000	480 190 000	486 980 000	2 284 340 000
RECHERCHE EN SANTE	Promouvoir et impliquer la recherche dans la lutte contre le SIDA au cours de la période 2006 – 2010	654 322 000	660 186 000	694 082 000	716 126 000	533 850 000	3 258 566 000
Sous-total, Axe stratégique 5		1 054 322 000	1 110 376 000	1 161 062 000	1 196 316 000	1 020 830 000	5 542 906 000
<b>AXE STRATÉGIQUE 6 : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DE LA GESTION, DU PARTENARIAT ET DU SUIVI ÉVALUATION</b>							
COORDINATION ET SUIVI EVALUATION	Mettre en œuvre avec efficacité les trois principes	1 230 964 000	1 345 917 000	1 557 482 000	1 695 917 000	1 895 917 000	7 726 197 000
Sous-total, Axe stratégique 6		1 230 964 000	1 345 917 000	1 557 482 000	1 695 917 000	1 895 917 000	7 726 197 000
TOTAL AXE 1 à 5		33 653 570 246	37 533 481 483	40 340 377 533	43 234 675 816	46 202 899 566	197 542 004 643

## ANNEXE 2 : Décisions ministérielles régissant l'accès aux ARV

REFERENCE	OBJET
Décision N°0190/D/MSP/CAB du 30 mars 2001	Portant désignation des centres de traitement agréés
Décision N°0275/D/MSP/CAB du 28 juillet 2003	Fixant le cadre des interventions de certaines structures hospitalières dans la lutte contre le VIH/SIDA
Circulaire N°D36-37/C/MSP/CAB du 13 Août 2003	Prescrivant la standardisation des protocoles de prise en charge par les ARV des PVVS
Décision N°0439/MSP/CAB du 11 septembre 2004	Portant mise en place d'un observatoire national des prix des antirétroviraux (ARV) et des tests de dépistage de l'infection à VIH
Décision N°455/D/MSP/DLM/SD-VIH-IST/PCC/BPECM du 22 sept 2004	Portant désignation en première phase des Unités de PEC (UPEC) des PVVS par les ARV au Cameroun
Décision N° 455/D/MSP/CAB du 22 sept 2004	Portant création et organisation des UPEC des PVVS par les ARV au Cameroun
Décision N° 0468/MSP/CAB du 24 sept 2004	Fixant tarification des protocoles de première ligne de PEC des PVVS par les médicaments ARV au Cameroun
Décision N°0468 bis/MSP/CAB du 24 sept 2004	Fixant la nouvelle tarification des protocoles de première ligne de PEC des PVVS par les ARV, les médicaments des IO et examens de suivi biologiques
Décision N°008/MSP/CAB du 14 janvier 2005	Fixant le paquet subventionné des examens biologiques de suivi des PVVS sous ARV au Cameroun
Décision N°0009/MSP/CAB du 14 janvier 2005	Complétant la disposition de la décision N°468 bis/MSP/CAB du 24 sept 2004 fixant la tarification des protocoles de première ligne de PEC des PVVS par les ARV et des examens de suivi biologiques au Cameroun
Note de Service D 31-47 03 mai 2005	Désignant les structures de rattachement des UPEC
Décision N°0803/MSP/CAB du 27 décembre 2005	Modifiant le coût du bilan biologique de suivi des personnes vivant avec le VIH/SIDA sous ARV au Cameroun

## ANNEXE 3 : Indicateurs nationaux clés UNGASS

Indicateurs	Périodicité	Méthode de collecte des données
<b>Actions et engagements nationaux</b>		
<b>Dépenses</b>		
1. Montant des fonds engagés dans la lutte contre le VIH/SIDA (Gouvernement, Partenaires, Ménages)	Annuelle	Évaluation des dépenses nationales destinées à la riposte au VIH et au SIDA  Analyse des flux de ressources financières
<b>Élaboration des politiques et situation de la mise en œuvre</b>		
2. Indice composite des politiques nationales  <b>Domaines couverts</b> : prévention, soins et appui, droits de la personne, participation de la société civile, suivi et évaluation  <b>Groupes cibles</b> : personnes vivant avec le VIH et le SIDA, femmes, jeunes, enfants rendus orphelins et populations les plus à risque	Annuelle	Examen des documents et entretiens avec des informateurs-clés
<b>Programme national : éducation, emploi, santé, prise en charge des orphelins et enfants vulnérables</b>		
3. % d'écoles dans lesquelles les professeurs ont été formés à un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales et qui l'ont dispensé au cours de la dernière année scolaire	Annuelle	Enquête auprès des écoles  Suivi de la mise en œuvre des programmes  Examen des programmes d'éducation
4. % de grandes entreprises/sociétés qui ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail	Annuelle	Suivi de la mise en œuvre des programmes
5. % de patients atteints d'IST reçus dans des centres de soins, dont le diagnostic a été correctement établi, qui sont traités et conseillés de manière opportune	Annuelle	Suivi de la mise en œuvre des programmes /Enquête dans les centres de santé
6. % de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME	Annuelle	Suivi des programmes
7. % de personnes dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association d'antirétroviraux	Annuelle	Suivi de la mise en œuvre des programmes
<b>Objectif Cameroun : 75% d'ici 2010</b>		
8. % d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	Annuelle	Suivi des programmes et estimations
9. % d'unités de sang transfusées ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH	Annuelle	Suivi des programmes



Connaissances et comportements (objectifs spécifiques)		
<p>10. % de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus</p> <p><b>Objectif Cameroun d'ici 2010: 95% d'ici 2010</b></p> <p><b>Objectif UNGASS : 95 % d'ici 2010</b></p> <p>11. % de jeunes femmes 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (18 ans pour les hommes)</p> <p><b>Objectif Cameroun : réduction de 50%</b></p> <p>12. % de jeunes 15-24 ans indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier, hors mariage</p> <p><b>Objectif Cameroun d'ici 2010:de 47% à 90% chez les femmes et de 57% à 95% chez les hommes</b></p>	<p>Tous les 4 à 5 ans</p> <p>Enquête de population EDS</p>	
Impact (objectifs généraux)		
<p>13. % de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH</p> <p><b>Objectif Cameroun d'ici 2010: réduction d'au moins 50%</b></p> <p><b>Objectif UNGASS d'ici 2010: réduction de 25 %</b></p>	<p>Annuelle</p> <p>4 à 5 ans</p>	<p>Enquête de surveillance sentinelle du VIH</p> <p>Enquête de population</p>
<p>14. % d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours en vie et sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci</p>	<p>Annuelle</p>	<p>Suivi des programmes</p>
<p>15. Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus</p> <p><b>Objectif Cameroun d'ici 2010: réduction de 50%</b></p> <p><b>Objectif UNGASS d'ici 2010: réduction de 50 %</b></p>	<p>Annuelle</p>	<p>Estimation basée sur la couverture des programmes</p>