

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

CABINET DU MINISTRE

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE
LE SIDA

GROUPE TECHNIQUE CENTRAL

SECRETARIAT PERMANENT



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

MINISTER'S OFFICE

NATIONAL AIDS CONTROL COMMITTEE

CENTRAL TECHNICAL GROUP

PERMANENT SECRETARIAT

Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST 2021-2023 du Cameroun

Mai 2020

Avant-propos du Ministre de la Santé Publique

Le Plan Stratégique National (PSN) de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST est l'instrument d'orientation de la riposte à l'épidémie de VIH au Cameroun pour la période 2021-2023. Ce plan trouve son ancrage dans la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 et est orienté vers la consolidation des acquis, la vision globale pour la fin de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 et la contribution à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD). Il a été élaboré sur la base des leçons apprises de la mise en œuvre du précédent plan, des orientations et engagements internationaux, sous régionaux auxquels le Cameroun a souscrit.

Parallèlement, Son Excellence Monsieur Paul BIYA, Président de la République, Chef de l'État, dans sa politique des grandes réalisations dont la santé constitue incontestablement le cœur de la politique sociale et sanitaire, n'a eu de cesse de réaffirmer sa volonté politique pour le bien-être sanitaire de nos concitoyens. Aussi, a-t-il prescrit au Gouvernement de prendre toutes les mesures nécessaires à l'effet de « donner à notre système de santé la capacité de répondre aux besoins réels de la population. Ceci en donnant aux formations hospitalières et aux centres de santé les moyens nécessaires en personnel, en matériel, en médicaments » et d'œuvrer pour qu'à terme, nous aboutissions « à un dispositif d'assistance médicale qui ne laisserait aucun Camerounais sans soins, quels que soient ses moyens ».

Pour les trois prochaines années, le PSN 2021-2023, envisage de réduire l'incidence du VIH, la morbidité et la mortalité liées au VIH et d'atténuer le fardeau socio-économique de la maladie sur le développement du pays. La mise en œuvre de ce plan nécessite l'implication de tous les acteurs de la société camerounaise (secteurs public et privé, société civile, confessions religieuses et les communautés à la base). Le leadership et la coordination devront être renforcés pour une plus grande synergie d'action et une utilisation efficiente des ressources. Je remercie toutes les équipes nationales et internationales ainsi que tous les partenaires techniques et financiers qui ont contribué à la réactualisation de ce plan.

Dr MANAOUDA Malachie

Ministre de la Santé Publique

Remerciements

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST pour la période 2021-2023 est le fruit de l'engagement de tous les acteurs de la riposte. Le présent document, synthèse d'un large consensus national, a été élaboré sur la base des forces et faiblesses du précédent plan en prenant en compte les orientations internationales. L'apport des différents départements ministériels, des organisations de la société civile, des associations et des réseaux de PVVIH, des entreprises privées et parapubliques, des organisations religieuses etc. a permis d'assurer la prise en compte des opinions et la participation des acteurs, ainsi que celle des bénéficiaires à ce processus de planification de la riposte multisectorielle du Cameroun au Sida, au VIH, et les IST pour la période 2021-2023. La crise sanitaire mondiale de la COVID-19 qui s'est imposée au Cameroun a considérablement modifié les conditions de travail des équipes d'experts nationaux et internationaux réunis autour de cette mission depuis mars 2020. Le CNLS a néanmoins poursuivi le processus d'élaboration de l'extension du PSN 2018-2022, d'une part pour se doter d'un document stratégique national de référence et d'autre part pour préparer la demande de financement conjointe VIH et Tuberculose du nouveau cycle de financement 2021-2023 (NFM-3) du Fonds mondial (FM). La mise en œuvre de ce processus a été rendue possible grâce aux partenaires techniques et financiers du Cameroun dont les contributions multiformes ont été déterminantes. À cet effet, des remerciements particuliers sont adressés à l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'OMS, l'ONUFEMME, à l'UNFPA, au PNUD et au BIT, ainsi que les équipes du PEPFAR et ses organisations rattachées (USAID, CDC, DoD et Peace Corps), les représentants des coopérations bilatérales et la société civile.

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

Dr BONONO Leonard

Secrétaire Permanent du GTC/CNLS

Abréviations et acronymes

APS	Agent Psycho-Social
ARV	Antirétroviral(ux)
CAMNAFAW	Cameroonian National Association for Family Welfare
CAMPHIA	Cameroon Population-Based HIV Impact Assessment
CDV	Conseil Dépistage Volontaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CNTI	Centre Nutritionnel et Thérapeutique Interne
CPN	Consultation Prénatal
CV	Charge Virale VIH
DIC	Drop-In Center
DPML	Direction de la Pharmacie du Médicament et de Laboratoire
DS	Districts de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
eTME	Élimination de la Transmission Mère-Enfant
FEC	Femme enceinte
FM	Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
HAPP	« HIV/AIDS Prevention Program » de Care Cameroun
HSB	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IBBS	Integrated Bio-Behavioural Survey
ICN	Instance de Coordination Nationale du Fonds mondial
IST	Infections sexuellement transmissibles
KP(s)	Key Populations / Population(s) Clé(s)
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
NFM	New Funding Model
OBC	Organisation à Base Communautaire
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la Société civile
PEC	Prise en charge
PEPFAR	President Emergency Program for AIDS Relief (USA)
PMS	Paquet Minimum de Services
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PrEP	Prophylaxie pré-Exposition
PSH	Personne en Situation de Handicap
PSN	Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le Sida et les IST
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RdR	Réduction des risques
RSS	Renforcement du système de santé
SMNIA	Santé Maternelle Néonatale, Infantile et Adolescent
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
TARV	Traitement Antirétroviral
TB	Tuberculose
TG	Transgenre
TME	Transmission Mère-Enfant du VIH
TS	Travailleur(r)ses du sexe
TSO	Traitement de substitution des opiacés
UD	Usagers de drogues
UDI	Usagers de drogues Injectables
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
UNODC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime
UPEC	Unité de Prise En Charge du VIH
VAD	Visite à Domicile
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : ANALYSE DES TAUX DE PREVALENCE MESURES DANS LES EDS DE 2004 A 2018.....	13
TABLEAU 2 : ESTIMATIONS SPECTRUM 2017 A 2020 (SOURCE SPECTRUM 2020).....	13
TABLEAU 3 : ESTIMATIONS SPECTRUM 2017 A 2020 (SOURCE SPECTRUM 2020).....	14
TABLEAU 4 : PREVALENCES ET ESTIMATIONS DE TAILLES DES KPs AU CAMEROUN (IBBS 2016)	15
TABLEAU 5 : PREVALENCES ET ESTIMATIONS DE TAILLES DES POPULATIONS VULNERABLES AU CAMEROUN	16
TABLEAU 6 : COUVERTURE DES BENEFICIAIRES EN 2019	20
TABLEAU 7 : PERFORMANCE DE LA COUVERTURE EN DEPISTAGE ET LA COUVERTURE EN ARV DES FEMMES.....	22
TABLEAU 8 : RESULTATS D’EFFET 1	45
TABLEAU 9 : RESULTATS D’EFFET 2	49
TABLEAU 10 : RESULTATS D’EFFET 3	53
TABLEAU 11 : RESULTATS D’EFFET 4	57
TABLEAU 12 : ROLES DES DIFFERENTS ACTEURS PAR NIVEAU DANS LA MISE EN ŒUVRE	64

Liste des figures

FIGURE 1 : ÉVOLUTION DE LA PREVALENCE DU VIH CHEZ LES 15-49 ANS AU CAMEROUN 2004-2018	11
FIGURE 2:PREVALENCE DU VIH PAR REGION 2018	12
FIGURE 3 : PREVALENCE DU VIH PAR TRANCHE D'AGE EN 2018.....	12
FIGURE 4: REPARTITION ET NOMBRE DE POINTS CHAUDS FTS, HSH, UDI ET UD EN 2018 (CARTOGRAPHIE 2018).....	16
FIGURE 5 : REPARTITION DES POINTS CHAUDS (CARTOGRAPHIE 2018).....	16
FIGURE 6 : CASCADE VIH « TESTER- TRAITER- RETENIR » AU CAMEROUN 2018 ET 2019	24
FIGURE 7: PERFORMANCE DE LA GOUVERNANCE DE LA REPONSE	33
FIGURE 8 : PRINCIPES DIRECTEURS DU PLAN D'EXTENSION DU PSN.....	37
FIGURE 9 : ELEMENTS DU CADRE DE PRIORISATION.....	39
FIGURE 10 : POPULATIONS CIBLES PRIORITAIRES DU PSN	40
FIGURE 11 : RESULTATS D'IMPACT DU PSN 2021-2023	40
FIGURE 12 : RESULTATS D'IMPACT 1.....	42
FIGURE 13 : RESULTAT IMPACT 2.....	46
FIGURE 14 : RESULTATS IMPACT 3	51
FIGURE 15 : RESULTAT IMPACT 4.....	54
FIGURE 16 : ROLE DU MINSANTE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH	61
FIGURE 17 : CADRE DU SUIVI ET EVALUATION	66

Table des matières

AVANT-PROPOS DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE	i
REMERCIEMENTS.....	ii
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	iii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
TABLE DES MATIERES.....	vi
1 INTRODUCTION ET CONTEXTE	9
2 CONTEXTE DE L’ELABORATION DU PSN 2021-2023	10
3 SYNTHESE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH	11
3.1 APERÇU DE LA SITUATION DU VIH DANS POPULATION GENERALE	11
3.2 REPARTITION GEOGRAPHIQUE DE L’EPIDEMIE.....	11
3.3 PREVALENCE DU VIH PAR TRANCHES D’AGE	12
3.4 ESTIMATIONS DE L’EPIDEMIE A VIH	13
3.4.1 INCIDENCE DU VIH.....	14
3.4.2 DECES LIES AU VIH	14
3.4.3 ESTIMATION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT ET DU VIH PEDIATRIQUE.....	15
3.5 DANS LES POPULATIONS CLES ET VULNERABLES	15
3.5.1 POPULATIONS CLES	15
3.5.2 GROUPES SPECIFIQUES	16
3.6 ASPECTS COMPORTEMENTAUX	17
3.7 CONCLUSIONS SUR L’ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH	18
4 Synthèse de la réponse nationale.....	19
4.1 PREVENTION DE L’INFECTION A VIH	19
4.1.1 POPULATIONS CLES	19
4.1.2 PREVENTION DANS LES AUTRES POPULATIONS VULNERABLES	20

4.1.3	PREVENTION DANS LA POPULATION DES ADOLESCENTS ET JEUNES	21
4.1.4	ACCIDENTS D'EXPOSITION AU VIH (AES/LB).....	21
4.1.5	ELIMINATION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH	21
4.1.6	DEPISTAGE.....	23
4.2	PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PVVIH	24
4.2.1	ADULTES	24
4.2.2	ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES.....	25
4.2.3	PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITES.....	26
4.2.4	SUIVI BIOLOGIQUE.....	27
4.3	CONTRIBUTION COMMUNAUTAIRE	27
4.4	LUTTE CONTRE STIGMA ET DISCRIMINATION, SOUTIEN, PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE	30
4.5	SITUATION DANS LES REGIONS DU NORD-OUEST ET DU SUD-OUEST	31
4.6	RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET DE LA GESTION DE LA REPONSE	32
4.6.1	COORDINATION DE LA REPONSE.....	32
4.6.2	INFORMATION STRATEGIQUE.....	33
4.6.3	FINANCEMENT ET MOBILISATION DE RESSOURCES.....	34
4.6.4	SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT, GESTION DES INTRANTS BIOMEDICAUX	35
4.7	CONCLUSIONS SUR LA REPONSE A L'EPIDEMIE	35
5	VISION DE LA REPONSE A L'EPIDEMIE DE VIH AU CAMEROUN.....	36
5.1	REFERENTIELS DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH POUR L'EXTENSION	37
5.2	FONDEMENTS ET PRINCIPES DIRECTEURS DU PLAN D'EXTENSION DU PSN.....	37
5.3	APPROCHE DE PRIORISATION DU PLAN STRATEGIQUE ETENDU 2021-2023	38
6.	CADRE DES RESULTATS	40
6.1	RESULTATS D'IMPACT DU PSN 2021-2023	40
6.2	CHAINE DES RESULTATS	40
7.	CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSN.....	58
7.1	MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	59
7.2	AU NIVEAU DU SECTEUR PUBLIC	60
7.2.1	MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE : UNE PLACE ESSENTIELLE DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PSN IST/VIH.....	60
7.2.2	ORGANISATIONS DE LA SOCIETE CIVILE / ORGANISATIONS A BASE COMMUNAUTAIRE ET RESEAUX	61
7.2.3	SECTEUR PRIVE	61
7.2.4	PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT / PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTF) 62	

7.2.5	ICN CAMEROUN.....	63
7.3	OPERATIONNALISATION DU PSN 2021-2023	63
7.3.1	PLAN OPERATIONNEL.....	63
7.3.2	APPROCHE VILLES AU CAMEROUN	63
7.3.3	ROLES DES DIFFERENTS ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE DU PSN	64
7.4	SUIVI ET EVALUATION	65
7.4.1	PLAN DE SUIVI EVALUATION.....	65
7.4.2	ARCHITECTURE DU CADRE DE SUIVI.....	65
7.4.3	SYSTEME DE SURVEILLANCE ET DE NOTIFICATION.....	67
7.4.4	DONNEES D’ENQUETES ET DE RECHERCHES	67

1 Introduction et contexte

Au Cameroun, la lutte contre le VIH/Sida est inscrite au rang des priorités de santé publique. Grâce aux efforts conjugués de l'ensemble des acteurs de la réponse à l'épidémie, des progrès remarquables ont été accomplis et des résultats encourageants enregistrés.

La baisse continue des nouvelles infections (- 48% entre 2010 et 2019) et des décès (- 37% entre 2010 et 2019), ainsi que l'augmentation de la couverture en traitement antirétroviral (ARV) des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) estimée à 68% en 2019 en témoignent.

Ces résultats découlent du dynamisme impulsé à la réponse au VIH, à l'engagement politique au plus haut niveau, au savoir-faire et à l'implication des acteurs gouvernementaux et de la société civile, avec l'appui constant des partenaires techniques et financiers.

En dépit de ces avancées, de nombreux défis persistent au niveau programmatique et financier pour atteindre les cibles fixées et accélérer la mise en œuvre des interventions stratégiques qui doivent conduire le Cameroun vers l'élimination de l'épidémie d'ici 2030.

Dans un contexte de ressources limitées et de compétition des priorités, l'investissement dans la réponse doit être à la fois plus stratégique et plus ciblé, privilégiant l'innovation.

C'est ainsi que : (i) le passage à l'échelle de la prévention combinée et des stratégies différenciées de dépistage parmi les populations les plus exposées au risque d'infection et leurs partenaires ; (ii) le lien au traitement dans l'application de la stratégie « tester et traiter » ; (iii) le maintien des personnes traitées dans les soins (rétention) pour une suppression virale effective, sont les composantes clés de ce Plan Stratégique National (PSN) révisé pour la période 2021-2023.

Ce PSN 2021-2023 est issu d'une révision et de l'extension du précédent PSN 2018-2022, sur la base d'une revue de la mise en œuvre durant la période 2018-2019. Il est le résultat d'un processus inclusif et participatif d'analyse de la situation et de la réponse, de planification axée sur les résultats, associant l'ensemble des acteurs du niveau décentralisé, du secteur public, des organisations de la société civile, du secteur privé, et des partenaires internationaux à travers une large concertation.

Le processus d'élaboration de ce document a été conduit par le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA.

Ce PSN révisé pour 2021-2023 constitue dès lors le cadre unique pour tous les acteurs de la lutte contre le VIH/Sida au Cameroun, la référence pour la programmation des activités aux niveaux national et régional, et l'outil indispensable pour l'harmonisation et l'alignement des partenaires. Il traduit la vision et les engagements du Gouvernement du Cameroun à progresser de façon décisive vers l'élimination du Sida, en utilisant toutes les opportunités et ressources, aussi bien domestiques qu'externes.

2 Contexte de l'élaboration du PSN 2021-2023

Le cadre d'élaboration du PSN 2021-2023 a été considérablement influencé par la crise sanitaire mondiale causée par la COVID-19. Malgré ces contraintes inédites, le dialogue pays a été maintenu de façon continue, inclusive et participative. Il a permis à un large panel d'acteurs clés de la réponse de s'associer aux différents fora de discussion et d'échange.

Quelques grandes étapes ont marqué l'élaboration du PSN 2021-2023 :

- la revue épidémiologique et programmatique de l'infection par le VIH et de ses comorbidités au Cameroun a constitué une étape essentielle permettant de comprendre la dynamique actuelle de l'épidémie et d'observer dans quelle mesure la réponse nationale a été adaptée ;
- les parties prenantes nationales ont abouti à un consensus sur les priorités de la réponse au VIH et le cadre de résultats du PSN révisé (jusqu'aux stratégies et interventions) lors de l'atelier de planification du Mont Fébé (mars 2020) ;
- des groupes de travail ont approfondi et finalisé le processus, à travers 3 ateliers d'élaboration et de validation technique regroupant les experts nationaux et internationaux, y compris les représentants de la société civile et des populations clés (KPs).

Pendant toute sa durée, le processus a été marqué par une communication continue et des échanges soutenus avec les différents partenaires de mise en œuvre : professionnels de santé, organisations de la société civile, à base communautaires, identitaires ou confessionnelles, réseaux de femmes, de jeunes, de PVVIH, de KPs, secteurs public et privé, organisations professionnelles, partenaires au développement, en particulier l'ONUSIDA et ses co-sponsors (OMS, UNICEF, UNFPA), le PEFAR et ses organisations rattachées (USAID, CDC, DoD et Peace Corps).

Durant les périodes pré-COVID-19, les rencontres techniques ont pu se dérouler en présentiel, mais à partir de fin mars 2020, le confinement imposé par la crise sanitaire du COVID 19 a entraîné le recours systématique aux plateformes internet de visioconférence.

3 Synthèse de la situation épidémiologique du VIH

3.1 Aperçu de la situation du VIH dans population Générale

Le Cameroun fait face à une épidémie mixte, à la fois généralisée et concentrée dans certains groupes de populations hautement exposées au risque. La prévalence globale du VIH au sein de la population adulte de 15-49 ans se situe entre 2,7% [2,5-3,1] selon la dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS-V de 2018). Elle présente une tendance à la baisse depuis 2004 comme l'indique la figure 1. En effet, en 2004 la prévalence du VIH était de 5,5%, elle est passée de 4.3% en 2011 à 3.4% en 2017. L'évolution est similaire dans les deux sexes et le différentiel femmes/hommes persiste depuis 2004, avec un sexe-ratio d'environ 2:1.

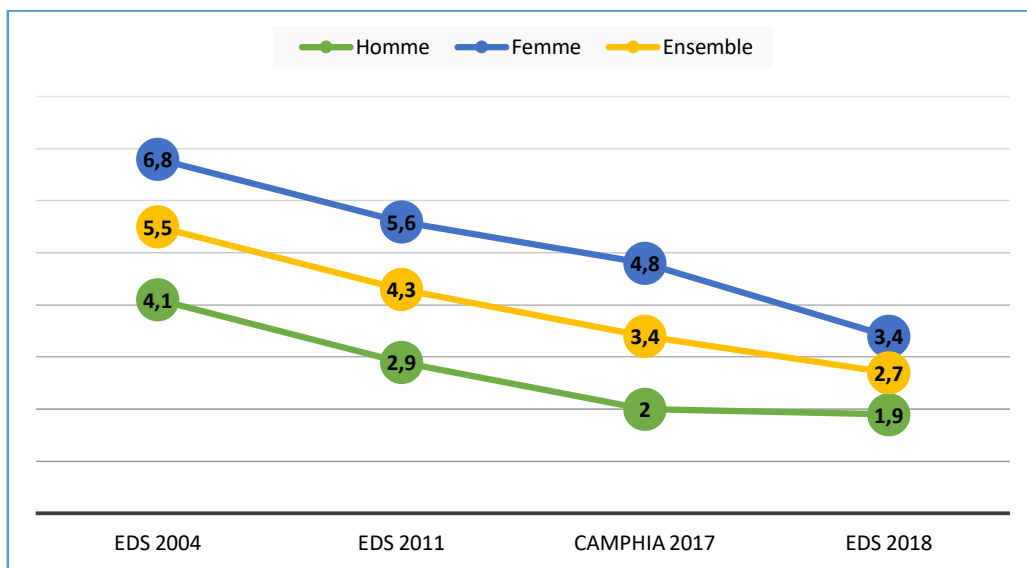


Figure 1 : Évolution de la Prévalence du VIH chez les 15-49 ans au Cameroun 2004-2018

3.2 Répartition géographique de l'épidémie

L'EDS 2018, montre que 06 régions sur les 10 ont une prévalence au-dessus de la moyenne nationale (2,7%), à savoir : le Sud 5,8%, l'Est 5,6%, l'Adamaoua 4,7%, le Nord-Ouest 4%, le Sud-Ouest 3.2% et le Centre 3,5%. La baisse significative de la prévalence du VIH au niveau national n'est pas observée dans toutes les régions comparativement aux précédentes études. En effet, on observe une quasi-stabilité de la prévalence dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord et du Sud, alors que la région du Centre (à l'exception de Yaoundé) est le siège d'une décroissance relativement faible.

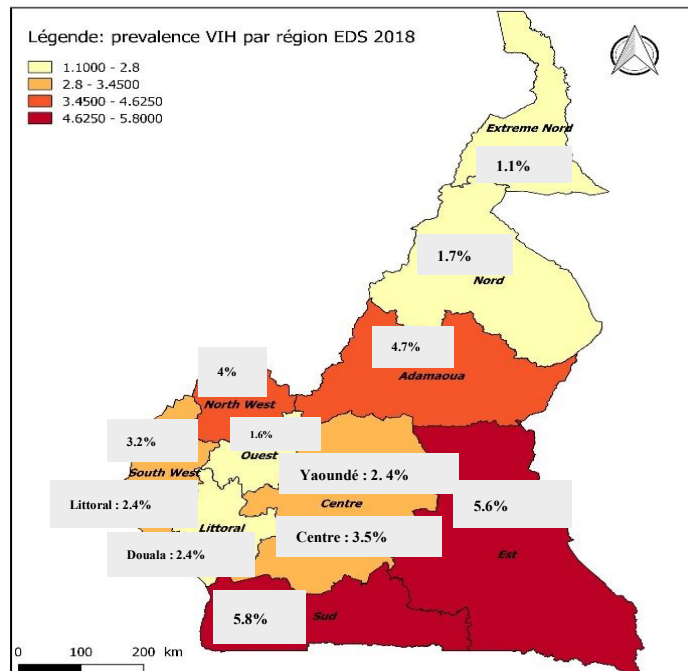


Figure 2:Prévalence du VIH par région 2018

3.3 Prévalence du VIH par tranches d'âge

Selon l'EDS 2018, les disparités entre les tranches d'âge et le sexe demeurent très marquées. Si chez les 15-19 ans la prévalence est quasiment la même chez les hommes que chez les femmes, l'écart se creuse à partir de la tranche 20-24 ans. De manière globale, une prévalence plus élevée chez les femmes que chez les hommes (3,4% versus 1,9% chez les 15-49 ans) s'observe dans toutes les tranches d'âge après 19 ans. Partant de 0,8% parmi les jeunes filles de 15-19 ans, la prévalence du VIH augmente chez les femmes pour atteindre un maximum de 6,5% dans la tranche d'âge 35-39 ans. Elle retombe ensuite à 4,9 % à 45-49 ans pour se stabiliser à 4,8% dans la tranche d'âge des 50-64 ans (figure 3).

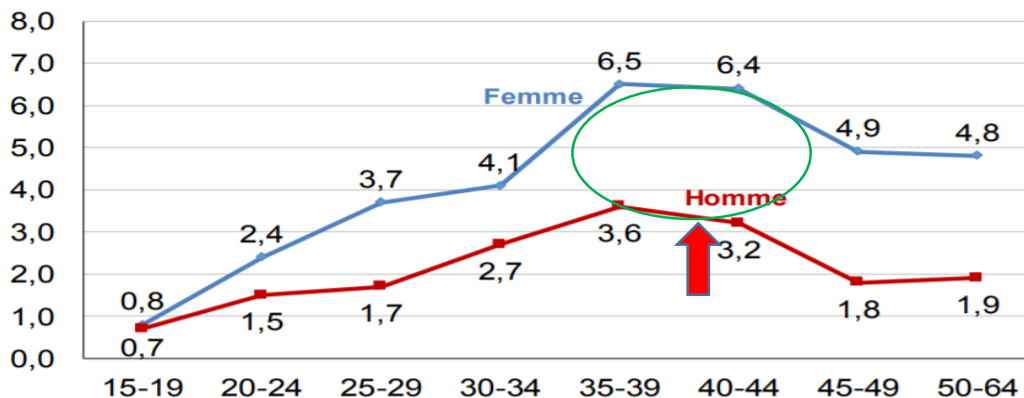


Figure 3 : Prévalence du VIH par tranche d'âge en 2018

Chez les hommes, la prévalence augmente plus lentement, de 0,7% parmi les 15-19 ans pour atteindre 3,6 % chez les 35-39 ans, avant de retomber à 1,8% à 45-49 ans et se stabiliser à 1,9 % à 50-64 ans. La même enquête a montré que les tranches d'âge 35-39 ans et 40-44 sont les plus touchées dans les deux sexes.

L'analyse de l'évolution des taux de prévalence mesurés dans les EDS depuis 2004 par tranches d'âge fait apparaître un glissement progressif de l'acquisition de l'infection vers des tranches d'âge plus élevées entre les EDS de 2004, 2011 et 2018. Le différentiel femme/homme particulièrement accentué dans la tranche d'âge 20-24 ans en 2004 et 2011 est relativement moindre en 2018, mais s'observe de façon plus accentuée entre 35-39 ans et 50-54 ans.

Tableau 1 : Analyse des taux de prévalence mesurés dans les EDS de 2004 à 2018

Ages	EDS 2004			EDS 2011			EDS 2018		
	F	H	All	F	H	All	F	H	All
15-19	2,2	0,6	1,4	2	0,4	1,2	0,8	0,7	0,8
20-24	7,9	2,5	5,5	3,4	0,6	2,2	2,4	1,5	2
25-29	10,3	5,1	7,8	7,6	3	5,5	3,7	1,7	2,8
30-34	9,4	8,3	8,9	7,3	5,3	6,3	4,1	2,7	3,5
35-39	7,8	8,6	8,2	10	5,8	8,1	6,5	3,6	5,1
40-44	6	5,6	5,8	7,1	4,7	5,9	6,4	3,2	4,8
45-49	5,5	3,8	4,7	6,4	6,3	6,3	4,9	1,8	3,4
50-54	na	2,5	na	5,6	2,9	4,3	4,8	1,9	3,5
55-59	na	1	na	Na	2,9	na	3,4	1,9	2,7

3.4 Estimations de l'épidémie à VIH

Selon les estimations Spectrum 2020, le nombre de personnes vivant avec le VIH au Cameroun est de **506 432** personnes en 2019, dont 33 289 (6,5%) enfants de moins de 15 ans pour un sexe-ratio de 1/1 et **308 079** femmes parmi **474 951** PVVIH âgés de 15 à 49 ans (65%).

Tableau 2 : Estimations Spectrum 2017 à 2020 (source Spectrum 2020)

	2017	2018	2019	2020
Nbre de PVVIH (total)	509 989 [448-564]	507 467 [448-563]	506 432 [447-559]	504 472 [443-557]
Enfants < 15 ans VIH+	33 289 [26-40]	33 289 [26-40]	33 289 [26-40]	33 289 [26-40]
Adultes (15-49 ans)	474 213 [414-521]	474 178 [417-521]	474 951 [418-523]	475 954 [419-525]
Femmes	315 871 [277-349]	316 765 [279-349]	318 079 [280-350]	319 369 [279-352]

Prévalence / adultes	3,4% [2,9-3,8]	3,2% [2,8-3,6]	3,1% [2,6-3,5]	3,0% [2,5-3,4]
- Hommes	2,2% [1,7-2,5]	2,1% [1,6-2,4]	2,0% [1,5-2,3]	1,9% [1,4-2,2]
- Femmes	4,5% [3,9-5,1]	4,4% [3,8-4,9]	4,2% [3,6-4,8]	4,1% [3,5-4,6]

3.4.1 Incidence du VIH

Les estimations Spectrum 2020 montrent une baisse des nouvelles infections dans l'ensemble de la population de 48% depuis 2010 (de 33 183 en 2010 à 17 113 en 2019). En 2019, les enfants de moins de 15 ans représentaient 19,3% (3 308) des nouvelles infections et les femmes comptaient pour 2/3 des nouvelles infections chez les 15-49 ans (9 043/13 806). Si le sexe ratio est de 1:1 dans la tranche d'âge des 0-15 ans, les nouvelles infections chez les filles sont 3 fois supérieures à celles chez les garçons dans la tranche des 15-24 ans. Chez les adolescents de 10-19 ans, les jeunes filles enregistrent environ six fois plus de nouvelles infections que les jeunes garçons, un différentiel observé depuis 2004. Le groupe des 15-24 ans représentait plus de 30% des nouvelles infections en 2019 et les 0-9 ans environ 20%, ces derniers essentiellement issus de la transmission mère-enfant du VIH.

L'apparition d'un différentiel très important entre garçons et filles dans la tranche des 10-19 ans (sexe-ratio de 1:6) ne peut s'expliquer que par l'acquisition précoce et disproportionnée de l'infection par transmission sexuelle parmi les jeunes filles entre 15 et 19 ans. Dans la population générale [15-49 ans], le sexe-ratio demeure nettement déséquilibré en défaveur des femmes, à 1:1,8 environ. Les nouvelles infections par région et par District de Santé (DS) ne sont pas homogènes. En effet, le Nord-Ouest, Douala et Yaoundé sont les zones géographiques ayant enregistré le plus de nouvelles infections chez les femmes (830-1310), suivies des régions du Sud-Ouest, du Centre et de l'Extrême-Nord (730-830).

3.4.2 Décès liés au VIH

Selon Spectrum 2020, les décès liés au VIH s'élevaient à 14 058 [11 773-16 105] en 2019.

Tableau 3 : Estimations Spectrum 2017 à 2020 (source Spectrum 2020)

	2018	2019	2020
Nombre de décès liés au VIH	16 232 [14-18]	14 058 [12-16]	12 685 [10-15]
Adultes 15-49 ans	10 333	8 668	7 620
Hommes	4 454	3 797	3 290
Femmes	5 879	4 871	4 330
Jeunes 15-24 ans	965	897	868
Garçons	554	513	482
Filles	538	490	460
Enfants < 15 ans	2 572	2 515	2 367
Garçons	1 292	1 266	1 186
Filles	1 280	1 249	1 182

La tendance est due aussi à une régression constante des décès liés au VIH passés de 22 244 en 2010 à 14 058 en 2019 (37%). Parmi ces décès de 2019, 2 515 [1 608-3 496], soit environ 18%, surviendraient parmi les moins de 15 ans sans différence homme/femme.

Le ratio incidence sur prévalence, habituellement présenté pour montrer l'évolution en matière de contrôle de l'épidémie, indique que le chiffre de 2,2% atteint en 2019 est passé sous le seuil de 3%, considéré comme l'objectif de contrôle de l'épidémie. Le Cameroun avance donc vers le contrôle de l'épidémie.

3.4.3 Estimation de la transmission mère-enfant et du VIH pédiatrique

Selon l'estimation Spectrum, le nombre total d'enfants contaminés par la voie de la transmission mère-enfant (TME) était de 3 308 en 2019, équivalent à un taux estimé de transmission incluant la transmission résiduelle par l'allaitement à 14,2%.

Les plus grands nombres d'infections pédiatriques acquises par TME proviennent des femmes ayant abandonné leur traitement ARV en cours de grossesse et des femmes n'ayant pas reçu de TARV du tout.

En 2019, un nombre de 3 308 nouvelles infections VIH serait survenu chez les enfants de moins de 15 ans (dans l'immense majorité des cas par TME), soit 19% de l'ensemble des nouvelles infections. L'effectif total des enfants vivant avec le VIH au Cameroun était estimé à 31 481 (Spectrum 2020), soit 6,2% de l'ensemble des PVVIH.

3.5 Dans les populations clés et vulnérables

3.5.1 Populations clés

Le Cameroun a identifié comme KPs les Travailleuses du Sexe (TS), les Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH), les usagers de drogues et plus particulièrement les usagers de drogues injectables (UD et UDI), car ils ont un risque d'infection au VIH beaucoup plus élevé que la population générale.

Au total, trois enquêtes IBBS ont été menées chez les HSH et TS au Cameroun au cours de la dernière décennie, mais il n'y a pas encore d'estimations de la prévalence du VIH auprès des UD/UDI. Les données de prévalence disponibles issues des l'IBBS 2016 et l'estimation de la taille des populations issues de la cartographie des populations clés de 2018 sont détaillées dans la tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Prévalences et estimations de tailles des KPs au Cameroun (IBBS 2016)

	Prévalence observée		Taille population
	VIH	Syphilis	
TS	24,3% [15,1-32,9]	8,2%	70 487
Clients des TS	Pas de données		Nbre de TS x 5
HSH	20,7% [3,9-43,3]	2,7%	7 023
Transgenre	Pas de données		Pas de données

UD	Pas de données		9 823
UDI	Pas de données		2 453

Ces groupes ne se concentrent pas de façon uniforme sur l'ensemble du territoire : la majorité des comportements à haut risque au sein des KPs sont observés dans les zones urbaines, dans les plus grandes villes du pays (Yaoundé et Douala), mais aussi dans certaines villes secondaires, comme l'indique la cartographie en vue de l'estimation de la taille des KPs réalisée en 2018 dans les 10 régions en particulier dans les « hot spots ».

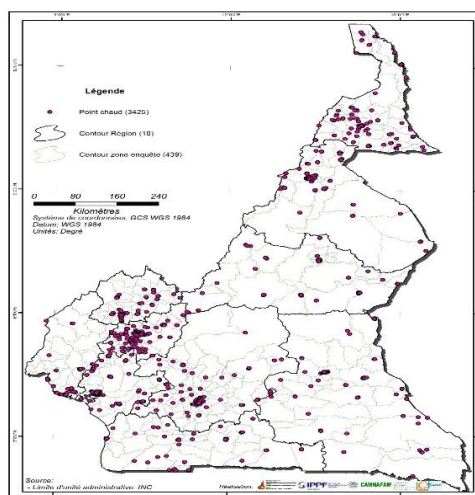


Figure 5 : Répartition des points chauds (Cartographie 2018)

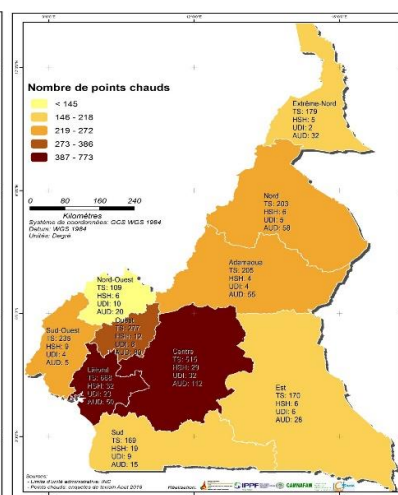


Figure 4: Répartition et nombre de points chauds FTS, HSH, UDI et UD en 2018 (Cartographie 2018)

3.5.2 Groupes spécifiques

Dans la cartographie de 2018, une estimation du nombre des adolescent(e)s et jeunes vulnérables a été effectuée à partir de l'ensemble des sites identifiés.

On dispose par ailleurs dans le tableau ci-dessous, des données détaillées de prévalence ou de séropositivité pour plusieurs groupes spécifiques.

Tableau 5 : Prévalences et estimations de tailles des populations vulnérables au Cameroun

	Prévalence / taux de séropositivité VIH observés	Taille estimée de la population
Femmes enceintes	5,75% [2,6-9,7] SSd 2016	
Ado et jeunes	15-19 ans : M 0,7% et F 0,8% 20-24 ans : M 1,5% et F 2,4% EDS 2018	201 653 [155 615-247 691]
Détenus	2,3% (rapport annuel CNLS, 2018) 2,5% (rapport annuel CNLS, 2019)	30 689

Réfugiés et déplacés	1,5% (rapport annuel CNLS, 2019)	419 789 réfugiés et demandeurs d'asile 976 773 déplacés internes
Travailleurs des pôles économiques	7,8% agro-industries / plantations industrielles 4,1% exploitations forestières (2,9% en 2019) 6,04% construction rapport annuel GFBC, 2019	10 434 travailleurs bois
Personnes en situation de handicap	3,9% [2,9-5,5] (rapport annuel CNLS, 2015) rapport annuel CNLS, 2019	

En revanche, on ne dispose pas d'une estimation récente et fiable du nombre des clients de TS ni de données de prévalence récentes, alors qu'ils constituent un groupe central dans la dynamique de transmission du VIH au Cameroun. Dans la pratique, les TS rapportent une moyenne de 1 à 5 clients par jour, ce qui engendre une base pour estimer le nombre global et variable de clients (*modèle MoT pour le Cameroun en 2012*).

3.6 Aspects comportementaux

Selon l'EDS 2018, la limitation des rapports sexuels à un(e) seul(e) partenaire fidèle et non infecté(e) (84 % des femmes et 82 % des hommes 15-49 ans interrogés) ainsi que l'utilisation régulière du condom (77% des femmes et hommes 15-49 ans interrogés) demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH. Globalement, 71% des femmes et des hommes connaissent à la fois ces deux moyens de prévention du VIH, un score plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (76% vs 65% chez les femmes ; 76% vs 64% chez les hommes).

Dans la population des 15-24 ans, 36 % des femmes et 33 % des hommes seulement avaient une connaissance complète des moyens de prévention du VIH dans l'EDS 2018. Une proportion plus élevée a été observée en milieu urbain qu'en milieu rural (41% vs 29% chez les jeunes femmes ; 39% vs 25% chez les jeunes hommes respectivement). La connaissance complète sur le VIH augmente avec le niveau d'instruction chez les jeunes (de 27% chez les non instruites, 47% au 2nd cycle du secondaire, 56% au niveau supérieur chez les femmes ; 9 %, 44 % et 59 % chez les hommes respectivement). Devant ces résultats, les jeunes non scolarisés doivent être considérés comme plus vulnérables, particulièrement les jeunes femmes (environ 6 fois plus de nouvelles infections que chez les jeunes garçons). Promouvoir des programmes qui maintiennent le plus longtemps possibles les jeunes filles à l'école est stratégique, dans un contexte où 13% des jeunes filles sont mariées avant l'âge de 15 ans (UNICEF, 2016).

3.7 Conclusions sur l'analyse de la situation épidémiologique du VIH

Avec une réduction de moitié du nombre des nouvelles infections à VIH depuis 2010 et la réduction du nombre des décès liés au VIH de plus d'un tiers dans la même durée, le Cameroun enregistre un reflux réel de l'épidémie de VIH/Sida qui est en transition. En régression lente, la prévalence était estimée à 3,1% en 2019.

Le poids de l'épidémie demeure inégalement réparti, concentré dans 6 régions (Sud 5,8%, l'Est 5,6%, l'Adamaoua 4,7%, le Nord-Ouest 4%, le Sud-Ouest 3.2% et le Centre 3,5%). Les tranches d'âge 35-39 ans et 40-44 ans sont les plus touchées par le VIH en termes de prévalence et les femmes représentent 67% des personnes vivant avec le VIH au-delà de 15 ans.

Par ailleurs, la forte dynamique de l'épidémie parmi les KPs persiste, elle se traduit par des taux de prévalence élevés, dépassant 20% en 2016.

On estime que 30% des nouvelles infections surviennent chez les jeunes (15-24 ans), parmi lesquels les filles sont 6 fois plus contaminées que les jeunes garçons dans la tranche d'âge 15-19 ans. L'EDS-V 2018 a montré que seulement la moitié d'entre elles déclarent avoir utilisé un préservatif au cours de leurs derniers rapports sexuels avec un partenaire occasionnel : les comportements à risque persistent. Si l'on élargit la tranche d'âge à 15-24 ans, le sex-ratio se réduit, mais reste très déséquilibré (3 filles infectées pour 1 garçon).

Le nombre encore important de femmes enceintes et allaitantes échappant à la PTME entretient un taux global de TME anormalement élevé (14%), contribuant globalement à 19% des nouvelles infections.

Au total, malgré une épidémie de VIH en régression sensible depuis 2010, le Cameroun continue de faire face à une épidémie généralisée, couplée à une forte concentration au sein des populations clés (TS et HSH). L'épidémie affecte plus massivement les femmes, en particulier les jeunes filles. La tranche d'âge des jeunes (15-24 ans) et les enfants exposés au VIH par la transmission mère-enfant comptent pour près de 50% des nouvelles infections.

4 Synthèse de la réponse nationale

4.1 Prévention de l'infection à VIH

Depuis 2011, les KPs identifiées dans les PSN sont les TS, les HSH, et les UD/UDI. Récemment, les TG ont été ajoutés à cette catégorie. Les adolescent(e)s et jeunes, les détenus, les réfugiés et déplacés, les travailleurs des pôles économiques et les Personnes en situation de handicap font également l'objet d'une attention plus marquée en qualité de populations vulnérables. Ces différents plans appellent la mise en place d'approches ciblées, prenant en compte les principes d'égalité de genre, de respect des droits humains et d'absence de barrières d'accès aux services de santé (CNLS, 2010 ; Mossus-Etounou et al., 2016).

Les stratégies mises en œuvre visent à renforcer la prévention avec : (i) la communication pour le changement de comportement, à travers le développement des approches différenciées, selon les tranches d'âges, privilégiant l'acquisition des compétences pour l'adoption des comportements à moindre risque ; (ii) l'offre d'un paquet complet ou adapté de services de prévention combinée pour les populations prioritaires ; (iii) le renforcement de l'accès aux services de prévention et la prise en charge des accidents d'exposition au sang et liquides biologiques (AES/LB) ; (iv) la prévention et la prise en charge des personnes présentant des signes d'IST.

4.1.1 Populations clés

Le programme de prévention combinée mis en œuvre par les acteurs institutionnels et communautaires a permis de couvrir plus de 50% des bénéficiaires en 2019 parmi les KPs et vulnérables. Le paquet d'interventions intégrées auprès des KPs est défini dans le guide des normes et standards de la prévention combinée, mise en œuvre par des intervenants de terrain, pairs éducateurs, pairs navigateurs et autres professionnels des cliniques de santé sexuelle.

Les principaux enseignements tirés de la mise en œuvre sont les suivants :

- les performances programmatiques sont faibles chez les TS ;
- l'absence de politique nationale de réduction des risques réduit l'impact des interventions ciblant les UD/UDI : le paquet de services aux UD est très réduit et prend en compte uniquement la transmission sexuelle du VIH ; il n'y a pas de véritable programme de RdR / transmission par injection ; il n'y a pas d'offre de services structurée en addictologie ; si une première cartographie et estimation de taille de population des UD/UDI est disponible, il n'y a pas encore de données bio-comportementale disponible pour eux ;
- les interventions mises en œuvre en direction des détenus se sont considérablement réduites et les acquis capitalisés durant les précédents programmes risquent de se perdre ;
- l'harmonisation du code identifiant unique pour les KPs n'est pas suffisante pour garantir l'absence de multi-comptage des bénéficiaires ;

- des efforts sont nécessaires pour diversifier les stratégies d'intervention chez les KPs : comment toucher ceux/celles qui ne fréquentent pas les interventions des acteurs communautaires (type DIC, dépistage en hot spots, manifestations festives, etc.) ? L'approche pair-éducateurs « mentors » pour les HSH et TS devrait être développée pour toucher les HSH et TS de classe sociale élevée et les HSH de plus de 40 ans ;
- l'offre de PrEP pour les TS a du mal à se déployer (seule l'offre en option continue est offerte, seule méthode recommandée pour cette cible) ; de gros efforts sont nécessaires pour accélérer les interventions ciblant les TS ;
- un effort notable doit être réalisé pour inclure des approches spécifiques ciblant les transgenres (pas encore d'interventions spécifiques pour les TG) et pour accélérer les interventions ciblant les TS.

4.1.2 Prévention dans les autres populations vulnérables

D'autres populations, dites vulnérables, sont aussi ciblées par les interventions de prévention. La définition des autres populations vulnérables, qui n'est pas toujours très précise dans le PSN, comprend les travailleurs des sites économiques, les camionneurs, les personnels en uniforme, les personnes en situation de handicap, les réfugiés ou déplacés, les populations autochtones (pygmées, bororo, et autres) et les populations en milieu carcéral.

Le programme de prévention mis en œuvre par les acteurs institutionnels et communautaires a permis de couvrir les bénéficiaires suivants en 2019 parmi les autres populations vulnérables.

Tableau 6 : Couverture des bénéficiaires en 2019

	Détenus	Réfugiés	PSH	Travailleurs	JGNS	JFNS
Estimation de la population	30,357	170,234		208,959		
Nombre de causeries éducatives	17,453	19,156	34	999	2,673	2,200
Nombre de bénéficiaires causeries éducatives	260,430	415,440	365	42,456	53,410	43,839
Nombre d'entretiens individuels					72 350	58 450
Nombre de personnes conseillées pour dépistage	21,418	1,046	2,636	10,434	46,977	42,910
Nombre de personnes dépistées pour le VIH	21,418	1,046	1,004	10,434	46,871	42,750
Nombre de personnes ayant retiré leur résultat			1,004		46,618	42,492
Nbre de personnes dépistées VIH+	527	16	6	304	330	494
Nombre de préservatifs masculins distribués		42,400		100,800	15 378	12 738
Nombre de préservatifs féminins distribués		1,800		7,200	-	12 700
Nombre de gels lubrifiants distribués		2,400		6,100	3 080	2 552

Il n'y a pas de données spécifiques disponibles sur les clients des TS.

Il convient de relever la nécessité de :

- faire une clarification sur ce que l'on considère exactement comme « autres populations vulnérables », par exemple en utilisant les déterminants de la vulnérabilité de ces groupes plutôt que des catégories imprécises, comme celle des travailleurs des sites économiques, des personnels en uniforme, ou des populations autochtones ; à ce titre, les clients des TS constituent probablement une catégorie plus pertinente parmi ces autres populations vulnérables ;
- prendre suffisamment en compte les Personnes en Situation de Handicap (PSH) dans la mise en œuvre de la réponse ;
- améliorer véritablement la performance globale du programme pour les autres populations vulnérables.

4.1.3 Prévention dans la population des adolescents et jeunes

Au sein de la population des adolescents et jeunes, le niveau de la connaissance sur le VIH reste très insuffisant (cf. 3.6), inchangé depuis l'étude MICS de 2014.

Les objectifs de couverture de 80% dans les tranches d'âge 4-9 ans, 10-14 ans et 15-24 ans sont encore très éloignés. C'est ainsi que moins de 10,6% de la cible des 15-24 ans (19 000 / 179 600) a bénéficié du paquet de service du programme de prévention spécifique en 2019.

4.1.4 Accidents d'exposition au VIH (AES/LB)

Il n'est pas possible de donner une appréciation de la mise en œuvre de la prophylaxie post-exposition (PPE) à travers le système d'information sanitaire.

Les retours venant des sites de prise en charge visités font état de nombreuses difficultés dans la mise en œuvre des procédures prévues pour la prise en charge des AES/LB, notamment sur la connaissance des recommandations et la disponibilité des personnels de santé pour répondre à cette demande.

Il est important de conduire une analyse situationnelle détaillée à l'effet d'évaluer la mise en œuvre du dispositif de prise en charge des AES/LB au Cameroun à tous les niveaux du système de santé. L'évaluation du dispositif mis en place permettra d'apprécier sa fonctionnalité et son impact sur la prévention de la transmission de l'infection.

4.1.5 Elimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH

L'objectif d'élimination de la Transmission Mère-Enfant (eTME) passe par : (i) la systématisation de la sensibilisation pour le dépistage et la prévention des femmes qui consultent les services de SMI/PF ; (ii) l'assurance que 95% des femmes enceintes bénéficient d'un test de dépistage du VIH ; et (iii) l'assurance que toutes les femmes diagnostiquées séropositives pour le VIH reçoivent des ARV pour la réduction du risque de transmission à l'enfant.

La performance du programme en 2019 pour la couverture en dépistage et la couverture en ARV des femmes vivant avec le VIH est détaillée ci-dessous.

Tableau 7 : Performance de la couverture en dépistage et la couverture en ARV des femmes

	2017		2018		2019	
		Prévu	Résultats	Prévu	Résultats	
Nbre de femmes enceintes vues en CPN	789 581	915 604	761 283 83%	939 055	737 161 78,4%	78,7%
Nbre de femmes enceintes testées pour le VIH	728 908 91,1%	80%	729 172 95,8%	84%	620 171 76,3%	
Nbre de femmes enceintes ayant retiré leur résultat		80%	661 280 90,7%	84%	615 721 98,9%	
Nbre de femmes enceintes VIH+	23 817 3,2%	26 598	23 983 3,3%	23 249	20 168 3,3%	
Nbre de partenaires testés / % VIH+	34 502 6,4%		34 903 3,9%		28 691 3,8%	
Nbre de femmes enceintes VIH+ traitées par ARV*	73,8%	80,9%	21 716 90,6%	84,4%	17 146 89,6%	
FEVVIH ayant accouché en milieu de soin / vues sous 72h			17 304 72,2%		15 058 74,7%	
Nbre d'enfants exposés			17 214		15 195	
Nbre d'enfants testés EID	50,1%	65,1%	11 642* 67,7%	72,6%	14 970 68,4%	
Nbre d'enfants exposés recevant la prophylaxie ARV		17 214	14 378 83,5%	13 220	13 250 87,1%	

Bien que certaines régions aient des performances supérieures à 80% il existe une forte disparité de la couverture en CPN au sein des Districts de Santé. En 2018 et 2019, plus 50% des DS avait une couverture en CPN inférieure à 80%. Il s'agit essentiellement des DS de l'Extrême Nord, du Sud-ouest, du Nord-Ouest, du Sud et du Centre.

Au regard de la distribution géographique des résultats programmatiques obtenus sur le dépistage des femmes enceintes, les conclusions suivantes peuvent être avancées :

- la baisse des résultats en 2019 concerne plus massivement les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord ;
- en 2019, le Nord et l'Extrême-Nord avaient la plus faible couverture en dépistage, inférieure à 80% dans une majorité des DS ;
- la comparaison des données programmatiques par DS et régions entre CPN et dépistage montre que dans le Nord, l'Extrême-Nord et l'Adamaoua, les couvertures sont faibles à la fois en CPN et en dépistage ; alors que dans les autres régions, la couverture en dépistage plutôt satisfaisante contraste avec celle de la CPN qui est défailante ; dans les régions en crise sécuritaire, l'impact de la crise pourrait s'expliquer par une baisse des performances des FOSA ou un mauvais rapportage des données.

Au total, les performances programmatiques globales du programme eTME sont globalement satisfaisantes, avec l'atteinte des principales cibles prévus en 2018 et 2019, malgré une baisse relative de la performance en 2019 par rapport à 2018.

Cependant, plusieurs écueils demeurent.

- L'objectif de l'eTME est encore lointain pour le moment, avec une couverture CPN globale à 83% et un taux d'accouchement assisté à 70%, car un grand nombre de couples mère-enfants échappent à la PTME, ce qui nourrit une TME très élevée chez les mères non traitées. Il est évident qu'un accent doit être mis sur les activités en communauté pour combler les gaps en matière de CPN, accouchement assisté et suivi du couple mère-enfant.
- L'impact des problèmes de gestion et d'approvisionnement des stocks sur la disponibilité des tests (TDR, PCR) et des ARV pédiatriques pour la prophylaxie semble avoir été important.
- Par ailleurs, la proportion des FEC dépistées pour la syphilis est faible, même si elle est mal documentée (57% en 2016).
- Le déficit dans le lien au traitement est particulièrement accentué en zone rurale (priorisation sur Adamaoua, Est et Extrême-Nord) et la priorisation des interventions doit donc s'attacher aux districts à plus faible performance, soit ceux qui ont moins de 80% de couverture CPN et/ou moins de 80% de femmes enceintes dépistées.

Ces difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du programme d'eTME nécessitent un effort considérable pour pouvoir contrôler la transmission verticale du VIH. L'opérationnalisation de la feuille de route de l'eTME n'a pas suffisamment concentré les efforts du programme et de l'ensemble des acteurs de mise en œuvre. Le prochain projet d'appui à l'élimination de la TME du VIH/Sida financé par la BID, est une opportunité unique pour répondre à ces défis.

4.1.6 Dépistage

Sur un total de 506 432 PVVIH estimées par Spectrum 2020, 424 421 connaissaient leur statut en fin 2019, soit une performance de **83,8% pour le 1^{er} 90**. On a cependant observé une réduction globale du nombre de PVVIH nouvellement dépistées depuis 2017, qui se manifeste par :

- une réduction portant surtout sur la stratégie mobile (moins coût-efficace) ;
- une réduction des taux de séropositivité observés en stratégie fixe, mobile et même en transfusion sanguine, ce qui est probablement due à un ciblage moins efficace des interventions de dépistage ; d'où la nécessité d'un meilleur ciblage du dépistage ;
- une contribution encore faible des OSC dans le 1er 90 (33% en 2018) ;
- une faible proportion des KPs dépistées par rapport à la population générale.

Les difficultés d'approvisionnements en intrants subies en 2019 doivent être soulignées. De même, le dépistage reste encore trop centré sur les FOSA (stratégie fixe + PTME) et peu développé en communauté.

Les approches différenciées de dépistage ont pourtant démarré sous l'impulsion de PEPFAR et montrent des résultats encourageants, notamment dans les KPs et populations vulnérables. Elles méritent donc d'être passées à l'échelle (index testing, test intrafamilial, autotest).

4.2 Prise en charge globale des PVVIH

4.2.1 Adultes

Le Cameroun a opté pour la stratégie « Test and Treat » au niveau national. L'engagement du PSN pour l'année 2023 est que 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent effectivement un traitement antirétroviral d'ici fin 2023.

Pour cela, diverses stratégies prévues, tardent à se mettre en place, notamment :

- l'amélioration du lien entre les services de dépistage et de traitement ARV ;
la mise en œuvre de la politique de décentralisation de la prise en charge du VIH ;
- l'amélioration de la rétention en soins des patients sous ARV ;
- l'intervention communautaire pour améliorer l'adhésion aux soins et l'observance.

La file active des PVVIH traitées par ARV est passée de 253 715 en 2017 à 312 214 en fin 2019, soit une couverture de la cible programmatique de 87,2% en 2019 et une performance de **68%** pour le 2^{ème} 90. Près de 10 403 enfants de moins de 15 ans et 219 080 femmes recevaient des ARV fin 2019. Plus de la moitié de la file active nationale est concentrée dans les régions du Centre (24,9%), du Littoral (18,6%) et du Nord-Ouest (11,5%).

Ainsi, au 31 décembre 2019 :

- seuls 6 377 des 18 641 enfants de moins de 10 ans attendus ont été identifiés et mis sous ARV soit une couverture en ARV de 34,2% ;
- chez les adolescents de 10-19 ans, 9 980 adolescents parmi les 31 040 attendus (soit 32,2%) ont été identifiés et mis sous ARV ;
- on a observé une meilleure performance chez les jeunes de 20 à 24 ans où 48,3% (16027/33183) ont été mis sous ARV.

En fin 2019, en considérant les 3 « 90 », la cascade VIH au Cameroun se présente ainsi qu'il suit :

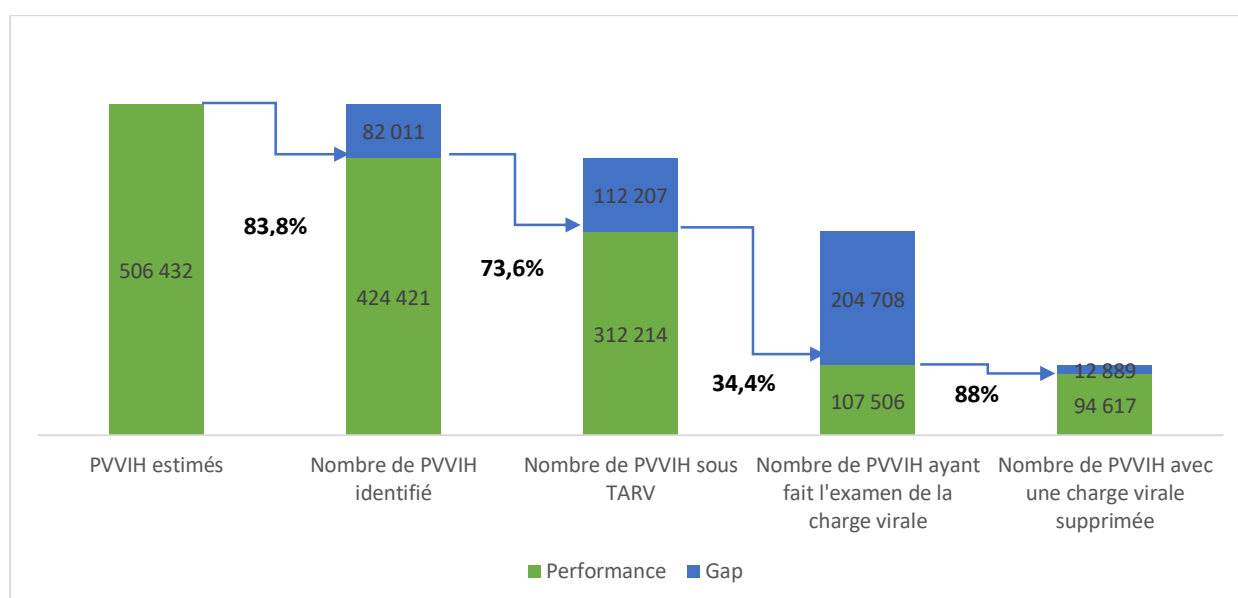


Figure 6 : Cascade VIH « Tester- Traiter- Retenir » au Cameroun 2018 et 2019

Les principaux défis de la prise en charge globale des PvVIH peuvent être résumés comme suit :

- le lien (linkage) entre les services de dépistage et de prise en charge n'est pas toujours assuré : pour éviter les perdus de vue parmi les PvVIH nouvellement dépistés, la référence active (physique) devrait être prioritaire ;
- les dispositifs de PEC ne prennent pas en compte la recherche active des patients dépistés VIH positifs et non encore enrôlés au TARV ;
- le suivi insuffisant des PvVIH dans plusieurs sites à grande file active, impactant les résultats en matière de rétention dans les soins ;
- le non-respect des directives nationales en matière de prise en charge des PvVIH dans certaines FOSA ;
- les difficultés chroniques des sites à s'approvisionner en ARV, qui se répercutent sur l'observance des PvVIH ;
- la collaboration entre les structures à base communautaire qui offrent le dépistage et les FOSA, ainsi que le tutorat que ces dernières devraient assurer, ne sont pas réellement mis en œuvre ou suffisamment développés ;
- les ruptures de stock au niveau national depuis plusieurs mois, surtout les ARV pédiatrique ;
- des coûts résiduels (informels surtout) des soins persistent et limitent l'accès aux soins des PvVIH ;
- la faible délégation des tâches dans les FOSA et vers les acteurs communautaires ;
- la faible mise en œuvre des modèles de soins différenciés (distribution communautaire des ARV par exemple).

L'écueil majeur est sans doute le faible lien au traitement des personnes testées VIH+, qui était de 74,7% en 2019 (près de 25% des PvVIH dépistés ne sont donc pas immédiatement traités comme le prévoient les directives nationales). Le deuxième écueil est celui de l'attrition des files actives de PvVIH, avec plus d'un quart des PvVIH qui quittent les soins dans les 12 mois suivant l'initiation du traitement ARV (73% de rétention en 2019). Cela est lié au paquet de service de rétention dans les soins, qui est globalement faible et inconstant, les difficultés d'approvisionnement en ARV des sites de PEC aggravant cet état de fait.

4.2.2 Enfants, adolescents et jeunes

Avec un total de 16 356 enfants et adolescents inscrits dans la file active des personnes traitées par ARV en fin 2019, la « cohorte pédiatrique » du Cameroun est marquée par une proportion croissante d'adolescents. La PEC de cette tranche d'âge est un maillon faible de la réponse, avec une couverture en ARV de 23,1% chez les < 10 ans, 34,5% chez les < 15 ans et 27,2% chez les adolescents. Pour les jeunes de 20 à 24 ans, la couverture est également faible (45,9%). Il n'a pas d'évolution notable depuis 2017 tant en ce qui concerne le dépistage, que le traitement et la suppression de charge virale.

Outre les difficultés de prise en charge thérapeutique et psychologique à cet âge, se pose le problème de la transition vers les services d'adultes, ce qui nécessite une collaboration étroite entre les structures de prise en charge pédiatriques et adultes, mais aussi :

- la décentralisation et délégation insuffisantes de tâche dans la PEC pédiatrique ;
- les ruptures fréquentes en ARV pédiatrique et une formulation inappropriée ;
- le manque de personnel médical et para médical aptes à assurer une PEC pédiatrique adéquate ;
- une faible organisation structurelle de la PEC pédiatrique incluant les services conviviaux adaptés aux besoins des enfants et des adolescents.

Pour améliorer cette situation, plusieurs stratégies mises en œuvre mériteraient d'être renforcées :

- le renforcement des capacités des prestataires en prise en charge pédiatrique ;
- l'identification des enfants vivant avec le VIH à travers l'activation du dépistage et du conseil à l'initiative du prestataire (DCIP) à toutes les portes d'entrée aux soins dans les FOSA (y compris les CDT et les CNTI) ;
- le dépistage familial par les cas index adultes ou enfants ;
- le rappel des enfants exposés à statut inconnu pour le dépistage du VIH et l'amélioration de la couverture en diagnostic précoce (POC/EID dans les plateaux techniques des FOSA) ;
- le lien des enfants dépistés VIH+ vers les services de soin et traitement grâce au déploiement des APS pédiatriques dans les sites de prise en charge ;
- le renforcement des liens entre les acteurs communautaires et les FOSA ;
- la systématisation du « test and treat » à toutes les tranches d'âges des enfants, adolescents et jeunes ;
- l'amélioration de la rétention et de l'observance du traitement par le renforcement de l'approche familiale ; le suivi des rendez-vous et la recherche des défaillants/perdus de vue ; la création de groupes de soutien et de classes thérapeutiques au sein des FOSA et des structures communautaires.

Il reste de nombreux défis à relever afin d'atteindre l'objectif des trois « 90 », à l'instar de la réduction du taux d'échec thérapeutique dans ce groupe spécifique. Il ressort des échanges avec le CIRCB que près de 50% des jeunes sous traitement développent des résistances.

4.2.3 Prise en charge des comorbidités

Les activités de diagnostic de l'infection à VIH parmi les patients tuberculeux et de prise en charge de la coïnfection tuberculose/VIH ont connu une progression significative en 2017, mais cette progression a marqué le pas depuis 2018. Le dépistage VIH est pratiqué dans tous les CDT à travers le pays.

Les directives nationales imposent la recherche systématique de signes de TB chez chaque PvVIH, notamment lors des dispensations d'ARVs par les prestataires.

S'agissant de la coordination des activités collaboratives TB-VIH, un groupe de travail thématique dont le rôle est d'optimiser la lutte contre la coinfection TB-VIH à travers des politiques de santé convergentes et intégrées, a été mis en place au sein de la DLMEP/MINSANTE, mais ne se réunit qu'occasionnellement. Cette coordination n'est pas vraiment effective surtout au niveau régional et local. Les données remontées sont souvent incomplètes, que ce soit du côté du CNLS ou du PNLT.

En ce qui concerne la prévention et de contrôle des Hépatites Virales, les activités connaissent un important retard pour leur passage à échelle et les réalisations sont mal documentées. Les rares données disponibles concernent essentiellement les cas suspects d'Hépatites virale B et C, d'ulcère génital (non vésiculaire) et d'écoulement urétral.

4.2.4 Suivi biologique

A la fin de l'année 2019, on dénombrait 10 laboratoires fonctionnels accrédités pour la réalisation de la CV, localisés dans 5 des 10 régions, ainsi que 7 POC de charge virale situés à Maroua, Pette, Yagoua, Bafoussam, Foumban, Ngaoundéré et Ambam. En fin 2018, 40% de patients éligibles avaient eu accès à une CV, mais cette proportion a chuté à 18% en 2019 sous l'effet de la rupture de stocks de réactifs observée au cours du second semestre 2019.

La proportion de CV supprimée dans la file active est passée de 18,1% en 2017 à 29,6% en 2019, avec une couverture programmatique en progression (de 48,3% en 2017 à 88,0% en 2019). La couverture populationnelle des PVVIH ayant une CV supprimée après 12 mois de traitement est passée à 69% en 2019. Mais la performance du taux de réalisation de la CV reste basse à 33,6% ce qui s'explique surtout par les difficultés d'approvisionnements en intrants.

4.3 Contribution communautaire

A l'instar des pays de la sous-région, l'engagement de la société civile et du secteur communautaire a constitué un point fort de la réponse du Cameroun contre le VIH à son début. Cependant, la plupart des acteurs reconnaissent que le secteur a été largement affaibli au cours de la décennie passée. Une tentative de redynamiser la société civile a démarré en 2018 avec la création d'une Plateforme de la Société Civile. Cette plateforme a été créée pour tenter de remédier au besoin de coordination des nombreux groupements d'associations à travers le pays. A ce jour, les acteurs de la plateforme déplorent néanmoins le manque de moyens mis à leur disposition pour un fonctionnement effectif de cette coordination.

Au terme de l'année 2017, la volonté de combler le retard en matière d'accès à la prévention, au dépistage et au traitement du VIH a conduit à l'élaboration d'un plan de rattrapage. Dans le cadre de ce plan, les OSC ont été impliquées pour mener des interventions de dépistage ciblé, l'index testing, le lien au traitement et la rétention dans les soins (notamment la recherche des perdus de vue). Elles ont également intervenu dans

la communication et la sensibilisation sur l'eTME, en particulier en zone urbaine, ainsi que la prise en charge pédiatrique du VIH. Malheureusement, l'opérationnalisation du plan de rattrapage n'a été que partielle, les ressources mobilisées étant largement insuffisantes.

Une analyse de la contribution des OSC à l'atteinte des cibles des 3 « 90 » a été conduite sous l'égide de l'ONUSIDA en 2019, qui a permis de cartographier les OSC intervenant dans le dépistage, la prise en charge et la rétention dans les soins. L'évaluation de la contribution directe du secteur communautaire à l'atteinte du 1^{er} 90 a été estimée à **33%**. Sur le 2^{ème} 90, la contribution communautaire représentait **13,9%** des personnes dépistées positives en 2018 par les OSC dans les 7 régions prioritaires, ou encore 6,1% des personnes nouvellement dépistées positives mises sous traitement ARV en 2018 sur tout le territoire national. Sur le 3^{ème} 90, les interventions des OSC faiblement documentées n'ont pas permis d'évaluer de façon objective leur contribution.

Un accent particulier qui devrait porter sur l'ensemble des interventions de prévention, n'a pas été étudié en détail durant cette analyse, bien que la plupart des OSC cartographiées soient des acteurs clés pour l'Impact 1 du PSN. L'engagement communautaire est en effet considérable dans ce domaine, en particulier en ce qui concerne les populations clés et vulnérables, mais aussi l'eTME et la prévention chez les ado et jeunes. Mais la contribution des OSC n'est pas mesurée de façon suffisamment précise pour être valorisée.

Les enseignements tirés et recommandations issues de cette analyse de la contribution directe du secteur communautaire à l'atteinte des 3 x 90 sont les suivants :

- la maximisation de la contribution de la société civile dans les 90-90-90 passe par la mise en œuvre d'activités transversales, pouvant permettre de réduire les barrières d'accès aux services mais également de renforcer les actions de la société civile au niveau de la réponse nationale. Ainsi, l'accent sera mis sur le renforcement des capacités des acteurs de la société civile et la sensibilisation de partenaires stratégiques clés au niveau national.
- Dans le cadre du renforcement des capacités des acteurs de la société civile, la mise en place d'un secrétariat exécutif devra permettre d'accroître la visibilité de la société civile dans la coordination des intervenants mais également en tant qu'interface/interlocuteur pour porter la voix de l'ensemble de la société civile vis-à-vis des partenaires du gouvernement et des partenaires techniques et financiers qui appuient la réponse camerounaise.
- Par ailleurs, relativement aux KPs et dans le cadre des questions liées aux droits humains, un accent sera mis sur l'Education aux droits et le soutien juridique aux cibles concernées ; mais également sur la réduction de la stigmatisation et discrimination par la formation/sensibilisation des professionnels de santé, prestataires de soins sur les pathologies spécifiques aux KPs. Enfin, des actions de plaidoyer et de sensibilisation, à travers des ateliers nationaux et régionaux, seront développées à l'endroit des décideurs, des leaders religieux et des forces de l'ordre qui constituent une force d'influence pouvant impacter positivement sur la réduction de la stigmatisation et la discrimination au sein des communautés.

- En vue de renforcer les acquis de la société civile dans l'accélération de la réponse au Cameroun, en ciblant les zones prioritaires d'intervention, l'accent doit être mis sur l'accroissement du dépistage communautaire à travers le renforcement de l'approche par les pairs éducateurs. Ceci passe nécessairement par une démedicalisation effective comme stratégie devant être intégrée dans les politiques et stratégies nationales, combinée à un renforcement des capacités des acteurs communautaires au niveau de la gestion de la confidentialité.
- Par ailleurs, un accent particulier doit également être mis sur un accroissement de la mobilisation communautaire et le renforcement du système de référence pouvant permettre d'augmenter le nombre de personnes dépistées positives, tout en renforçant le dépistage par cas index. Le dépistage communautaire devra être accompagné d'un plan de gestion des risques en vue de réduire le nombre de perdus de vue, et accroître la référence vers les centres de traitement.
- Au niveau du 2^{ème} 90, en vue de booster la réponse nationale, il est important que les personnes dépistées positives puissent être mises sous traitement de façon immédiate (tester/traiter). Les acteurs communautaires devront s'engager à renforcer le système de référence de la communauté vers les centres de traitement. A cet effet, la collaboration entre acteurs communautaires et prestataires cliniques devra être renforcée dans la perspective de la complémentarité des interventions au niveau des zones prioritaires définies.
- Par ailleurs, la politique nationale devra organiser une réflexion sur la décentralisation des centres de prise en charge et la multiplication des centres de prise en charge Communautaire, permettant ainsi de rapprocher les services des communautés.
- Concernant le 3^{ème} 90, à travers des formations sur l'éducation au traitement, la société civile devra informer les communautés sur l'importance de la charge virale afin d'accroître la demande. Cependant, tout en se focalisant sur l'accroissement de la demande, un accent devra aussi être mis sur la création de l'offre, et par conséquent le plaidoyer devra être mis sur une meilleure gestion des plateformes existantes, mais également sur la multiplication et la décentralisation des plateformes pour la charge virale.
- Le renforcement du cadre institutionnel et politique passe par une meilleure organisation de la coordination au niveau de la société civile.
- Avec l'existence de la plateforme des organisations de la société civile, les acteurs communautaires disposent d'un cadre qui doit leur permettre d'améliorer la coordination des actions de la société civile, de mettre l'accent sur la qualité des interventions, et de produire des informations pouvant mieux faire ressortir la contribution de la société civile à la réponse nationale au niveau du Cameroun.
- Les dispositifs existants devraient être renforcés afin de devenir un mécanisme de surveillance communautaire, pour collecter à terme les informations pour un meilleur suivi, constituer un cadre de veille, d'alerte et d'orientation des politiques et des initiatives en matière de prévention, de soins et de traitement. Il s'agira dans la

pratique de combiner les fonctions d'alerte et les pratiques d'un observatoire communautaire.

- Des indicateurs clés en liens avec la prévention, les soins et traitements et la charge virale devraient être suivis et les tendances majeures partagées avec les acteurs clés de la réponse de manière périodique. Des agendas communs de plaidoyer devraient être identifiés et mis en œuvre pour lever les obstacles liés au traitement.

La mise en œuvre effective de ces recommandations devrait permettre aux acteurs communautaires de suivre et évaluer le plan opérationnel du PSN dans le cadre des 3X90, les financements de la lutte contre le VIH et les interventions communautaires dans leur ensemble.

4.4 Lutte contre stigma et discrimination, soutien, prise en charge psychologique et sociale

Les interventions visant à réduire la stigmatisation sont largement liées aux financements extérieurs et rarement dirigées par les autorités ou agences gouvernementales. Les obstacles liés à la stigmatisation et la discrimination des KPs au sein des structures de santé (publique, privées ou confessionnelles) ont amené à la création de 'drop-in centre' offrant une palette de services de prévention et dépistage aux HSH et TS dans différentes régions du pays.

Concernant la lutte contre la stigmatisation et la discrimination limitant l'accès aux soins, il existe peu de données récentes et fiables sur l'expérience de stigmatisation des PvVIH et KPs au sein des services de santé, dans la communauté, dans le milieu de travail et les familles. Des efforts ont été menés pour former des points focaux dans les OBC pour documenter et reporter les cas de violation de droits humains dans le but de trouver des solutions. Ces efforts ont abouti au renforcement de la plateforme UNITY et un observatoire communautaire de l'accès aux soins et des violences basées sur le genre.

S'agissant des interventions de plaidoyer et de sensibilisation sur les droits des PvVIH et les KPs, hormis les événements spéciaux tels que les commémorations de la Journée Mondiale de lutte contre le Sida (JMS), il y a eu peu d'actions de communication sur le VIH en direction du public dans le cadre de ce PSN. Celles qui sont menées à travers le pays sont essentiellement portées par les OSC et visent les agents de services de santé, les responsables de collectivités locales et les forces de l'ordre.

Les efforts des observatoires communautaires visant à recueillir les données sur l'accès aux services et les aspects de droits humains, ne sont pas encore pris en compte par les autorités publiques. La dernière étude sur le Stigma Index sur les PvVIH date de 2012.

Il n'y a pas eu d'analyse de la réponse nationale concernant le genre depuis 2014. Cependant une étude de base publiée par le Fonds mondial en 2018 pose quelques constats :

- il existe des préjugés sociaux et des attitudes culturelles qui freinent l'accès des jeunes filles aux services de santé sexuelle et reproductive ;
- les réponses concernant les violences basées sur le genre (VBG) et le lien avec le VIH sont faibles ou inadéquats. Par exemple l'association RENATA à Yaoundé reste une

des rares organisations faisant le lien entre VBG et VIH, et prenant en charge les jeunes femmes victimes de violences sexuelles ;

- les services de sante peinent à toucher les hommes qui souvent arrivent aux soins à des stades tardifs, la campagne VCT@Work a tenté de remédier à la situation en ciblant les hommes dans le secteur privé.

Malgré l'importance accordée aux droits humains dans le PSN 2018-2022, la multisectorialité de la réponse au VIH pour l'instant ne permet au CNLS d'aborder de front les aspects droits humains et KPs. Les divers secteurs ministériels concernés de près par les questions de droits humains (MINJUSTICE ou MINPROFF) sont peu impliqués. Ces aspects restent ignorés dans les plans sectoriels ministériels et dans les nouveaux plans municipaux élaborés dans le cadre de la stratégie « Fast-tract » pour 14 villes.

Afin d'assurer la prise en charge globale y compris psychologique et sociale des PvVIH, qui va bien au-delà de la dispensation du traitement et du screening, 1665 Accompagnateurs Psycho-Sociaux (APS) ont été recrutés sur l'ensemble du territoire, soit 1094 APS adultes et 544 APS pédiatriques. Mais à cette date, il n'est pas encore possible d'évaluer l'impact des APS sur l'observance au traitement et la rétention dans la file active car leurs activités d'accompagnement psychologique et social ne sont pas capitalisées (aucun indicateur n'est encore prévu pour capter leurs résultats).

Afin d'améliorer davantage la performance du programme, il est fortement souhaitable que les APS soient issus des communautés qu'ils/elles servent et sous la responsabilité des OSC pour favoriser le lien entre FOSA-OBC. Un curriculum harmonisé de leur formation devrait également être élaboré. Dans le même sens, l'opportunité du Plan de Santé Communautaire et de la Décentralisation devrait être saisie, à travers l'implication des collectivités territoriales décentralisées, qui peuvent être mises en responsabilité sur ce volet spécifique.

4.5 Situation dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest

Dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, la situation sanitaire demeure précaire, en particulier dans certains districts et aires de santé où des formations sanitaires (FOSA) ont été endommagées. Certains personnels de santé ont déserté ou ont été tués et l'offre des services est devenue inexistante. Cette situation a eu pour conséquence la réduction significative de l'accès aux services de santé de base. Au 31 décembre 2019, les proportions de formations sanitaires déclarées non-fonctionnelles étaient élevées dans les districts de santé d'Ako (50%), Batibo (21%), Nkambe (16%) et Bafut (16%) dans le Nord-Ouest (rapport revue DHIS Nord-Ouest). S'agissant de la région du Sud-Ouest, 47% des FOSA sont restées fonctionnelles, 28% sont restées temporairement fermées et 13% ont fonctionné partiellement en 2018. La situation a connu une amélioration au cours de l'année 2019, avec une augmentation des FOSA fonctionnelles à 71% (analyse situationnelle réponse dans le Sud-Ouest 2018).

Malgré ce contexte délétère, les interventions de la réponse au VIH ont été maintenues. Dans la région du Sud-Ouest, l'identification des PvVIH est restée faible mais a connu une

légère progression entre 2018 et 2019 avec respectivement 45% et 50% des PvVIH identifiés (rapport revue DHIS 2018 et rapport annuel Sud-Ouest 2019). Le taux d'enrôlement global au TARV des PvVIH identifiés (nouveaux et anciens) a augmenté, passant de 65% en 2018 à 80% en 2019. L'évolution de la file active de façon globale est positive au cours des deux dernières années. L'évolution positive observée en 2018 pourrait être liée à la réouverture de plusieurs formations sanitaires (71% des FOSA fonctionnelles contre 47% en 2018), à l'organisation des campagnes de recherche active des perdus de vues (PDV), le renforcement des sites en ressources humaines pour la recherche des PDV (accompagnateurs psychosociaux). La couverture programmatique en CPN a considérablement baissé, passant de 51% en 2017 à 43.23% en 2018 puis 41% en 2019.

La réponse a été plus affectée dans la région du Nord-Ouest. En effet, le taux d'enrôlement au TARV n'a pas cessé de baisser, atteignant 17% de baisse entre 2017 et 2018 et 38% entre 2018 et 2019. Le volume de la file active a augmenté progressivement au cours de l'année 2019 sans jamais atteindre les chiffres de 2018. Cette amélioration étant liée à la mise en œuvre de stratégies de dispensation communautaire des ARV en faveur des personnes en situation d'urgence. La couverture en CPN est restée faible, passant de 56% à 48% entre 2018 et 2019 respectivement. Les districts de santé d'Ako, Bafut et Mbengwi ont eu des couvertures de moins de 40% sur les deux années successivement.

Des mesures ont été prises pour atténuer les effets de la crise, en l'occurrence : (i) l'offre du dépistage ciblé et le lien au traitement ; (ii) le remboursement des frais de transport ; (iii) la mise en œuvre de stratégies différenciées dans la dispensation des ARV (la dispensation en dehors des heures d'ouverture) ; (iv) la dispensation multi-mois du traitement ARV ; (v) la collecte groupée des ARV pour les familles ; (vi) la dispensation communautaire des ARV dans les PODIC, au sein des groupes de soutien ou à domicile ; (vii) la dispensation aux personnes déplacées internes en dépannage et facilitation du transfert vers des nouveaux sites de prise en charge ; et (viii) la création d'un groupe de travail régional.

Des difficultés persistent néanmoins, qui affectent les performances des programmes : (i) les confrontations armées mettant à risque la vie des prestataires de soins ; (ii) les opérations « villes mortes » ; (iii) les difficultés dans la distribution des intrants et médicaments liées à l'accès géographique difficile à certaines zones à cause des barricades et de la destruction des routes ; (iv) la fermeture ou le fonctionnement partiel de certaines formations sanitaires ; (v) l'insuffisance de personnel de santé formé à la prise en charge du VIH et l'absence de personnel dans les zones où le conflit est intense ; et (vi) la mobilité des populations (déplacés internes et réfugiés).

4.6 Renforcement de la Gouvernance et de la gestion de la réponse

4.6.1 Coordination de la réponse

Le Plan de Suivi-Évaluation du PSN 2018-2022 n'a pas défini de façon explicite, un indicateur permettant de mesurer la qualité de la gouvernance de la réponse. Toutefois, la performance du programme pour cet aspect a été évalué à travers :

- le nombre de réunions de coordination tenues à tous les niveaux ;
- le nombre de cadres de concertation entre tous les acteurs de la réponse ;
- le renforcement des capacités des cadres de la structure de coordination (CNLS).

Sur cette base, l'indice de qualité de la gouvernance de la réponse a été évaluée à 58%.

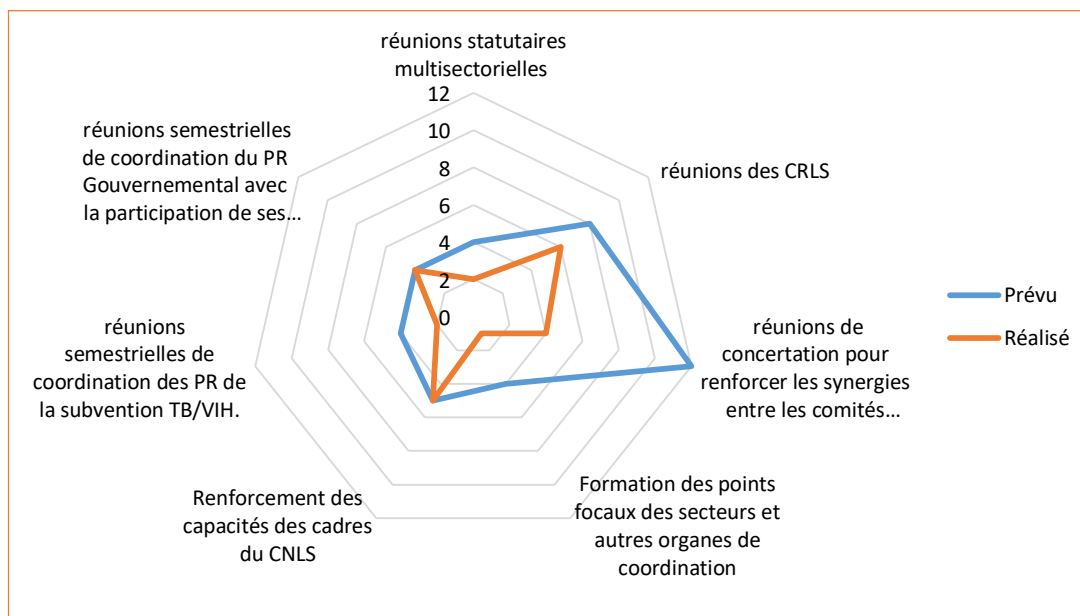


Figure 7: Performance de la gouvernance de la réponse

Il convient toutefois de relever :

- l'existence d'un problème de fond de division du travail entre le CNLS et les Directions du MINSANTE : rééquilibrage nécessaire au profit des acteurs de mise en œuvre ;
- la nécessité d'une analyse de la gouvernance de la réponse qui réinterroge le dispositif dans sa globalité ;
- l'existence des problèmes opérationnels liés aux procédures des partenaires techniques et financiers ;
- l'insuffisance des outils de suivi-évaluation qui ne permettent pas de capter toutes les contributions des autres secteurs que la santé ;
- la faible inclusion du secteur communautaire. A titre d'exemple, l'on peut citer la faible prise en compte des données de l'observatoire communautaire pour l'accès aux soins et la faible valorisation des bonnes pratiques en cours dans les OBC.

4.6.2 Information stratégique

Afin de disposer d'une information stratégique de qualité indispensable à une meilleure prise de décision, une des priorités était de réviser et d'intégrer les différents systèmes d'information existant, pour éviter la verticalité liée aux programmes de santé (y compris VIH et TB) et éviter les chevauchements programmatiques du système d'information.

A cet effet, l'un des résultats les plus probants est la consolidation de la base nationale DHIS-2 au niveau de la CIS/MINSANTE, l'intégration de toutes les données VIH et la formation des responsables en suivi-évaluation à l'utilisation de la base de données.

Concernant la nécessité de disposer des données les plus fiables et les plus désagrégées, l'estimation et la projection de l'épidémie a été réalisée en 2020 grâce au logiciel SPECTRUM, avec l'introduction du modèle NAOMI pour les estimations décentralisées (région et DS).

L'important défi de l'intégration des données communautaires dans la base nationale DHIS-2 persiste néanmoins, avec la nécessité de conduire des enquêtes régulières pour renseigner certains indicateurs, notamment en matière de prévention et de contribution communautaire à la réponse.

Dans le domaine de la recherche, l'agenda a été mis en œuvre conformément aux prévisions, mis à part l'étude sur les résistances et celle sur le coût-efficacité des stratégies, avec :

- Près de 45 articles scientifiques sur le VIH ont été publiés dans différents journaux entre 2017 et 2019 ;
- Le Cameroon Health Research Forum (CaHRef) a été organisé en 2018 au cours duquel 27 abstracts sur le VIH ont été présentés ;
- Le 2^{ème} forum national sur la PTME et la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent a été organisé en septembre 2019 au cours duquel 179 d'abstracts ont été présentés ;
- Le Cameroun a présenté des abstracts HIV à des conférences internationales : ICASA (03), INTEREST (02), AFRAVIH (03).

4.6.3 Financement et mobilisation de ressources

Le budget global pour la mise en œuvre du PSN 2018-2022 a été estimé à 412 milliards de FCFA, la prise en charge devant être assurée par le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers internationaux, dont les principaux sont le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose et le PEPFAR.

Au cours de la période 2018-2019, les financements mobilisés par le CNLS s'élèvent 51 575 138 446 FCFA, soit 37% des financements attendus, d'où un gap financier de 63 %.

En ce qui concerne les dépenses, le taux d'exécution financière est de 66% (34 040 760 910 FCFA), ce qui s'avère bas si l'on tient compte du faible taux de mobilisation des ressources.

Il convient de relever que le problème de mobilisation des fonds domestiques de contrepartie de la subvention VIH du Fonds Mondial du NFM2 a beaucoup contribué à la faible performance du programme surtout en 2019.

Il reste cependant nécessaire de mettre en place des cadres de dépenses permettant de capter les coûts unitaires des interventions, indispensables pour l'évaluation de leur coût-efficacité.

4.6.4 Système d’approvisionnement, gestion des intrants biomédicaux

Durant la période 2018-2019, la performance globale du programme national a été influencée par le système d’approvisionnement et de gestion des médicaments et des intrants biomédicaux. En effet, 17,5% des sites de prise en charge ont enregistré des ruptures de stocks pour au moins l’un des intrants traceurs VIH en 2018. Ce taux a atteint 80,4% en 2019 avec des répercussions négatives sur tous les domaines d’activité de la réponse.

Parmi les difficultés systémiques liées à la chaîne d’approvisionnement, on peut citer :

- les dettes de l’État vis-à-vis des Fonds régionaux et de la CENAME ;
- la très faible mobilisation des fonds de contrepartie par rapport à la subvention du Fonds Mondial entraînant des ruptures et des tensions de stocks.

4.7 Conclusions sur la réponse à l’épidémie

La mobilisation des acteurs communautaires a contribué au progrès de la prévention auprès des KPs, grâce à la mise en œuvre d’approches différenciées de services de prévention. L’offre de services à travers les « drop-in-centres » s’est accélérée, ainsi que celle des services par les OBC intervenant auprès des HSH et des TS. Des interventions innovantes qui n’étaient pas initialement prévues dans le PSN, ont démarré. Il s’agit notamment de la phase pilote de l’offre de services de PrEP pour les KPs. L’approche de dépistage par cas index a été introduite en 2017. Malgré le succès de cette approche pour la détection de personnes positives, celle-ci est à présent ralentie à cause de risques importants du non respect de la confidentialité et d’insécurité des individus.

D’un point de vue global, la prévention primaire reste largement insuffisante, alors que l’attention et les énergies se sont plutôt focalisées sur le dépistage des cas positifs.

Les modes de communication, d’information et d’orientation vers les sites où des services de prévention et de dépistage sont disponibles et adaptés, et doivent être renforcés durant la seconde phase du PSN.

Le paquet de prévention combiné doit intégrer la PrEP, avec une sensibilisation accrue, une diversification des modes de prise de la PrEP et un meilleur ciblage des bénéficiaires.

L’amélioration de la couverture en prévention est étroitement liée à la diversification des modes de prévention et de dépistage (PrEP et autotest par exemple), à l’intensification des messages de prévention, à la promotion de l’utilisation du préservatif, et enfin à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Par ailleurs, des populations sont insuffisamment prises en compte dans les réalisations observées durant ces deux années. Il s’agit des Usagers de Drogues (notamment les UDI) parmi les KPs, des PSH parmi les Populations Vulnérables (le dépistage et la prise en charge des IST ne font pas partie du paquet de soins offert aux détenus, PSH et travailleurs des pôles économiques).

Malgré la prise en compte des UDI dans le PSN 2014-2017, un véritable programme de Réduction des Risques (RdR) au Cameroun doit être entrepris, ciblant aussi bien les UDI

que les UD, avec échange de seringues pour les (rares) injecteurs et Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) pour les usagers d'opiacés. Un guide national de référence pour le Paquet Minimum de Services en Addictologie et un Programme National de Prévention et de Prise en Charge des Addictions devraient être produits, dans le but d'intégrer ces actions dans une vision large de la prise en charge des addictions.

Du côté des adolescents et jeunes vulnérables, les actions entreprises sont très réduites et doivent être renforcées.

Enfin, le programme d'e-TME rencontre des difficultés systémiques (fréquentation de la CPN, accouchements non assistés, disponibilité des intrants, etc.) qui plombent ses performances, si bien qu'on est encore loin de l'objectif d'élimination. Les interventions des communautés sont à encourager pour pouvoir atteindre les objectifs fixés.

Malgré les avancées et progrès significatifs depuis 2017, les performances insuffisantes sur le 2^{ème} 90 et le 3^{ème} 90 sont principalement liées aux difficultés de lien au traitement, de passage à l'échelle de la prise en charge pédiatrique, d'approvisionnement en ARV (surtout au cours de l'année 2019), la faiblesse du paquet de service de rétention dans les soins ; avec comme commun dénominateur la faible mobilisation communautaire pour le dépistage, le lien au traitement et la rétention dans les soins.

Or c'est un enjeu majeur pour l'avenir, avec le risque de persistance d'une dynamique de transmission de l'épidémie, la diffusion de souches de VIH résistants aux ARV, avec pour conséquence l'augmentation des coûts globaux de la prise en charge à long terme.

5 Vision de la réponse à l'épidémie de VIH au Cameroun

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida 2021-2023 du Cameroun, a été revu et actualisé à la lumière des résultats de la revue à mi-parcours et de la détermination des priorités nationales.

Il vise, la réduction des nouvelles infections et de l'incidence parmi les adultes, les adolescents(es) et les enfants, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la réduction de la mortalité liée au VIH et aux autres comorbidités, le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH et les autres comorbidités, le respect des droits humains, la lutte contre toutes les formes de discrimination ainsi que l'efficacité de la gouvernance à travers une réponse efficace et durable.

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida 2021-2023 du Cameroun se fonde sur *une approche de solidarité nationale et une démarche pragmatique qui garantit l'accès à la prévention, aux soins et au soutien pour toutes celles et ceux qui en ont besoin*, en particulier les personnes les plus exposées au risque et les populations en contexte de vulnérabilité dans les régions du Cameroun les plus touchées par le VIH. Grâce aux interventions multidimensionnelles et multisectorielles la société camerounaise est

protégée contre les risques infectieux notamment ceux liés au VIH, aux risques liés à la tuberculose et aux hépatites virales. Toutes les leçons apprises durant plusieurs décennies seront également utilisées et capitalisées pour lutter contre l'épidémie du COVID 19 selon une approche globale de santé publique qui permettra de protéger et préserver la santé de la population du Cameroun.

Le Gouvernement du Cameroun au plus haut niveau et aux côtés de tous ses partenaires nationaux et internationaux s'engage à mettre en œuvre les orientations nationales pour l'atteinte des résultats d'impacts, d'effets et de produits inscrits dans le présent PSN.

5.1 Référentiels de la réponse nationale au VIH pour l'extension

La vision stratégique de la réponse nationale au VIH pour l'extension 2021-2023 du PSN est en complète adhésion avec le mouvement international de « mettre fin au Sida comme menace pour la santé publique d'ici 2030, en réduisant les nouvelles infections, les décès et la discrimination/stigmatisation liés au VIH ».

Les référentiels sur lesquels s'appuie le plan stratégique actualisé sont en conformité avec les orientations internationales qui sont : Stratégie ONUSIDA 2016-2021 « Accélérer la réponse pour mettre fin au sida » ; « Stratégie Mondiale du Secteur Santé sur le VIH 2016-2021 » de l'OMS ; Stratégie « En finir avec la TB » de Stop-TB Partnership ; « Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021 » ; Stratégie OMS/UNICEF/ONUSIDA pour l'élimination de la TME du VIH, Partenariat mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH, Directives de l'OMS sur le dépistage, les traitements, la prévention auprès des KPs ; et Stratégie du Fonds mondial pour la période 2018-2022 « Investir pour mettre fin aux épidémies ».

L'adhésion du Cameroun à la Déclaration Politique sur le VIH/Sida « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/Sida », lors de la réunion de Haut Niveau en juin 2016 à New York, constitue le cadre de référence du PSN pour la période 2018-2022. Cet engagement du Cameroun s'est appuyé sur des évidences scientifiques relatives à l'intensification d'un traitement du VIH de qualité qui confirment l'intérêt thérapeutique de l'initiation précoce du traitement ARV, et sa généralisation dans le cadre de l'approche « Tester et traiter ». Dans cette perspective, le Cameroun s'est doté d'un plan de rattrapage pour accélérer la réponse au VIH et Sida pour la période 2018-2022.

5.2 Fondements et principes directeurs du plan d'extension du PSN

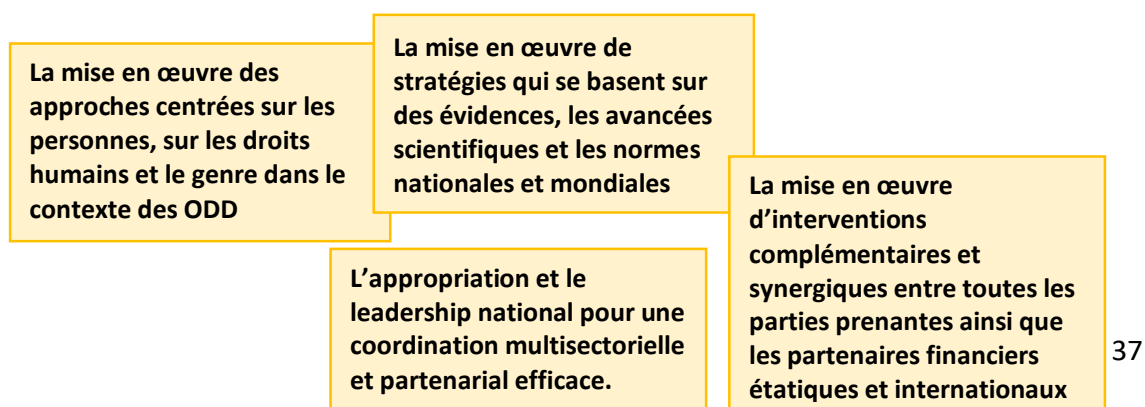


Figure 8 : Principes directeurs du plan d'extension du PSN

Le Plan d'extension du PSN constitue le référentiel unique auquel tous les partenaires nationaux et internationaux s'associent pour l'atteinte des résultats. Il assure l'implication des diverses parties prenantes dans les différentes phases de planification, de la conception, à la mise en œuvre et au suivi et l'évaluation des programmes et des interventions. L'approche inclusive et partenariale augmentent la qualité, l'efficacité et la pertinence des politiques et programmes.

Les PVVIH et les KPs sont au cœur des priorités de la réponse centrée sur la/les personnes : L'approche populations et lieux sera privilégiée pour orienter les interventions et les ressources vers les zones de vulnérabilité ou de plus forte prévalence. Pour le Cameroun les PVVIH et les populations les plus exposées aux risques sont prioritaires et devront bénéficier des interventions de qualité dans les domaines de la prévention, de soins et de soutien. L'implication de la communauté sera toujours privilégiée.

Respect des droits humains, du genre et de l'égalité entre les femmes et les hommes : Le Plan d'extension du PSN, œuvre pour intégrer un nombre plus important de bénéficiaires afin de mettre un accent particulier sur la réduction des inégalités liées au genre, la promotion et le respect des droits humains et l'équité dans l'accès aux services VIH et santé globale. Il développe toutes les conditions pour permettre la création d'un environnement favorable permettant de lever les obstacles qui freinent l'accès à la prévention et aux soins en particulier lorsqu'ils sont liés à la stigmatisation et aux différentes formes de discrimination.

Décentralisation, délégation des tâches pour étendre l'offre de prévention et de soins : Afin de favoriser une réponse plus appropriée aux contextes locaux, ce PSN sera contextualisé et opérationnalisé dans le souci d'une mise en œuvre décentralisée s'appuyant sur le principe de la délégation des tâches. Cette décentralisation donnera plus d'opportunités dans la planification des interventions, la mobilisation et la gestion des ressources à l'échelle locale.

Innovation, efficacité et efficacité de la réponse : Dans le contexte de l'accélération de la réponse, et de l'alignement de la demande de financement conjointe VIH et TB, les principes fondateurs de cette approche viseront l'orientation des financements vers les interventions à fort impact, tout en introduisant les innovations, ainsi qu'une forte implication des organisations communautaires et des organisations représentatives des KPs et des PVVIH susceptibles d'apporter une valeur ajoutée à la réponse nationale

5.3 Approche de priorisation du Plan stratégique étendu 2021-2023

Entre la fin de l'année 2019 et le début de l'année 2020, le Cameroun a conduit deux revues : Revue externe du programme PNLT de 2015-2019 et Revue à mi-parcours du PSN VIH 2018-2022. Ces deux revues distinctes sur la tuberculose et le VIH ont permis de formuler des recommandations pour orienter l'action, pour l'extension des plans stratégiques 2020-2024 pour la Tuberculose et 2021-2023 pour le VIH. Ces deux plans

ont servi de base à l'élaboration de la présente demande de financement conjointe TB/VIH au Fonds mondial pour le cycle 2021-2023, suivant les critères de priorisation ci-dessous :

- l'évidence épidémiologique concernant la TB et le VIH obtenue à partir des données épidémiologiques triangulées, la dynamique et l'estimation de l'incidence du VIH et de la TB au niveau de la population générale, des KPs et populations vulnérables;
- l'analyse de la complémentarité des financements disponibles (financements domestiques, Fonds mondial, PEPFAR, BID (UNICEF) et autres partenaires PTF) et la valeur des investissements pour l'efficacité ;
- la mise en œuvre des approches différenciées pour la prévention, le dépistage, la prise en charge et la protection sociale pour chaque type de population à partir d'innovations qui les accompagnent ;
- l'alignement sur les stratégies et politiques nationales du Cameroun notamment la stratégie sectorielle de la santé 2016-2027, les Plans stratégiques 2020-2024 pour la Tuberculose et 2021-2023 pour le VIH.
- La prise en compte des aspects droits humains et genre qui affectent les programmes, afin de lever les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH/Sida au Cameroun.
- la Valeur de l'investissement (l'égalité entre les hommes et les femmes et l'équité, l'efficacité, et l'atteinte des résultats) afin d'obtenir un impact.

Élément du cadre de priorisation

Promouvoir une analyse et des discussions holistiques centrées sur les personnes

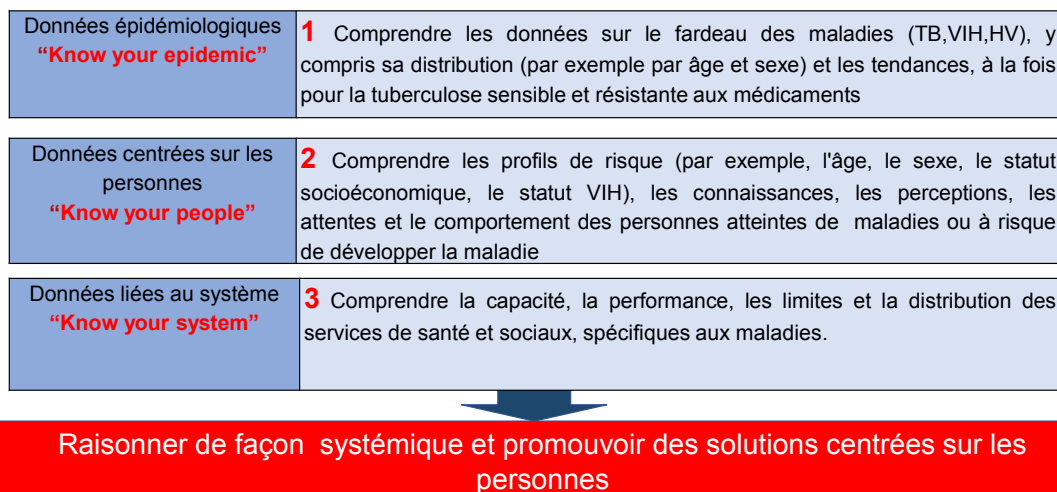


Figure 9 : Eléments du cadre de priorisation

Populations cibles prioritaires du PSN étendu 2021-2023

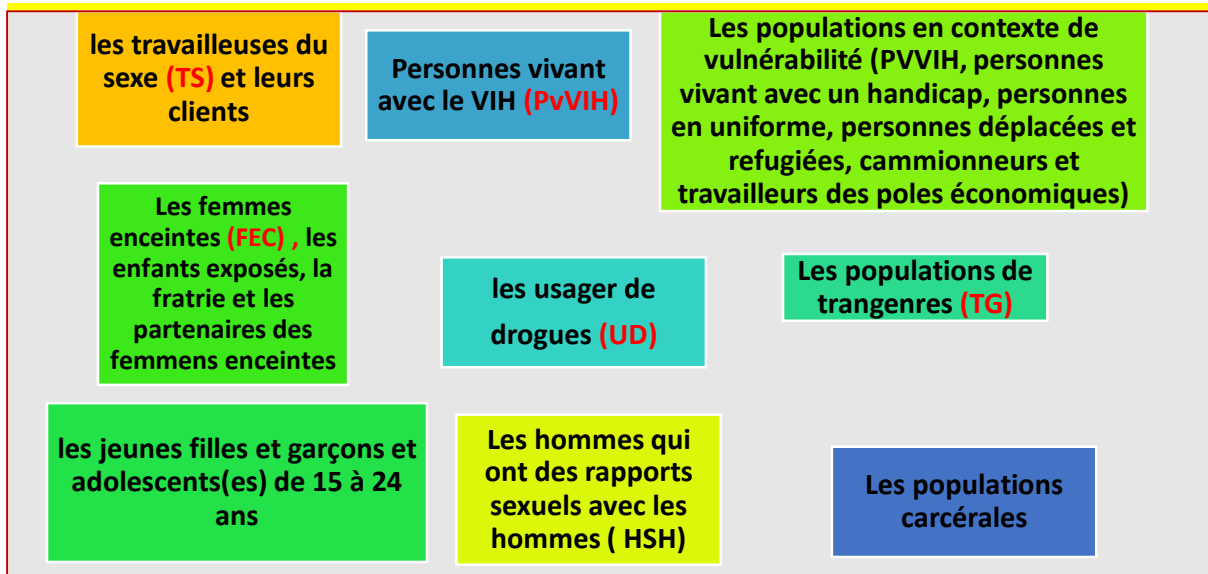


Figure 10 : Populations cibles prioritaires du PSN

6. Cadre des résultats

6.1 Résultats d'impact du PSN 2021-2023

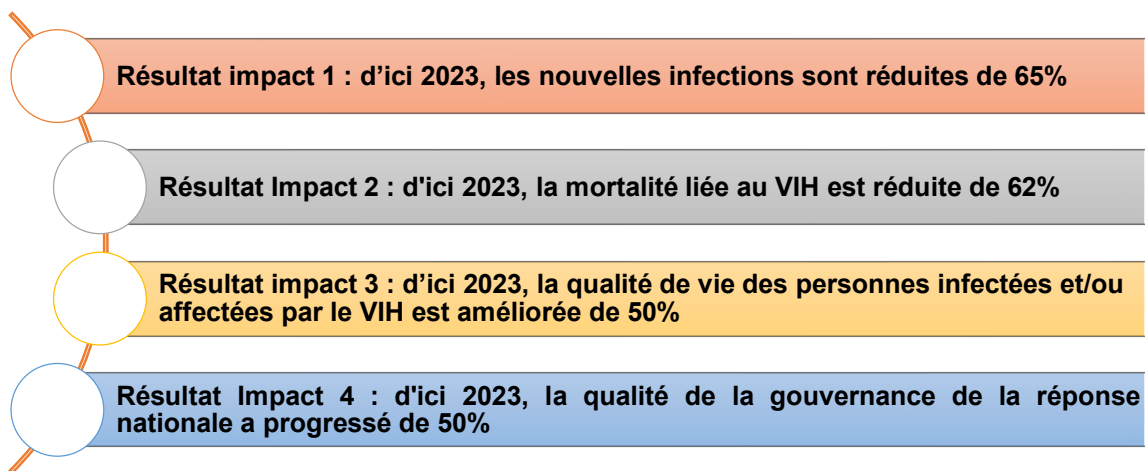


Figure 11 : Résultats d'impact du PSN 2021-2023

6.2 Chaîne des résultats

Résultat impact 1 : d'ici 2023, les nouvelles infections sont réduites de 65%

L'impact 1 vise à réduire les nouvelles infections d'au moins 65% d'ici fin 2023 en considérant les réalisations de l'année de base 2019. Cela se traduit par le développement de l'action préventive selon une approche différenciée pour atteindre efficacement les KPs

et les populations vulnérables. Cela implique la contribution organisée des acteurs communautaires et de leurs capacités d'innovation sociale, aux côtés des acteurs du secteur public de la santé.

La prévention combinée sera renforcée avec l'appui des acteurs communautaires pour atteindre au moins 90% des populations clés à haut risque, selon des approches de services différenciées notamment en fonction des facteurs de risques et de vulnérabilités différents au sein de chaque groupe de population clés.

Avec la contribution des acteurs communautaires, des approches différenciées de prévention seront développées au bénéfice de 90% des femmes et hommes issues des autres populations vulnérables : (i) Les femmes enceintes (la prévalence du VIH chez les femmes enceintes était de 5,75% selon l'enquête de séro-surveillance sentinelle menée en 2016), (ii) les adolescents et les jeunes, (iii) les réfugiés et déplacés, (iv) les détenus, (v) les travailleurs des pôles économiques et (vi) les personnes vivant avec un handicap. Toute population ayant eu un risque d'exposition au VIH (exposition en milieu de soins ou exposition sexuelle, y compris les abus sexuels) pourront bénéficier d'une Prophylaxie Post-Exposition, selon les directives nationales.

L'offre de service adaptée de prévention permettra à 80% des adolescent(e)s et jeunes de 15-24 ans de disposer de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST, et à 100% de jeunes et adolescents présentant une IST de bénéficier d'une prise en charge gratuite, particulièrement dans les districts prioritaires, selon des approches différenciées et avec l'appui des acteurs communautaires.

L'utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels à risque sera effective chez 90% de personnes sexuellement actives, grâce à la promotion de l'usage du préservatif, à la couverture à 50% des besoins nationaux en préservatifs et gels lubrifiants par la distribution gratuite.

Enfin, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sera renforcée avec l'appui des acteurs communautaires, à travers la mise en place du processus de certification de l'eTME d'ici fin 2025, la sensibilisation sur la PTME, le dépistage du VIH chez 100% des femmes qui fréquentent les services de SMNIA/SR, le dépistage du VIH chez 95% des femmes enceintes attendues en première CPN, la rétention dans les soins d'au moins 95% des couples mère-enfant jusqu'à la connaissance du statut sérologique définitif de l'enfant exposé, la prophylaxie ARV pour les enfants exposés dans les 72 heures suivant l'accouchement, le dépistage précoce et la prophylaxie au CTX d'au moins 95% des enfants exposés, ainsi que l'offre d'une méthode de contraception moderne à 50% des FVVIH en âge de procréer reçues dans les services de SMNIA/SR (publics, privés, confessionnels ou communautaires).

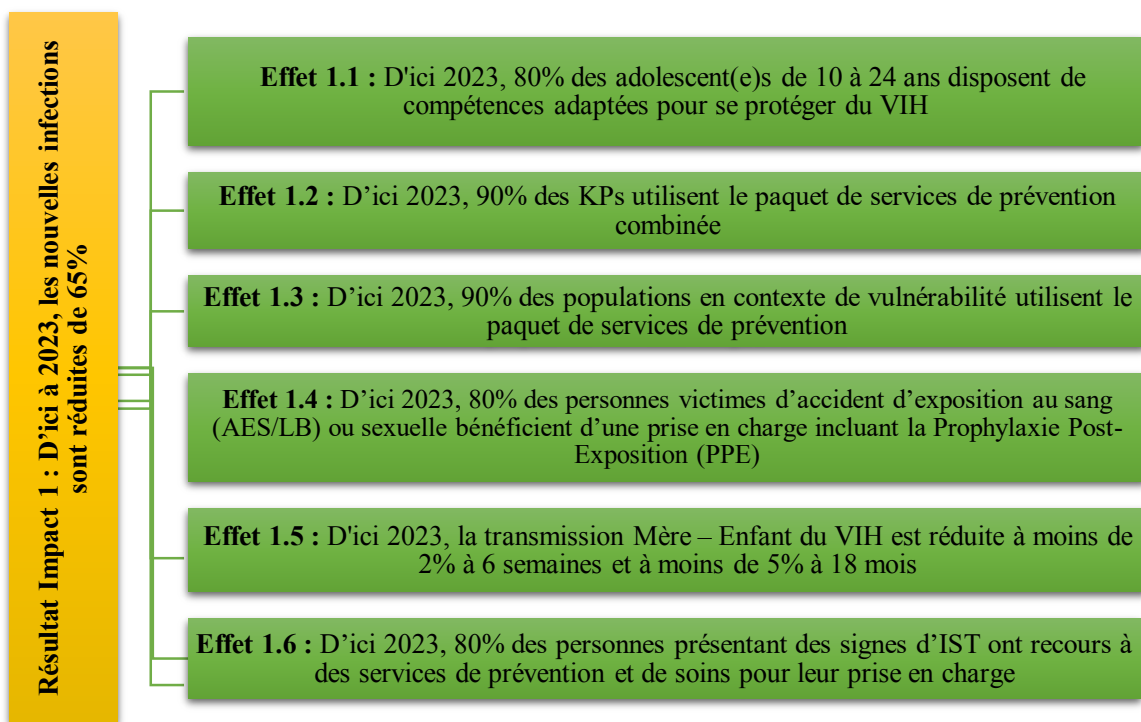


Figure 12 : Résultats d'impact 1

Résultat d'effet 1.1 : d'ici 2023, 80% des adolescent(e)s de 10 à 24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH

Selon les estimations, chez les adolescents de 10-19 ans, les jeunes filles enregistrent environ six fois plus de nouvelles infections (2097) que les jeunes garçons (351), un différentiel observé depuis 2004, tandis que dans la tranche de 15-24 ans, le ratio était de 1 garçon pour trois filles.

Accélérer la prévention est une option stratégique de haute importance au Cameroun, au regard du nombre encore élevé des nouvelles infections et de l'incidence parmi les KPs. Ce résultat d'impact vise la réduction de 65% des nouvelles infections et se décline par six résultats d'effet qui permettront la mise en œuvre simultanée et à l'échelle nationale d'interventions adaptées au contexte géographique et social des populations cibles. Il s'agit en effet de focaliser les interventions sur les zones géographiques et les populations à risque élevé. Les adolescentes et jeunes de 15 à 24, dont certains font partie du groupe des KPs. Malgré la prévalence faible apparente dans cette population, les jeunes restent soumis à un environnement socio-économique et culturel qui continue à les exposer au VIH et aux IST.

Résultat d'effet 1.2 : d'ici 2023, 90% des KPs (TS, HSH, et UDI) utilisent le paquet de services de prévention combinée

Les interventions de prévention combinée dans les zones de vulnérabilité doivent permettre d'aller vers ces populations là où elles se regroupent (Hots spots). Elles incluront dans ces

cibles, la population des transgenres, jusqu'alors non prise en compte. Les cartographies des différents sites qui seront étendues aux principales villes du pays permettront d'orienter les interventions de terrain des ONG, vers les zones de vulnérabilité et de forte prévalence selon l'approche population et lieux. Le système de coordination entre les acteurs aux niveaux régionaux sur la prévention combinée sera renforcé.

Les capacités des professionnels de santé des établissements de soins dans les sites de vulnérabilité seront renforcées pour fournir des services adaptés (prise en charge des IST, dépistage VIH et syphilis, préservatifs, PrEP, orientation vers la prise en charge) tels que prévus dans le cadre du paquet minimum de services (PMS).

Les lieux d'accessibilité du préservatif et lubrifiants en proximité seront identifiés dans le cadre des cartographies. L'intégration et la coordination entre les différents programmes de distribution de préservatifs améliorera l'accès et la disponibilité aux différentes populations.

Les efforts porteront également sur le développement et la mise en place d'approches différenciées adaptées et novatrices pour la promotion des mesures de prévention ainsi que l'accès aux services de dépistage et de prise en charge du VIH, en particulier :

- la capitalisation de l'utilisation des nouvelles technologies de communication pour renforcer la sensibilisation et la promotion des services (Prévention par internet et réseaux sociaux) ;
- l'adaptation des services aux besoins spécifiques des adolescents(e)s et jeunes issus des KPs TS et HSH sur la base des normes et standards ;
- le renforcement de la disponibilité des services à travers l'extension des unités de Santé sexuelle au sein des ONG et dans les centres de santé pour un meilleur accès des KPs à des services répondant à leurs besoins spécifiques ;
- l'extension de la PrEP pour la prévention du VIH parmi les HSH et TS dans les villes de plus forte prévalence selon un modèle opérationnel adapté au Cameroun ;
- le renforcement des compétences en prévention combinée du personnel des Centres de Santé à proximité des hot spots;
- l'approche diversifiée de dépistage (médicalisé, communautaire et autotest) pour étendre la couverture par le test et atteindre les objectifs au-delà des 95-95-95 pour les KPs ;
- le renforcement de la coordination et du réseautage entre les acteurs impliqués dans la fourniture des services de prévention combinée dans les sites d'intervention.

Résultat d'effet 1.3 : d'ici 2023, 90% des populations en contexte de vulnérabilité utilisent le paquet de services de prévention

Ce résultat d'effet est développé selon des approches de prévention spécifiques aux populations vulnérables, à travers la promotion de services de prévention adaptés à leurs besoins. Il inclura les femmes enceintes (la prévalence du VIH chez les femmes enceintes était de 5,75% selon l'enquête de séro-surveillance sentinelle menée en 2016), les

adolescents et les jeunes, les réfugiés et déplacés, les détenus, les travailleurs des pôles économiques et les personnes vivant avec un handicap. Toute population ayant eu un risque d'exposition au VIH (exposition en milieu de soins ou exposition sexuelle, y compris les abus sexuels) pourront bénéficier d'une Prophylaxie Post-Exposition, selon les directives nationales.

Résultat d'effet 1.4 D'ici 2023, 80% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES/LB) ou sexuelle bénéficient d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE)

Les victimes d'AES/LB et violences sexuelles rapportent insuffisamment ces cas dans les services hospitaliers, de même que les prestataires en contact avec ces victimes. Il s'agira pour atteindre les résultats de mettre en œuvre les stratégies suivantes :

- l'actualisation du protocole national de prise en charge des AES et violences sexuelles ;
- le renforcement de la communication sur la prévention des risques de transmission auprès des prestataires en milieu de soins à travers l'information, la sensibilisation et la formation pour le changement de comportement ;
- le renforcement de la communication auprès des populations pour bénéficier des prestations du dispositif national ;
- le renforcement du système de documentation des AES et violences sexuelles en milieu hospitalier afin d'opérer une orientation immédiate vers une prophylaxie ;
- le renforcement des mesures de protection contre l'infection à VIH en milieu de travail pour l'élimination de la transmission de l'infection en milieu de soins ;
- le renforcement de la collaboration entre sites de dispensation des ARV et centres sociaux pour la prise en charge des violences sexuelles ;
- le renforcement de la prise en charge des cas d'accidents d'AES dans les milieux de soins.

Résultat d'effet 1.5 : d'ici 2023, la transmission Mère – Enfant du VIH est réduite à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois

Ce résultat d'effet vise à aboutir à la certification de l'eTME au Cameroun d'ici 2025. Cela nécessite de mettre en place de façon formelle le processus de certification de l'eTME d'ici fin 2025. La sensibilisation des femmes qui fréquentent les services de SMNIA/SR sur la PTME et le dépistage du VIH, de la syphilis et des hépatites virales devra être systématique pour toutes les femmes, de même que leur dépistage en CPN-1. Toutes les FvVIH enceintes bénéficieront de soins dans un établissement sanitaire, pour l'accouchement, pour la prophylaxie ARV des enfants exposés dans les 72 heures suivant l'accouchement et pour le dépistage précoce selon les directives PTME en vigueur et d'une prophylaxie au cotrimoxazole.

Les stratégies mises en œuvre avec le soutien communautaire viseront à ce qu'au moins 95% des couples mère-enfant soient retenus dans les soins jusqu'à la connaissance du statut

sérologique définitif de l'enfant exposé. Enfin, en matière d'accès à la SSR, les efforts porteront sur une offre de méthode de contraception moderne à 100% des FvVIH en âge de procréer reçues dans les services de SMNIA/SR (publics, privés, confessionnels ou communautaires).

Résultat d'effet 1.6 : d'ici 2023, 80% des personnes présentant des signes d'IST ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge

Les personnes souffrant d'IST bénéficieront d'une prise en charge selon les directives nationales.

Tableau 8 : Résultats d'effet 1

Résultats d'effet	Résultats produits
Effet 1.1 : D'ici 2023, 80% des adolescent(e)s de 10 à 24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH	Produit 1.1.1 : d'ici 2023, 80% des adolescents (filles et garçons) de 10 à 14 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance complète du VIH
	Produit 1.1.2 : d'ici 2023, 80% des adolescents (filles et garçons) de 15 ans à 24 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour l'adoption des comportements à moindre risque
Effet 1.2 : D'ici 2023, 90% des KPs utilisent le paquet de services de prévention combinée	Produit 1.2.1 : d'ici 2023, 90% des TS et des HSH ont accès à un paquet complet de services de prévention combinée dans tous les sites
	Produit 1.2.2 : d'ici 2023, 90% des personnes qui utilisent les drogues sont sensibilisées et ont accès à un paquet adapté de services de réduction des risques
Effet 1.3 : d'ici 2023, 90% des populations en contexte de vulnérabilité utilisent le paquet de services de prévention	Produit 1.3.1 : d'ici 2023, 90% de la population en milieu carcéral sont sensibilisés et ont accès à un paquet adapté de services de prévention dans les prisons
	Produit 1.3.2 : d'ici 2023, les femmes et les hommes en situation de vulnérabilité (travailleurs des sites économiques, personnel en uniforme, personnes en situation de handicap, réfugiés ou déplacés, population autochtone Pygmées, Boboro, etc et autres) sont sensibilisés et ont accès aux services de prévention du VIH
	Produit 1.3.3 : D'ici 2023, 90% des besoins en préservatifs (féminins et masculins) et en gel lubrifiant pour la prévention du VIH sont couverts sur tout le territoire national
Effet 1.4 : D'ici 2023, 80% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES/LB) ou sexuelle bénéficient d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE)	Produit 1.4.1 : D'ici 2023, tous les sites de dispensation des ARV offrent la PPE en cas d'accidents d'exposition sanguine ou à d'autres liquides biologiques (AES/LB) selon des procédures standardisées
	Produit 1.4.2 : D'ici 2023, les personnes victimes d'AES/LB sont sensibilisées et informées pour l'accès à la prévention
Effet 1.5 : D'ici 2023, la transmission Mère – Enfant du VIH est réduite à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois	Produit 1.5.1 : d'ici 2023, 100% des femmes qui fréquentent les services de SMNI/PF sont sensibilisées sur la prévention, le dépistage du VIH et la PTME dans le cadre de la SSR
	Produit 1.5.2 : d'ici 2023, 95% des femmes enceintes sont dépistées pour le VIH dans les structures de santé publiques et privées et reçoivent le résultat
	Produit 1.5.3 : d'ici 2023, 95% des femmes enceintes qui sont dépistées séropositives reçoivent des ARV pour leur traitement et pour réduire le risque de transmission du VIH à leur enfant

	Produit 1.5.4 : d'ici 2023, 80% des enfants exposés sont testés à la PCR à partir de la 6ième semaine de vie
	Produit 1.5.5 : d'ici 2023 85% des enfants exposés sont mis sous ARV prophylactiques et cotrimoxazole
Effet 1.6 : D'ici 2023, 80% des personnes présentant des signes d'IST ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge	Produit 1.6.1: d'ici 2023, 80% des personnes présentant des comportements à risque d'infection par les IST (gonococcie, syphilis, infection à HPV) ont accès aux services de prévention
	Produit 1.6.2: d'ici 2023, 80% des personnes présentant des signes d'IST sont pris en charge selon les directives nationales

Résultat Impact 2 : d'ici 2023, la mortalité liée au VIH est réduite de 62%

Le Cameroun s'est engagé à atteindre les objectifs 95-95-95 soit (i) 95% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique pour le VIH, (ii) 95% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral, (iii) 95% des PVVIH adultes, adolescents et enfants traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois.

Les résultats attendus de l'impact 2 vise à réduire la mortalité liée au VIH de 62% entre 2019 et fin 2023. Cela se traduira par l'amélioration de la connaissance du statut sérologique. Le plan d'extension du PSN se focalisera sur la mise en œuvre d'une approche diversifiée de dépistage du VIH. Cette approche capitalisera sur les initiatives communautaires en cours pour un meilleur ciblage des KPs (dépistage communautaire, autotest) tout en renforçant le dépistage initié par les prestataires. La délégation des tâches en matière de prise en charge sera mise en œuvre pour assurer une couverture optimale au niveau des sites qui font face à un manque de personnel.

Les efforts porteront également sur l'amélioration du système de gestion des approvisionnements pour assurer la disponibilité continue des tests, des médicaments, des équipements de laboratoire et autres intrants essentiels.

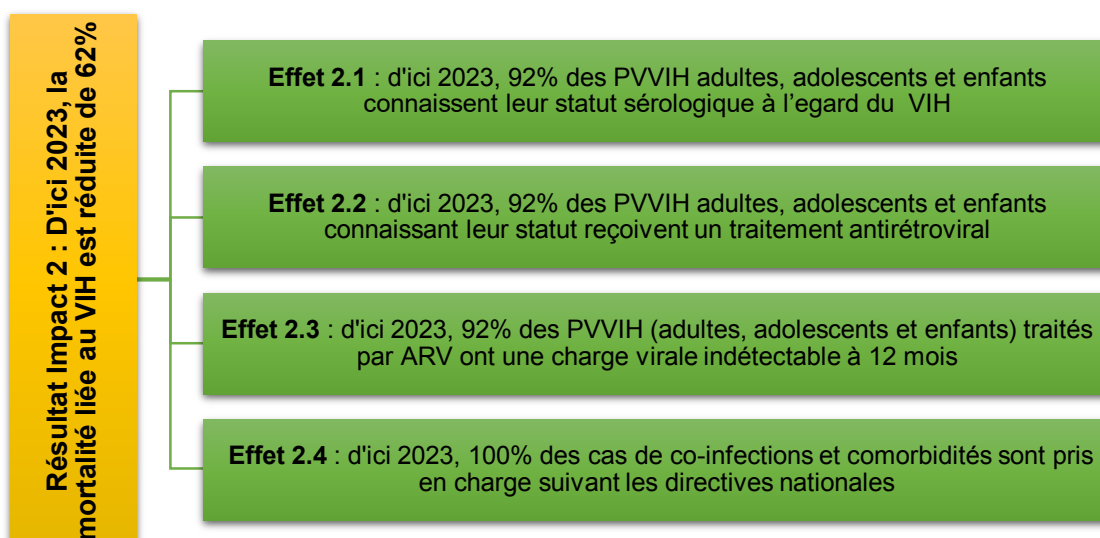


Figure 13 : Résultat Impact 2

Résultat d'effet 2.1 : d'ici 2023, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH

L'atteinte de ce résultat d'effet passe par la mise en œuvre d'une offre élargie de dépistage et conseil du VIH en :

- renforçant la décentralisation des tests VIH au niveau des centres de santé et communautaires en intégrant le CDIP dans les structures de santé privé, publique et confessionnel ;
- renforçant la proposition du dépistage systématique dans toutes les portes d'entrée des formations sanitaires, y compris les banques de sang, à l'endroit de la population générale particulièrement les jeunes âgées de 15-24 ans, les femmes enceintes, les enfants exposés, les patients atteints de tuberculose, d'IST, les PVVIH et leurs partenaires (partenaires sexuels ou conjoints) en utilisant entre autres les nouvelles technologies telles que le recours aux POC intégrés PCR/Charge virale ;
- renforçant la qualité des services de dépistage conseil en milieu hospitalier et communautaire ;
- renforçant la promotion du conseil et dépistage du VIH auprès des adolescentes, des jeunes filles et des femmes âgées de 15-49 ans en milieu communautaire, y compris les centres d'écoute et de conseil des jeunes par des agents communautaires et de santé tous formés ;
- renforçant le dépistage en couple et selon l'approche famille à partir d'un sujet index (partenaire sexuel et enfants de sujet index, parents (père et mère) et fratries des enfants index) ;
- renforçant les capacités des pairs éducateurs et conseillers communautaires pour le conseil et dépistage des KPs ;
- renforçant la mobilisation des KPs suivie du dépistage par les pairs éducateurs et les conseillers communautaires ;
- renforçant l'approvisionnement régulier en réactifs et consommables pour les services de CDV.

En résumé, il s'agira de promouvoir l'approche de ciblage géographique et populationnelle suivant l'épidémie pour toutes les stratégies de dépistage définies.

Résultat d'effet 2.2 : d'ici 2023, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral

Il s'agit de proposer le traitement ARV immédiatement après l'établissement du diagnostic. C'est la principale orientation du dispositif « Tester et traiter¹ ». Il s'agit d'orienter et ou d'accompagner (linkage) le plus tôt possible les personnes nouvellement dépistées VIH+ à intégrer les services de soins et traitement du VIH. Toutes les opportunités doivent être

¹ Guide pour la mise en œuvre de la stratégie « Traitement pour Tous » au Cameroun Mars 2017

utilisées pour la mise précoce des patients sous traitement ARV, aussi bien pour ceux dépistés en communauté que pour ceux dans les formations sanitaires (FOSA).

- La stratégie de dispensation communautaire des ARV vise à améliorer le continuum de soins des patients. Le Cameroun a adopté la dispensation communautaire des ARV en 2016 avec mise en œuvre à partir de 2017. Selon les données programmatiques, la contribution communautaire représente 13% du 2^{ème} 90 (Rapport de la revue à mi-parcours du PSN VIH 2018-2022,). Il s'agit d'augmenter et d'améliorer le continuum de soins pour les PVVIH et rapproché l'offre de soins en levant tous les obstacles de l'accès aux ARV
- Le Ministère de la Santé a adopté la politique du suivi biologique des PVVIH par la charge virale. Il existe encore des insuffisances pour le passage à échelle de cette directive quant à l'organisation du circuit de transport et de rendu des résultats, la demande de l'examen par les prestataires, l'accès à l'examen dans les 10 régions et le renforcement des capacités des prestataires.
- Le Cameroun a adopté le protocole à base de Dolutegravir (DTG) en première ligne selon les recommandations de l'OMS sur la base des critères (i) d'efficacité ; (ii) de barrières génétiques élevées ; (iii) de faible toxicité et faible coût. Ces critères ont pour avantages l'amélioration de l'observance, la suppression virale et une meilleure qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Le plan de transition vers les protocoles à base de Dolutegravir est progressif et rencontre quelques difficultés opérationnelles. Ces difficultés sont liées à la résistance de certains praticiens et malades aux changements de traitement et au défi imposé à la chaîne d'approvisionnement qui s'exprime en termes de nombreuses ruptures de molécules dans certains sites de TARV.
- L'accès des PVVIH à l'éducation thérapeutique dans le cadre de leur prise en charge sera élargi pour assurer une couverture dans tous les sites de PEC. Le programme national s'appuiera aussi sur la mise en œuvre du dispositif de téléphonie mobile et d'applications, pour améliorer la rétention des PVVIH, par des messages de rappels pour les rendez-vous des consultations et l'approvisionnement en médicaments ARV. Un protocole d'identification et de recherche active des PVVIH perdus de vue sera mis en œuvre avec la participation des associations.

Résultat d'effet 2.3 : d'ici 2023, 92% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois

Pour assurer l'accès à l'examen de charge virale, le plan de passage à l'échelle de la charge virale sera mis en œuvre. Pour atteindre l'objectif de 92% rétention des PvVIH sous TARV à 24 mois, la prévention et la recherche active des perdus de vue sera mise en œuvre dans le cadre du dispositif de rétention qui sera élaboré avec les différentes associations pour assurer une couverture dans tous les sites de prise en charge (CTA/UPEC, sites PTME, CDT). Les stratégies à adopter seront :

- le passage à l'échelle du déploiement des plateformes de charge virale au niveau national et régional ;

- l'organisation du réseautage des sites décentralisés vers les plateformes de charge virale pour le transport et le rendu des résultats de charge virale ;
- le renforcement des capacités des prestataires de santé au prélèvement et à l'utilisation des plateformes de charge virale ;
- la capitalisation du déploiement des Point of Care (POC) acquis dans le cadre du diagnostic de la TB et le diagnostic précoce de l'enfant par PCR en vue de leur utilisation comme plateformes de charge virale ;
- le renforcement de la demande de charge virale par les prestataires de soins et les patients ;
- la mise à disposition continue des réactifs et autres consommables de la CV ;
- le renforcement des capacités à la gestion des résistances aux ARV ;
- la mise en place d'un dispositif de surveillance des résistances à tous les niveaux ;
- le renforcement de la disponibilité des ARV de troisième ligne ;
- l'amélioration de l'accessibilité financière aux tests de résistance du VIH.

Résultat d'effet 2.4 : d'ici 2023, 95% des cas de co-infections et comorbidités sont pris en charge suivant les directives nationales.

Dans le cadre de la prise en charge de l'infection à VIH et les comorbidités, toutes les PvVIH bénéficient d'une recherche active de la TB et le cas échéant d'une prophylaxie à l'INH et sont traitées. Les autres infections opportunistes et comorbidités (y compris les hépatites) seront également recherchées et prises en charge. Cela nécessite de rendre systématique l'offre de dépistage de la TB/Hépatites/syphilis chez les PvVIH et la formation des prestataires de santé des sites de prise en charge VIH, dans la PEC des co-infections (TB/VIH, Hépatites/VIH).

L'intégration des services VIH, TB et hépatites sera renforcée pour la proposition systématique du test VIH pour tous les patients tuberculeux et la référence systématique des patients dépistés positifs vers les structures de prise en charge. La mise en œuvre de cette recommandation passe par le renforcement des mesures de contrôle de l'Infection tuberculeuse dans les structures de prise en charge TB et VIH et implique une étroite collaboration entre les programmes VIH, TB et hépatites.

Tableau 9 : Résultats d'effet 2

Résultats d'effet	Résultats produit
Effet 2.1 : en 2023, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	Produit 2.1.1 : d'ici 2023, 92% des KPs et vulnérables bénéficient d'une offre de dépistage adaptée à travers des approches ciblées et de proximité
	Produit 2.1.2 : d'ici 2023, l'offre permanente de dépistage du VIH, initiée par le prestataire est étendue dans toutes les structures de santé publiques, privées et communautaires
Effet 2.2 : D'ici 2023, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut	Produit 2.2.1 : d'ici 2023, 92% des PVVIH (enfants et adolescents) nouvellement diagnostiquées sont mises sous traitement
	Produit 2.2.2 : d'ici 2023, 92% des PVVIH adultes sont maintenues sous traitement

reçoivent un traitement antirétroviral	Produit 2.2.3 : d'ici 2023, 92%% des PVVIH (adolescents et enfants) sont maintenues sous traitement
Effet 2.3 : D'ici 2023, 90% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois	Produit 2.3.1 : d'ici 2023, 75% des PVVIH suivies bénéficient de la charge virale selon les directives nationales
	Produit 2.3.2 : d'ici 2023, 100% des PVVIH qui ont une charge virale détectable sont prises en charge suivant les directives nationales
	Produit 2.3.3 : d'ici 2023, 100% des laboratoires accrédités respectent les normes de qualité de réalisation de la charge virale aux PVVIH
Effet 2.4 : D'ici 2023, 100% des cas de coïnfections et comorbidités sont pris en charge suivant les directives nationales	Produit 2.4.1 : d'ici 2023, 100% des patients co-infectés TB VIH reçoit à la fois les antituberculeux et les ARV
	Produit 2.4.2 : d'ici 2023, 80% des patients infectés bénéficient des mesures de prévention de la tuberculose
	Produit 2.4.3 : d'ici 2023, au moins 80% des patients ayant une infection opportuniste sont pris en charge selon les directives nationales
	Produit 2.4.4 : d'ici 2023, toutes les PVVIH sous TARV qui sont éligibles bénéficient d'une prophylaxie à l'INH et sont traitées pour les comorbidités (y compris les hépatites)

Résultat impact 3 : d'ici 2023, la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH est améliorée de 50%

L'atteinte de cet **impact 3** se traduit par une amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et leur famille. Il s'agit de créer un environnement favorable pour accompagner la mise en œuvre du présent PSN, et permettre de lever les obstacles qui entravent l'accès à la prévention et aux soins. Les décideurs et les leaders d'opinion seront aussi sollicités à la fois pour faciliter la création d'un environnement protecteur pour les populations, mais aussi pour assurer la protection des intervenants qui travaillent sur le terrain auprès des PVVIH, des populations en contexte de vulnérabilité et des KPs.

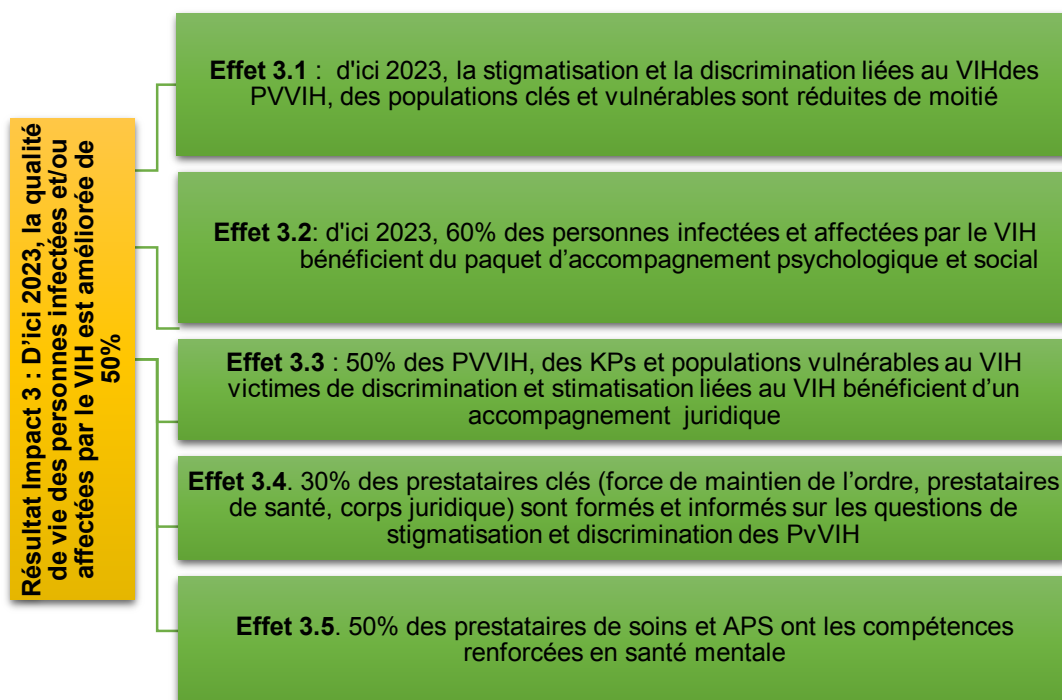


Figure 14 : Résultats Impact 3

Résultat d'effet 3.1 : d'ici 2023, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH des PVVIH, des populations clés et vulnérables sont réduites de 50%

Il s'agit de développer des interventions de plaidoyer, de formation auprès des décideurs et leaders d'opinion, afin de réduire la stigmatisation et la discrimination dans tous les milieux. Grâce au renforcement des capacités des intervenants des prestataires de santé sur les droits des PvVIH et autres populations vulnérables, le respect des droits humains est assuré. L'accompagnement des personnes sera réalisé dans le cadre des actions de protection juridique des droits des PvVIH et des groupes vulnérables (assistance juridique, formation juridique...).

Les PvVIH et les représentants des KPs, seront impliqués à la mobilisation de la communauté afin que la société civile contribue au plaidoyer pour la levée des barrières à l'accès aux soins. L'information sur les droits des PvVIH sera développée afin de permettre à chacun de lutter contre la discrimination et la stigmatisation liées au VIH.

Résultat d'effet 3.2: d'ici 2023, 60% des personnes infectées et affectées par le VIH bénéficient du paquet d'accompagnement psychologique et social

Un modèle innovant devra être créé définissant sous forme de dispositif national le paquet de services de soutien psychologique et social aux PvVIH leur permettant de bénéficier des appuis correspondant à leurs besoins et à ceux de leur famille. Le partenariat entre les ministères concernés et les associations communautaires sera promu pour que les personnes concernées accèdent aux différents dispositifs sociaux. Le renforcement de la mobilisation des ressources pour le soutien socio-économique aux PvVIH

(autonomisation) sera recherché à travers des conventions avec les ministères et programmes sociaux concernés (Ministère des Affaires Sociales et autres ministères).

Dans ce contexte, les orphelins, les enfants et adolescents vulnérables, bénéficient aussi des interventions du paquet de services adaptés à leurs besoins au plan éducatif, social et économique. Aussi, les référentiels normatifs en matière de prise en charge des OEV seront actualisés, suivi du développement des modules de formation des acteurs.

La dynamique de soutien psychosocial des enfants /adolescents vivant avec le VIH doit être développée pour répondre aux besoins en accompagnement pour (i) l'annonce du statut sérologique, (ii) la gestion des projets de vie dans le contexte du VIH, les interventions de life skills... Cela contribuera à l'émergence de jeunes/adolescents vivant avec le VIH qui deviendront des leaders et des modèles pour booster à la fois la prévention et l'utilisation des services de dépistage et de traitement par ce groupe d'âge.

Résultat d'effet 3. 3 : 50% des PvVIH, des KPs et populations vulnérables victimes de discrimination et de stigmatisation liées au VIH bénéficient d'un accompagnement juridique

Les mesures seront dirigées vers le recensement et la modélisation des mécanismes de recours existants en cas de violations des droits humains ainsi que la mise à jour des outils normatifs en matière de protection. Des supports d'observation et de récolte des situations de discrimination liées au VIH seront développés et mis en place au niveau communautaire.

La contribution et l'implication active des ONG est capitale pour la réussite de cet objectif. Les différents acteurs devront développer des outils d'assistance pour les PvVIH qui comportent : l'écoute, le suivi individuel, la conciliation avec l'autre partie, la médiation et l'assistance juridique. Ces outils doivent être accessibles au niveau local dans toutes les régions, et des solutions individuelles devront être trouvées. Les interventions porteront notamment sur :

- la définition des mécanismes de recours et des outils pour le traitement des plaintes en cas de discrimination et violation des droits humains en lien avec le VIH ;
- la conception et mise en place d'un système de suivi communautaire pour la notification des cas de stigmatisation et de discrimination au niveau des OSC ;
- le développement de supports d'information des PvVIH et les KPs sur le dispositif de recours et les outils de notification.

Résultat d'effet 3.4. 30% des prestataires clés (force de maintien de l'ordre, prestataires de santé, corps juridique) sont formés et informés sur les questions de stigmatisation et discrimination des PvVIH

Les actions prévoient de conduire et renforcer le plaidoyer pour lutter contre les obstacles et améliorer l'environnement juridique de la réponse au Sida. Une sensibilisation et formation des services de police et du parquet sur les programmes de prévention du VIH auprès des populations vulnérables et clés sera renforcée. Pour lutter contre la discrimination, il est nécessaire d'agir sur les différents niveaux et dans les institutions où la discrimination risque de toucher les PvVIH (le milieu judiciaire, les acteurs du milieu du travail, le personnel des centres pénitenciers).

Des ateliers de sensibilisation des magistrats, avocats, agents de police pour l'application des lois sur la non-discrimination seront organisés et une stratégie de communication sera mise en œuvre. L'impact attendu est de les sensibiliser sur les effets négatifs des violations des droits humains de ces catégories de personnes et les retombées sur la santé publique. Les acteurs seront sensibilisés et formés, afin qu'ils disposent des outils nécessaires.

Les interventions porteront notamment sur :

- le renforcement de la gouvernance et la coordination multisectorielle aux niveaux national et régional pour la mise en œuvre des activités ;
- l'élaboration d'outils de communication pour lutter contre la stigmatisation et discrimination ;
- la sensibilisation et le renforcement des capacités des décideurs (parlementaires, leaders d'opinion, agents d'autorités et de justice) sur les droits humains, genre et l'accès aux services de prévention et soins du VIH.

Résultat d'effet 3.5. 50% des prestataires de soins et APS ont les compétences renforcées en santé mentale

La question de la stigmatisation et de la discrimination en milieu de soins, est souvent relatée par les différents acteurs et a été documentée lors de l'étude stigma index. Les PVVIH ont rapporté des cas de violations de leurs droits en milieu de soins.

Cette situation et le vécu négatif des PVVIH peut engendrer des souffrances mentales qu'il est important de prendre en compte.

Les interventions porteront notamment sur :

- l'intégration de l'approche santé mentale dans le processus de planification de programmation, de suivi/évaluation du PSN ;
- la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation sur la lutte contre la discrimination en milieu de soins avec la mobilisation de personnes ressources ;
- l'introduction des modules sur la Santé mentale.

Tableau 10 : Résultats d'effet 3

Résultat d'Effet	Résultat Produit
Effet 3.1 : D'ici 2023, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH des PVVIH, des KPs et vulnérables sont réduites de moitié d'ici à 2023	Produit 3.1.1 : d'ici 2023, 90% des personnes cibles secondaires (personnels de santé, magistrats, policiers) reçoivent un paquet de service adapté pour réduire la discrimination des PvVIH, KPs et des populations vulnérables
	Produit 3.1.2 : d'ici 2023, 100% des PvVIH, KPs et des populations vulnérables bénéficient des services de protection relatifs aux droits humains.
	Produit 3.1.3 : d'ici 2023, l'environnement social et juridique protège les PvVIH, KPs et les populations vulnérables contre la discrimination
Effet 3.2 : D'ici 2023, 60% des personnes infectées et affectées par le VIH suivies bénéficient du	Produit 3.2.1 : d'ici 2023, 60% des PvVIH dans le besoin bénéficient d'un accompagnement psychosocial

paquet d'accompagnement psychologique et Social	Produit 3.2.2 : d'ici 2023, 60% des PvVIH indigents bénéficient d'un accompagnement socio-économique
	Produit 3.2.3 : d'ici 2023, 60% des OEV identifiés reçoivent le paquet minimum de services adaptés à leurs besoins suivant les normes en vigueur
Effet 3.3 : 60% des PvVIH, des KPs et vulnérables bénéficient d'un accompagnement juridique	Produit 3.3.1 : 60% des PvVIH, des KPs et vulnérables bénéficient d'un accompagnement juridique
Effet 3.4 : 30% des prestataires clés (force de maintien de l'ordre, prestataires de santé, corps juridique) sont formés et informés sur les questions de stigmatisation et discrimination des PvVIH	3.4.1 d'ici 2023, 30% des prestataires clés bénéficient d'un Renforcement des capacités sur la stigmatisation discrimination des PvVIH
Effet 3.5 : 50% des prestataires de soins et APS ont les compétences renforcées en santé mentale	3.5.1 D'ici 2023, les prestataires des soins et APS bénéficient d'un renforcement des capacités sur la prise en charge des troubles mentaux en lien avec les maladies chroniques et les vulnérabilités et la prévention des suicides

Résultat Impact 4 : d'ici 2023, la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé de 50%.

Ce résultat d'impact sur la qualité de la gouvernance sera atteint à travers le renforcement du leadership national du CNLS en tant qu'instance de coordination multisectorielle de la réponse nationale.

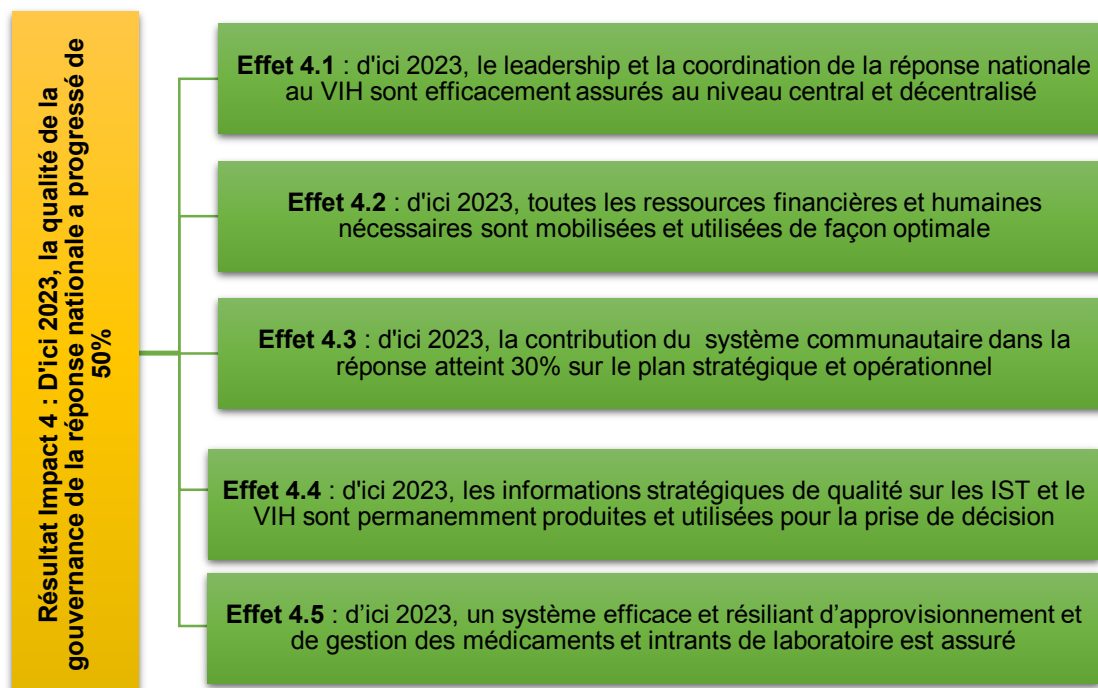


Figure 15 : Résultat Impact 4

Résultats d'effet 4.1 : d'ici 2023, le leadership et la coordination de la réponse nationale au VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé.

Les stratégies proposées visent à renforcer la coordination, le leadership de l'Etat et son engagement durable pour la pérennisation des ressources mobilisées aux niveaux national et international. L'atteinte des résultats d'effet mentionnés ci-après entraînera l'alignement des secteurs et des partenaires à la réponse au VIH dans le cadre de la multisectorialité et de la décentralisation. La coordination multisectorielle de la réponse nationale est fondamentale et assurée par le Groupe Technique Central (GTC) au niveau central et par les Groupes Techniques Régionaux (GTR) dans les 10 Régions du pays pour ce qui concerne le niveau décentralisé. Le GTC est l'organe exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida. Il est chargé de coordonner la mise en œuvre de la stratégie nationale et de suivre l'atteinte des résultats des secteurs qui concourent à cette réponse.

La mobilisation des villes du Cameroun dans la réponse nationale au VIH, à travers les collectivités territoriales décentralisées est indispensable pour l'atteinte des résultats.

Résultat d'effet 4.2 : d'ici 2023, toutes les ressources financières et humaines nécessaires sont mobilisées et utilisées de façon optimale.

La mobilisation des ressources financières nationales est assurée à travers l'implication du gouvernement aux côtés des principaux partenaires techniques et financiers qui sont le PEPFAR et le Fonds mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose dont les contributions respectives représentent environ 46% et 40% des fonds mobilisés. Au niveau national, l'essentiel des ressources retracées est mobilisé auprès de l'Etat.

Les principales stratégies qui seront développées visent le renforcement d'une part de la mobilisation des ressources internes et externes, la gestion et la reddition des comptes sur le financement du PSN et d'autre part de la coordination du GTC-CNLS au niveau de la communication et agrégation des informations financières. Une veille stratégique sera développée pour orienter les financements en fonction de la dynamique de l'épidémie. Cela sera possible avec une coordination développée à tous les niveaux, central, décentralisé, sectoriel, un plaidoyer continu et un leadership fort.

Un plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers (PTF) et secteurs pour un rapportage financier régulier au GTC-CNLS est capital afin d'avoir un paysage financier complet.

Le suivi budgétaire annuel du PSN (rapport financier consolidé) doit être réalisé afin d'élaborer un plan de travail qui prend en compte les gaps financiers identifiés. Pour cela, il est indispensable d'établir un lien entre le suivi programmatique et le suivi financier pour assurer une meilleure priorisation des interventions à haut impact. Dans le cadre des mécanismes innovants de financement de la lutte. Il s'agira également de redynamiser le secteur privé et les autres partenaires ainsi que les collectivités territoriales décentralisées.

Enfin, dans le cadre de la transparence dans la gestion des ressources disponibles et le devoir de rendre compte, un système de gestion des risques programmatiques et financiers sera élaboré. La réponse nationale à l'épidémie de VIH doit être efficace et efficiente à tous

les niveaux pour garantir l'atteinte des résultats de la mise en œuvre, le suivi et la qualité des interventions.

Résultat d'effet 4.3 : d'ici 2023, la contribution du système communautaire dans la réponse atteint 30% sur le plan stratégique et opérationnel.

La mise en œuvre d'une politique de partenariat avec les acteurs communautaires (associations et réseaux de PVVIH, associations des groupes de populations les plus exposées, ONG et réseaux impliqués dans la réponse nationale au VIH, etc.) pour renforcer leur contribution et participation active à la réponse nationale est déterminante au regard des résultats escomptés par le présent PSN, en vue de la réduction des nouvelles infections, et la mortalité liées au VIH ainsi que l'appui social et psychologique aux personnes infectées et affectées par la VIH.

Le renforcement des capacités institutionnelles, organisationnelles et managériales des associations partenaires ainsi que la redynamisation de la plateforme de concertation, vise à accompagner le passage à l'échelle et l'amélioration de la qualité des interventions, afin de contribuer à l'atteinte des cibles nationales.

Résultat d'effet 4.4 d'ici 2023, les informations stratégiques de qualité sur les IST et le VIH sont permanemment produites et utilisées pour la prise de décision.

Le MINSANTE dispose d'un système national d'information sanitaire (SNIS) de routine qui couvre les prestations de soins de santé primaires et hospitalières. Ce système vise à : i) promouvoir l'information sanitaire ; ii) mettre en place des méthodes modernes de recueil de données ; iii) rationaliser l'organisation et la gestion d'informations de qualité ; iv) veiller à la qualité et à la comparabilité des données. Il est nécessaire de réviser et intégrer les différents systèmes d'information existant, pour éviter leur verticalité liée à celle des programmes de santé (y compris VIH et TB) et éviter les chevauchements programmatiques du système d'information.

L'amélioration du système national de suivi et d'évaluation concernant le VIH porte sur la définition et le choix d'indicateurs pertinents, la simplification et la désagrégation des outils de collecte, l'intégration des données communautaires, afin de permettre, une gestion efficace des informations stratégiques par tous les acteurs institutionnels et communautaires. Au-delà des aspects de gestion, il s'agit de l'utilisation des données pour la prise de décision.

Les principaux outils seront revus pour une utilisation efficace des données aux niveaux central et décentralisé. Par ailleurs, il s'agira d'évaluer la faisabilité et l'utilisation d'un système de code d'identifiant unique tant pour la prévention que la prise en charge médicale et le continuum de soins du VIH dans certaines régions et enfin, la généralisation devra se faire en fonction des résultats obtenus.

Enfin, dans le cadre du renforcement du système de santé (RSS), le système d'information concernant le VIH sera intégré progressivement au Système National d'Information Sanitaire (SNIS), permettant ainsi au Ministère de la Santé Publique de disposer de toutes les informations stratégiques relatives aux maladies.

Le développement de la recherche opérationnelle constitue un axe / enjeu important pour le suivi de l'épidémie et la révision annuelle des estimations de l'épidémie sur la base des nouvelles données. Il s'agit de renforcer la surveillance épidémiologique et comportementale au moyen des études bio-comportementales auprès des KPs tous les deux ans. Il s'agit aussi de conduire des études de surveillance des résistances aux ARV pour prévenir et gérer les échecs thérapeutiques, etc.

Résultat d'effet 4.5 : d'ici 2023, un système efficace et résilient d'approvisionnement et de gestion des médicaments et intrants de laboratoire est assuré.

En ce qui concerne le volet gestion des approvisionnements et des stocks (GAS), des améliorations ont été apportées et seront renforcées. Il s'agit notamment :

- du renforcement de capacités des acteurs du niveau périphérique ;
- de la contractualisation avec la CENAME et les Fonds régionaux sur une base d'objectifs ;
- de la prise en compte des indicateurs/données GAS dans le DHIS2 ;
- de l'existence d'un sous-comité national en charge des approvisionnements des produits VIH dirigé par la DPML ;
- de l'organisation des formations/recyclage à l'intention des acteurs clés de la gestion des produits de santé liés au VIH, en plus des missions de supervisions existantes.

Tableau 11 : Résultats d'effet 4

Effet	Produit
Effet 4.1 : le leadership et la coordination de la réponse nationale au VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé d'ici 2023	Produit 4.1.1 : d'ici 2023, 100% des organes de coordination de la réponse aux niveaux national et régional sont fonctionnels et la multisectorialité est renforcée
	Produit 4.1.2 : d'ici 2023, 100% des villes ciblées sont mobilisées à travers les collectivités territoriales décentralisées pour la lutte contre le VIH
	Produit 4.1.3 : d'ici 2023, 100% des secteurs mettent en œuvre des plans opérationnels en cohérence avec le PSN
	Produit 4.1.4 : d'ici 2023, 100% des programmes de coopération bi et multilatéraux sont alignés aux orientations du PSN
Effet 4.2 : toutes les ressources financières et humaines nécessaires sont mobilisées et utilisées de façon optimale	Produit 4.2.1 : d'ici 2023, 100% des ressources internes et externes requises pour la mise en œuvre du PSN sont mobilisées prenant en compte la transition et de durabilité des financements
	Produit 4.2.2 : D'ici 2023, un système de gestion des risques programmatiques et financiers est mis en place et est opérationnel
Effet 4.3 : la contribution du système communautaire dans la réponse atteint 30% sur le plan stratégique et opérationnel	Produit 4.3.1 : d'ici 2023, la fonctionnalité du cadre de coordination du système communautaire progresse de 50%
	Produit 4.3.2 : d'ici 2023, le cadre de partenariat et le système de contractualisation entre les institutions gouvernementales et les ONG sont établis
Effet 4.4 : les informations stratégiques de qualité sur les IST et le VIH sont produites et utilisées pour la prise de décision	Produit 4.4.1 : d'ici 2023, le Système d'information sanitaire (SNIS) sur les IST/VIH/sida est opérationnel et efficace
	Produit 4.4.2 : d'ici 2023, un agenda de recherche national en matière d'IST/VIH/sida est développé et mis en œuvre
	Produit 4.4.3 : d'ici 2023, le partenariat entre les parties prenantes dans la production et l'utilisation de l'information stratégique de qualité sur le VIH est renforcé

Effet 4.5 : d'ici 2023, un système efficace et résilient d'approvisionnement et de gestion des médicaments et intrants de laboratoire est assuré	Produit 4.5.1 : d'ici 2023, 100% des établissements offrant les services de prévention, soins et traitements du VIH sont dotés de médicaments et autres produits de santé de qualité en quantité suffisante
	Produit 4.5.2 : d'ici 2023, 100% des médicaments et intrants traceurs pour les actions de prévention et de prise en charge du VIH sont stockés selon les bonnes pratiques de stockage
	Produit 4.5.3 : d'ici 2023, les informations logistiques de qualité sur la gestion des ARVs et autres commodités VIH (tests rapides, réactifs charge virale, isoniazide et cotrimoxazole, condoms) sont produites et utilisées pour la prise des décisions et l'amélioration de la performance de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux
	Produit 4.5.4 : d'ici 2023, la coordination et le leadership de la chaîne d'approvisionnement VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé
	Produit 4.5.5 : d'ici 2023, les ressources humaines de qualité pour la chaîne d'approvisionnement sont disponibles à tous les niveaux

7. Cadre institutionnel et organisationnel de la mise en œuvre du PSN

Le PSN constitue la référence pour tous les programmes qui seront mis en œuvre dans le cadre de la réponse au VIH. Sa mise en œuvre se fait dans un cadre organisationnel et institutionnel en pleine mutation : 1. Renforcement des rôles de planification, de coordination, de plaidoyer et de mobilisation des ressources du Secrétariat Permanent du CNLS et restructuration (changement de statuts et réorganisation interne), 2. Renforcement du rôle et du leadership du Ministère de la Santé Publique sur le plan stratégique, comme opérationnel, 3. Consolidation et responsabilisation accrue du niveau régional.

Le Comité National de Lutte contre le Sida constitue l'instance suprême politique, décisionnelle et d'orientation stratégique de la lutte contre le Sida au Cameroun. Il s'appuie sur le Secrétariat Permanent du Groupe Technique Central et le Forum des partenaires qui formulent des recommandations à l'intention du Comité. Le CNLS a des liens fonctionnels avec l'équipe conjointe du Système des Nations Unies sur le Sida qui est une instance de coordination de l'appui du système des Nations Unies à la réponse nationale au Sida et le CCM (Instance Nationale de Coordination du Fonds Mondial pour le VIH, la Tuberculose et le Paludisme).

Pour une mise en œuvre harmonieuse de la réponse au Sida entre 2021 et 2023, le Groupe Technique Central du CNLS sera recentré dans ses activités de coordination telles que définies dans le cadre du « Three Ones ». Le GTC/CNLS recentre ses interventions dans la coordination de l'élaboration, la révision et les revues des stratégies nationales. L'appui aux instances de coordination et réseaux de la société civile, aux secteurs et l'animation du cadre de concertation des partenaires seront également assurés. Enfin, le GTC/CNLS coordonne les sous système de suivi et évaluation, et assure le leadership du système

national de suivi et évaluation ainsi que la mise en œuvre du plan de recherche et d'études d'envergure nationale.

L'élimination du VIH est possible au Cameroun à travers la mise en œuvre d'un nouveau paradigme qui implique l'engagement et le leadership national au plus haut niveau, l'efficacité dans l'affectation et l'utilisation des ressources, le renforcement du système de santé communautaire, la gouvernance et la solidarité nationale.

Conformément à la multisectorialité, les acteurs de tous les secteurs de développement seront mobilisés dans le cadre des stratégies opérationnelles sectorielles pour la mise en œuvre de ce plan stratégique 2021-2023. Il s'agit du secteur public, du secteur privé et de tous les acteurs communautaires (associations et réseaux de PvVIH, associations des groupes de populations les plus exposées, ONG et réseaux impliqués dans la réponse nationale au VIH etc). Les partenaires multilatéraux et bilatéraux apporteront leurs appuis techniques et financiers à la mise en œuvre du PSN.

La décentralisation de la réponse au niveau des régions mobilisant les différents acteurs locaux sera capitalisée et renforcée. La mise en œuvre des plans régionaux de lutte contre le Sida permettra une meilleure adaptation des stratégies au contexte local et une plus grande proximité de l'offre de prévention et de soins vers les populations les plus exposées au risque et les PvVIH en fonction de la dynamique de l'épidémie au Cameroun.

7.1 Modalités de mise en œuvre

Le Plan stratégique 2021-2023 sera mis en œuvre à partir d'un plan opérationnel budgétisé et élaboré avec tous les partenaires impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida selon l'approche axée sur les résultats.

La stratégie de planification « descendante » sera mise en œuvre à travers la déclinaison du plan opérationnel national en plans nationaux annuels multisectoriels qui seront désagrégés en des plans régionaux et des plans sectoriels, suivant les priorités définies et selon l'approche axée sur les résultats, avec l'implication de toutes les parties prenantes.

Ces plans annuels auront pour objectif de guider la mise en œuvre du PSN. Ils apporteront plus de précisions sur la priorisation des actions, le ciblage des interventions, la couverture géographique, et la budgétisation des actions programmées. Chacun des niveaux périphérique, régional et national identifie les actions qu'il va mener, en se référant au PSN et en prenant en compte le contexte dans lequel les interventions vont se réaliser.

Les principales structures/secteurs de mise en œuvre sont :

- le secteur santé (public et privé) ;
- les services publics et privés non-santé (en particulier les secteurs en charge de l'éducation, de la jeunesse, des forces armées, des femmes, du travail, du tourisme, de l'intérieur, de la justice, des mines, de l'agriculture et de l'élevage...) ;
- les centres de prise en charge VIH (santé et communautaire) ;
- les organisations non gouvernementales ;

- les organisations à base communautaire, y compris celles des PvVIH et des KPS ;
- les organisations confessionnelles.

7.2 Au niveau du secteur public

Tous les départements ministériels et les grandes institutions de l'État, en plus de leurs missions traditionnelles de service public, seront en action à travers leurs comités sectoriels respectifs, pour mener des interventions de lutte contre le VIH/Sida en direction de leurs personnels, leurs usagers et leurs familles. Le but ici est de rechercher une synergie d'actions pour que les PVVIH et autres populations vulnérables bénéficient des prestations sociales et de droit commun existant (assurance sociale, couverture maladie, droits sociaux, allocation d'aide aux indigents...).

Chaque secteur aura pour orientation principale d'apporter une réponse orientée vers le grand public tenant compte de ses missions régaliennes. Par exemple les ministères en charge de l'éducation s'occuperont prioritairement de l'enseignement du VIH, celui en charge de la santé de soigner etc.

La participation active à la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelles CSU qui apparaît comme une véritable opportunité car, l'application de cette décision permettra d'améliorer l'accès aux services de santé pour tous.

7.2.1 Ministère de la Santé Publique : une place essentielle dans la mise en œuvre du PSN IST/VIH

La place du Ministère de la Santé Publique est prédominante dans la lutte contre le VIH au Cameroun. Ses actions balayent tous les grands axes d'interventions de la lutte. Il assure tout d'abord le leadership du Secteur Santé public (prévention-PTME, dépistage et PECG) et ensuite en tant que Président du CNLS, le Ministre de la Santé Publique est le garant de la coordination des interventions de lutte contre le VIH.

Pour assurer l'efficacité de la réponse santé à la lutte contre le VIH, les directions techniques du Ministère de la Santé Publique, chacune dans le cadre de ses missions régaliennes interagissent avec la Section Appui au Secteur Santé du GTC/CNLS pour garantir l'accès équitable aux services de lutte contre le VIH. Placée sous l'autorité d'un Chef Section, la Section Appui au Secteur Santé est chargée d'apporter au Ministère de la Santé Publique, un appui technique dans la mise en œuvre de la réponse sectorielle en santé à travers l'élaboration des normes, directives et documents stratégiques de prise en charge globale, de PTME et de gestion des approvisionnements. Le schéma ci-dessous résume les rôles et les interactions des directions du MINSANTE par rapport à la réponse contre le Sida.

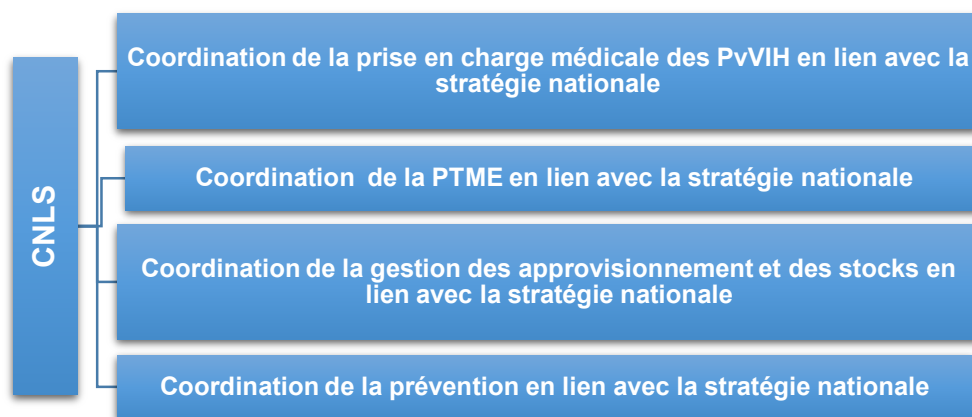


Figure 16 : Rôle du MINSANTE dans la lutte contre le VIH

7.2.2 Organisations de la Société Civile / Organisations à Base Communautaire et réseaux

Avec l'accompagnement du CNLS et de l'ONUSIDA, une Coalition de la Société Civile du Cameroun contre le Sida, la TB, le Paludisme et les Hépatites virales regroupant plus de 200 organisations de la société civile (OSC) sur le VIH, dans les 10 Régions a été mise en place en 2018. Une cartographie des OSC et une feuille de route sur l'accélération de la contribution communautaire pour l'atteinte des trois 95 a été réalisée. La structuration de la coalition demeure très fragile et des interventions de renforcement de ses capacités sont nécessaires sur : (1) l'élaboration des outils de planification et de gestion (Plan stratégique, Plan de plaidoyer, Manuel de procédures adapté) ; (2) la mise en place d'un secrétariat exécutif (staff, matériel).

S'agissant de la réponse nationale globale, la société civile mène la plupart des activités de lutte contre le stigma et la discrimination et la création d'un environnement favorable à l'accès et l'utilisation continue des services VIH, ainsi que des activités de veille sur l'accès des populations aux traitements et soins ainsi que sur les droits humains. Aussi les OSC participent à la coordination de la réponse nationale par le biais de leurs représentants au sein de l'ICN.

En définitive, le paysage des acteurs communautaires est riche au Cameroun ; en plus des travailleurs de proximité attachés aux organisations à base communautaires (OBC) des réseaux de PVVIH ou des populations clés du VIH (pairs éducateurs, HSH et TS mentors, mères-mentors, navigateurs), il existe de nombreux agents communautaires rattachés aux services de santé et collectivités territoriales décentralisées.

7.2.3 Secteur privé

La participation active du secteur privé dans le processus de la réponse nationale est effective et revêt une importance majeure non seulement dans la mobilisation des travailleurs et des travailleuses des pôles économiques, mais également dans la mobilisation des ressources nationales. Du fait de leurs engagements en matière de responsabilité sociétale, les entreprises du secteur privé ont un rôle important à jouer pour protéger les employés et leurs familles du VIH et du Sida. Cependant, le secteur privé

dispose d'un riche potentiel jusqu'ici faiblement exploité dans la réponse au Vih. De nombreuses compagnies multinationales et nationales ont beaucoup investi dans l'infrastructure sanitaire, dans l'accès au diagnostic, et la formation du personnel à fournir des soins efficaces de qualité à leurs employés, leurs familles et parfois aux communautés riveraines.

Dans le cadre spécifique de la lutte contre le Sida, les entreprises du secteur privé telles que les organisations patronales du Cameroun (**GICAM, CCIMA, ECAM, CAPEF**) ; la confédération Syndicale des travailleurs (CSTC) et les organisations de promotion de la santé en milieu de travail (SEE, CCA-SANTE, PHP, CAMRAIL, ALUCAM, CIMENCAM, SABC, etc. contribuent à la réponse nationale en offrant des services de prévention, de prise en charge (et soutien par le biais du mécanisme d'assurance maladie) en assurant le cofinancement des interventions.

D'autres actions réalisées au travers de partenariats avec les firmes de téléphonie mobile (ORANGE, Camtel, MTN, NEXTEL, etc.) contribuent à faciliter le paiement des salaires des APS des programmes SIDA-PALU-TB, AFRICA-Logistic assure le dédouanement du Pooled Procurement Mechanism du FM. Ces initiatives devront être renforcées au cours de la période du plan stratégique 2021-2023 tout en identifiant d'autres niches de Partenariat Public-Privé (PPP) dans les domaines, de l'extension de la couverture du programme, de l'appui à la chaîne d'approvisionnement, le co-investissement dans l'offre de services de prévention et de prise en charge, la mobilisation des ressources, etc.

Cependant, il importe de dresser une cartographie actualisée des interventions de lutte contre le VIH et le Sida dans le secteur privé, de documenter les opportunités de PPP, afin de mieux capitaliser les opportunités que disposent les entreprises, et d'apporter des appuis à la coordination, la mise en œuvre et le suivi de la contribution du secteur privé à la riposte.

7.2.4 Partenaires au Développement / Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

En vue de faciliter la coordination nationale et le suivi de la traçabilité des interventions, les partenaires au développement soutiendront les efforts à travers un appui technique et financier des acteurs des secteurs publics, privés et de la société civile en conformité avec le PSN. Le forum des partenaires est un espace de dialogue et de concertation qui a pour mission de favoriser la coordination des actions et des appuis de l'ensemble des partenaires en réponse au VIH au Cameroun. Le forum des partenaires aura pour tâches spécifiques de : a) faciliter les échanges d'informations sur les actions de chaque partenaire, b) échanger sur les priorités nationales de chaque année en matière de réponse au VIH, c) s'assurer de la synergie, de la complémentarité et l'absence de duplication dans l'appui à la mise en œuvre de la réponse nationale, d) convenir de l'allocation des ressources allouées à la lutte contre le VIH en vue d'assurer l'équité géographique dans la fourniture des services de lutte contre le VIH, e) apprécier les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la réponse nationale, f) planifier les supervisions conjointes et convenir des modalités de leur organisation, g) assurer une assistance technique avec tous les autres partenaires.

7.2.5 ICN Cameroun

Cette instance de coordination nationale est placée sous l'égide du Premier Ministère qui, au nom de tout le pays, présente des demandes de financement au Fonds mondial et assure le suivi stratégique des subventions. L'ICN est une instance essentielle du partenariat du Fonds mondial. Elle compte des représentants de tous les intervenants actifs dans la riposte aux maladies : organismes multilatéraux ou bilatéraux, autorités publiques, organisations non gouvernementales, société civile, institutions universitaires, organismes techniques, organisations confessionnelles, secteur privé et – surtout – personnes vivant avec les maladies.

- ⌘ Coordonner la mise au point des demandes de financement du pays
- ⌘ Désigner le récipiendaire principal gouvernementale et le récipiendaire principal communautaire
- ⌘ Assurer le suivi stratégique de la mise en œuvre des subventions approuvées
- ⌘ Approuver toute demande de reprogrammation
- ⌘ Assurer les liens et la cohérence entre les subventions du Fonds mondial et les autres programmes nationaux de santé et de développement

7.3 Opérationnalisation du PSN 2021-2023

7.3.1 Plan opérationnel

Au plan national, l'opérationnalisation du présent PSN passe par l'élaboration d'un plan opérationnel (PO) d'une durée de 3 années (2021-2023), lequel servira de base à la requête de financement du NFM3. Après la revue à mi-parcours de l'actuel PSN, qui devra intervenir en fin 2023, la seconde phase de mise en œuvre du PSN sera exécutée en fonction des recommandations produites pour son actualisation et la prise en compte de l'évolution de l'épidémie et de la réponse.

Les cadres de concertation et d'échanges existants permettront d'assurer un meilleur leadership, un alignement et une harmonisation des interventions de la réponse nationale.

7.3.2 Approche villes au Cameroun

La stratégie vise à mobiliser les élus locaux (maires) en vue de solliciter leur contribution citoyenne à la réponse nationale. C'est une approche innovante qui permet une responsabilisation des acteurs institutionnels en fonction de l'importance de l'épidémie dans leur localité. Il s'agit de construire une réponse locale appropriée inscrite dans les plans communaux de développement et les budgets des mairies pour permettre de répondre aux besoins des populations dans les localités.

Le PSN 2021-2023 vise la réduction des nouvelles infections parmi les adultes, les adolescents(es), l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la réduction de la mortalité liée au VIH, le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des PvVIH, la lutte contre toutes les formes de discrimination. À travers cette approche, les principales

villes du Cameroun peuvent contribuer à l'atteinte des résultats nationaux, en développant des actions locales.

7.3.3 Rôles des différents acteurs de mise en œuvre du PSN

Selon les principes et types d'acteurs présentés plus haut, les différents rôles des acteurs de mise en œuvre par niveau d'intervention peuvent être décrits comme ci-dessous.

Tableau 12 : Rôles des différents acteurs par niveau dans la mise en œuvre

Niveau	Acteurs	Rôles
Premier niveau (périphérique)	<ul style="list-style-type: none"> - Acteurs de la prévention et du dépistage - Acteurs de la prise en charge - Acteurs du soutien et de la protection - Acteurs de la lutte contre les stigma & discrimination, et de la défense des droits des bénéficiaires - Acteurs de la gouvernance au niveau périphérique (ville, DS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des interventions / activités dans les secteurs public, privé et communautaire au niveau local - Participation aux activités de coordination des interventions / activités de terrain - Analyse des données - Production des rapports d'activité et transmission au deuxième niveau - Supervision de la mise en œuvre des interventions / activités dans les secteurs public, privé et communautaire (y compris suivi de la qualité des services)
Deuxième niveau (régional)	<ul style="list-style-type: none"> - Acteurs de la prévention et du dépistage - Acteurs de la prise en charge - Acteurs du soutien et de la protection - Acteurs de la lutte contre stigma et discrimination et de la défense des droits des bénéficiaires - Acteurs de la gouvernance au niveau régional (DRSP, GTR) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des interventions / activités dans les secteurs public, privé et communautaire au niveau régional - Participation aux activités de coordination des interventions / activités au niveau régional - Centralisation, synthèse et validation des données du premier niveau, transmission des données au troisième niveau - Renseignement des indicateurs régionaux ; production des rapports de mise en œuvre du PSN au niveau régional - Supervision, suivi et évaluation de la mise en œuvre des interventions / activités dans les secteurs public, privé et communautaire (y compris suivi de la qualité des services)
Troisième niveau (national)	<ul style="list-style-type: none"> - Acteurs de la prévention et du dépistage - Acteurs de la prise en charge - Acteurs du soutien et de la protection - Acteurs de la lutte contre stigma et discrimination et de la défense des droits des bénéficiaires - Acteurs de la gouvernance : CNLS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des interventions / activités dans les secteurs public, privé et communautaire au niveau national - Participation aux activités de coordination des interventions / activités au niveau national - Centralisation, synthèse et validation des données du 2^{ème} niveau ainsi que des résultats des études et enquêtes nationales, régionales ou locales (IBBS, cartographies, etc.) - Production des différents rapports (rapport d'activité nationaux, tableau de bord des indicateurs et des données épidémiologiques, rapports internationaux, revues du PSN) - Supervision, suivi et évaluation de la mise en œuvre des interventions / activités dans les

7.4 *Suivi et évaluation*

7.4.1 **Plan de Suivi Evaluation**

Le système de suivi et évaluation est une composante essentielle du PSN 2021-2023. Pour permettre un suivi et une évaluation scrupuleuse de sa mise en œuvre, un Plan de Suivi Evaluation sera élaboré comme déclinaison de ce PSN. Il constituera le référentiel d'appréciation des résultats attendus, notamment du niveau d'atteinte des cibles fixées et de la pertinence, l'efficacité et l'efficience des interventions mises en œuvre.

Le Plan de Suivi et Evaluation visera ainsi à : a) Définir les indicateurs de performance permettant de suivre et évaluer le PSN 2021-2023 , b) Identifier les outils de suivi et évaluation, c) Décrire le circuit de collecte et de contrôle de la qualité des données ,d) Décrire les activités de suivi et d'évaluation, e) Décrire le plan de diffusion et d'utilisation des données de suivi et évaluation, f) S'aligner sur les 40 indicateurs prioritaires de l'OMS récemment mis à jour.

7.4.2 **Architecture du cadre de suivi**

Le cadre de suivi du PSN sera coordonné à tous les niveaux de la pyramide sanitaire nationale (central, régional et périphérique), ainsi que dans le secteur privé et le monde communautaire :

- Le **niveau central** facilitera la collecte, assurera le stockage, le traitement et la diffusion de l'information stratégique sur le VIH. Ce niveau est constitué par la direction en charge de l'information du Ministère de la Santé Publique, assurant la gestion du Système National de Suivi & Evaluation. Cette direction s'appuiera sur l'expertise d'un groupe de travail sur l'information stratégique, dénommé « Groupe Technique National de l'Information Stratégique des IST/TB/VIH/Sida » ;
- Au **niveau régional**, le service de suivi-évaluation et de lutte contre le Sida de la DRSP est chargé du suivi et de l'évaluation des activités de la réponse au VIH/Sida. La coordination des activités de suivi et évaluation sera conduite par un groupe comprenant le service de suivi-évaluation de la DRSP, les points focaux suivi-évaluation des PTF, ceux du secteur privé et de la société civile ;
- **Au niveau périphérique**, le niveau district sera le niveau opérationnel de la mise en œuvre du suivi-évaluation. Le DS se chargera de la collecte mensuelle des données auprès des structures sanitaires et communautaires. La coordination des activités de suivi et évaluation sera faite à travers l'équipe cadre de district (ECD).

Le système de suivi évaluation est basé sur une collecte journalière des données au niveau des structures sanitaires et communautaires, à travers des supports de collecte (registres PTME, outils de suivi du patient VIH avec ou sans ARV, registres d'assurance qualité, etc.) et une saisie dans le système de gestion de l'information sanitaire (DHIS2). Chaque

structure compile ses données dans un rapport mensuel transmis au DS et réalise ses cascades de soins. Le DS compile les rapports de son aire sanitaire. Il analyse et valide mensuellement les données avant la validation trimestrielle avec la DRSP. Ces données validées sont ensuite transmises à la région puis au niveau central. Le niveau central analyse les données reçues et produit le rapport national et les rapports des engagements internationaux (GAM, Accès universel, ODD...).

La rétro information s'effectue à chaque niveau du circuit de l'information à tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH. Une révision du schéma global du dispositif de suivi-évaluation est proposée pour permettre d'optimiser les résultats du PSN 2021-2023

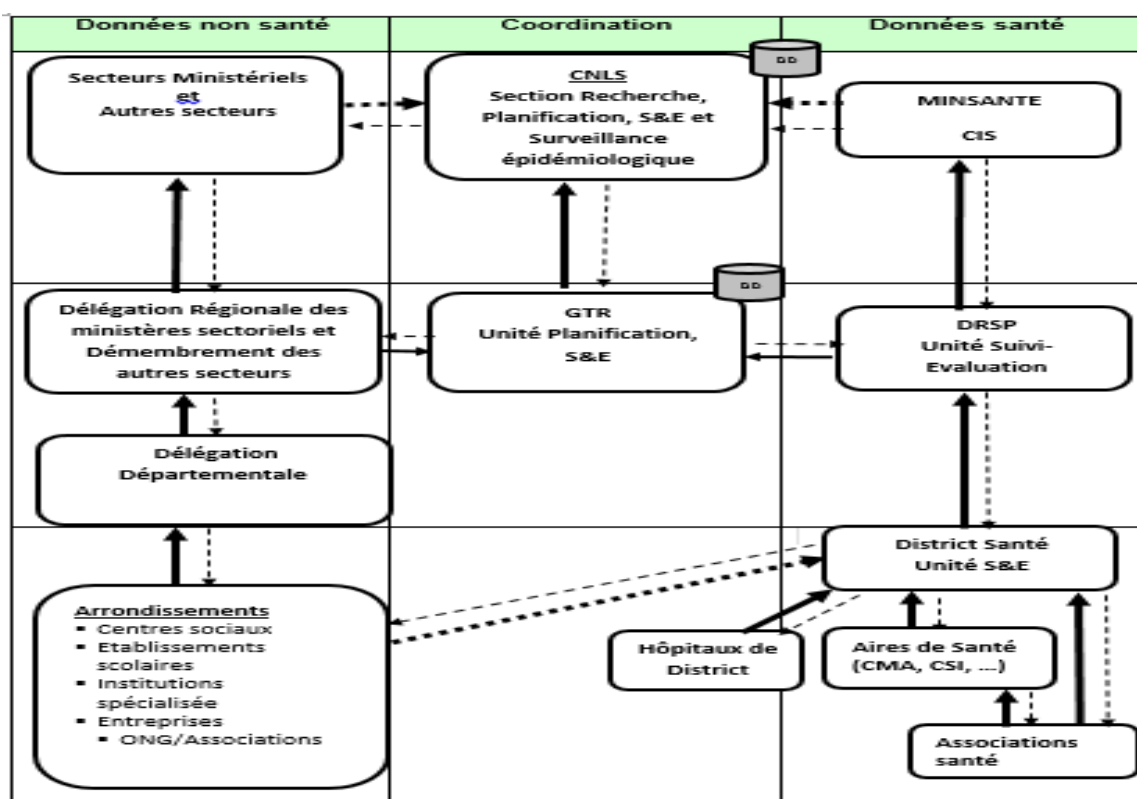
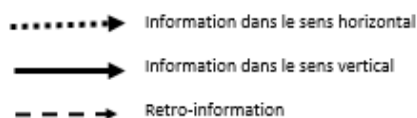


Figure 17 : Cadre du suivi et évaluation



Au niveau central (GTC) et régional (GTR), il existe un service de suivi évaluation doté de personnels. Des systèmes informatisés bâtis autour du DIHS2 sont utilisés pour capter et faire remonter les données essentiellement sanitaires. Le niveau de disponibilité et de complétude sera renforcé.

7.4.3 Système de surveillance et de notification

Le mécanisme mis en place doit permettre la collecte systématique de données à des fins de suivi des patients et d'évaluation des performances du programme. Le suivi des patients s'effectue à travers un système de notification et de surveillance des cas. Dans le cadre de la mise en œuvre du PSN 2021-2023, le système de suivi évaluation va se doter d'un dispositif de surveillance du VIH qui assurera les activités de manière systématique et normée. La qualité de ce dispositif de surveillance reposera sur l'utilisation systématique des mêmes méthodes, des mêmes populations cibles et des mêmes outils.

La **surveillance épidémiologique** sera fondée sur les méthodes suivantes :

- L'analyse des données à travers les cascades du continuum de soins ;
- Des enquêtes bio-comportementale ou enquêtes sérologiques répétées, pour évaluer l'évolution de la prévalence et de l'incidence (dans la mesure du possible) de l'infection à VIH dans les populations à haut risque telles que les TS, les HSH, les transgenres et les UD ;
- La surveillance de la prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux ;
- Des enquêtes sérologiques répétées dans la population générale lors des enquêtes démographiques et de santé (EDS).
- La surveillance de la résistance du VIH aux ARV, la notification des cas de Sida et des IST compléteront cette surveillance ;
- La surveillance de la prise en charge des IST dans les groupes à haut risque.

7.4.4 Données d'enquêtes et de recherches

Le PSN 2021-2023 fera l'objet d'une évaluation externe en 2023. Cette évaluation aura pour objectif de fournir une appréciation externe et indépendante sur l'atteinte des résultats des différents impacts et effets. Les indicateurs d'impact et résultats seront collectés à partir des études et enquêtes prévues à cet effet.

Aussi un agenda de recherche est prévu dans le cadre du PSN 2021-2023 pour générer les informations nécessaires aux moments indiqués.

