

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 STRATEGIQUE NATIONAL
DE LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST 2014-2017**

Yaoundé, décembre 2013

Table des matières

LISTE DES ACRONYMES.....	ii
RESUME.....	vii
I- INTRODUCTION	1
II- CONTEXTE	2
II.1.- Données démographiques, administratives et socio-économiques	2
II.2.- Organisation sanitaire.....	3
II.2.1.- <i>Système de santé</i>	3
II.2.2.- Carte sanitaire et ressources humaines	4
II.2.3.- <i>Offres de services</i>	5
II.2.4.- Situation de l'épidémie du VIH et Sida au Cameroun	6
III RECOMMANDATIONS ISSUES DE LA REVUE A MI-PARCOURS	7
DU PSN 2011 - 2015	7
IV PSN 2014 - 2017	14
IV.1.- METHODOLOGIE	14
IV.2.- VISION	14
IV.3.- PRINCIPES DIRECTEURS	16
IV.4.- CIBLES ET INTERVENTIONS PRIORITAIRES	17
IV.4.1. <i>Cibles prioritaires</i>	17
IV.4.2.- Interventions prioritaires.....	18
IV.4.2.3. Les questions transversales :	20
IV.5.- LE CADRE DES RESULTATS.....	23
IV.6. Analyse et gestion des risques	36
IV.6.1 Analyse des risques.....	36
IV.6.2- Conditions de succès	36
IV.7. Cadre de performance (voir Plan de SE du PSN)	36
ANNEXES	37
EQUIPE DE COORDINATION.....	53
EQUIPE DE REDACTION	53

LISTE DES ACRONYMES

ACMS :	Association Camerounaise pour le Marketing Social
AES/LB :	Accidents d'Exposition au Sang et Liquides Biologiques
AFASO :	Association des Femmes Solidaires et Actives
AGR :	Activités Génératrices de Revenus
APEE :	Association des Parents et Enseignants d'Elèves
ARC :	Agent de Relai Communautaire
ARV :	Antirétroviraux
BIT :	Bureau International du Travail
C2D :	Contrat de Désendettement et de Développement
CAMNAFAW :	Cameroon National Association for Family Welfare
CANEP :	Cameroon Network of People living with HIV
CAPR :	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional
CBCHB :	Cameroon Baptist Convention for Health Board
CCA/SIDA :	Coalition Camerounaise des Affaires pour la lutte contre le Sida
CCC :	Communication pour le Changement des Comportements
CCM :	Country Coordination Mechanism
CDC :	Centre for Diseases Control
CDIP :	Conseil et Dépistage à l'Initiative du Prestataire
CDT :	Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose
CDV :	Conseil et Dépistage Volontaire du VIH
CENAME :	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables médicaux Essentiels
CHP :	Care and Health Program
CIRCB :	Centre International de Référence Chantal BIYA pour la recherche sur la prévention et la prise en charge du VIH et du Sida
CMA :	Centre Médical d'Arrondissement
CMS :	Commission Mixte de Suivi
CNJC :	Conseil National de la Jeunesse du Cameroun
CNLS:	Comité National de Lutte contre le Sida
CNPS :	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNTS :	Centre National de Transfusion Sanguine

COSA :	Comité de Santé des Aires
CPDV :	Centre de Prévention et de Dépistage Volontaire du VIH
CRLS :	Comité Régional de Lutte contre le Sida
CPN :	Consultation Pré-Natale
CRTS :	Centre Régional de Transfusion Sanguine
CRADAT :	Centre Régional Africain d'Administration du Travail
CRESAR :	Centre de Recherche en Santé des Armées
CRS :	Catholic Relief Services
CRV :	Cartographie du Risque de Vulnérabilité
CSI :	Centre de Santé Intégré
CSTC :	Centrale Syndicale des Travailleurs du Cameroun
CTA :	Centre de Traitement Agréé
CTaff:	Centre de Traitement Affilié
CTx:	Cotrimoxazole
DBS :	Dry Blood Spot
DIJE :	Développement Intégral du Jeune Enfant
DLMEP:	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
DOSTS :	Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
DPML:	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DPS :	Direction de la Promotion de la Santé
DRH :	Direction des Ressources Humaines
DROS :	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
DRSP :	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
DSF :	Direction de la Santé Familiale
EBMSP :	Enfant ayant Besoin de Mesures Spéciales de Protection
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
EGPAF :	Elisabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation
EPP :	Estimation and Projection Package
EVF/EMP/VIH/Sida :	Education à la Vie Familiale en Matière de Population, de VIH et de Sida
FMLSTP :	Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose, et le Paludisme

FOSA :	Formation Sanitaire
GAVI :	Global Alliance for Vaccines and Immunisation
GICAM :	Groupement Inter-patronal du Cameroun
GIP/ESTHER:	Groupement d'Intérêts Publics/ Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique en Réseau
GIPA :	Greater Involvement of People Living with AIDS
GTC :	Groupe Technique Central
GTR :	Groupe Technique Régional
GIZ :	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
HD :	Hôpital de District
HR :	Hôpital Régional
IADM :	Initiative à l'Allègement de la Dette Multilatérale
IAP :	Indicateur d'Alerte Précoce
IEC :	Information-Education-Communication
IMPM :	Institut de recherche Médical et d'étude des Plantes Médicinales
INH :	Isoniazide
INNRT :	Inhibiteur Non Nucléosidique de la Reverse Transcriptase
INRT:	Inhibiteur Nucléosidique de la Reverse Transcriptase
IO :	Infection Opportuniste
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
JMS :	Journée Mondiale contre le Sida
MEO :	Mise en Oeuvre
MICS :	Multiple Indicator Choise Survey
MINADER :	Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural
MINAS :	Ministère des Affaires Sociales
MINEDUB :	Ministère de l'Education de Base
MINEE :	Ministère de l'Eau et de l'Energie
MINEPAT :	Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINEPIA :	Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales
MINFI :	Ministère des Finances
MINJEC :	Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique
MINPROFF :	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille

MINSANTE :	Ministère de la Santé Publique
MINESEC :	Ministère des Enseignements Secondaires
MINSUP :	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MINTOUL :	Ministère du Tourisme et des Loisirs
MINTSS :	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
HSH/MSM :	Hommes ayant des Rapports Sexuels avec les Hommes (Men having Sex with Men)
N/D :	Non Disponible
NASA :	National AIDS Spending Assessment
OBC :	Organisation à Base Communautaire
OEV :	Orphelins et Enfants Vulnérables
OIT :	Organisation Internationale du Travail
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA :	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH et Sida
OSC :	Organisation de la Société Civile
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PE :	Pair Educateur
PEC :	Prise En Charge
PECP :	Prise En Charge Pédiatrique
PEPFAR :	President Emergency Plan for Aids Reliefs
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PF :	Planning Familial
PNLT :	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPP :	Partenariat Public-Privé
PSTE :	Pays Pauvres et Très Endettés
PSN :	Plan Stratégique National
PTME :	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH :	Personne Vivant avec le VIH
RECAP+ :	Réseau Camerounais des Associations des Personnes Vivant avec le VIH
RENATA :	Réseau National des Tantines
RMA :	Rapport Mensuel d'Activités

RVIHM :	Monitoring de la Résistance du VIH
S&E :	Suivi-Evaluation
SASNIM :	Semaine d'Action Sanitaire et de Nutrition Infantile et Maternelle
SIS :	Système d'Information Sanitaire
SMI :	Santé Maternelle et Infantile
SNU :	Système des Nations Unies
SPSE :	Section Planification, Suivi-Evaluation
SSR :	Santé Sexuelle et Reproductive
SST :	Service de Sécurité Transfusionnelle
SYNAME :	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
TARV ou TAR :	Traitement Antirétroviral
TB :	Tuberculose
TME :	Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
TPI :	Traitement Prévention à l'Isoniazide
TS :	Travailleurs (e) du Sexe
UA :	Universal Access
UM :	Unité Mobile
UNFPA :	United Nations Fund for Population Agency
UNGASS :	United Nations General Assembly Special Session on AIDS
UNESCO :	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
UNICEF :	United Nations Children's Fund
UPEC :	Unité de Prise en Charge
USAID:	United State Agency for International Development
VIH :	Virus de l'Immuno Déficience Humaine
VSS :	Vacances Sans Sida

RESUME

Menée sous le leadership du Comité de Pilotage mis en place par le Ministre de la Santé Publique, Président du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), la révision du Plan Stratégique National (PSN) de Lutte contre le Sida, le VIH et les IST 2011-2015 s'est effectuée dans un contexte marqué d'une part, par la raréfaction des ressources financières tant nationales qu'internationales et d'autre part, par les récentes orientations de l'ONUSIDA en faveur de la planification et de la gestion axées sur les résultats.

Cette révision s'est faite au cours d'un processus inclusif, participatif et consensuel, réunissant les différents acteurs, bénéficiaires et partenaires au développement impliqués dans la lutte contre le VIH et le Sida au Cameroun.

Sur la base des recommandations issues de la revue à mi-parcours du PSN 2011-2015, des interventions prioritaires ont été identifiées comme devant permettre « *la réduction de la mortalité et la morbidité liées au VIH, au Sida et les autres IST, et de réduire l'impact socio-économique sur le développement du pays* ».

Cet exercice a permis de dégager les cibles prioritaires suivantes comme principales bénéficiaires des interventions à mener : (i) *les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)* ; (ii) *les populations clés : les travailleurs (es) de sexe (TS), les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les utilisateurs de drogues* ; (iii) *les populations vulnérables (les jeunes et adolescents, les hommes et les femmes en tenue, les détenus, les réfugiés, les autres populations mobiles, les femmes et les femmes enceintes, les pygmées, les bororos, les orphelins et enfants vulnérables (OEV))*.

Le cadre des résultats a permis de décliner 05 effets préalables à l'atteinte du but visé par la mise en œuvre du PSN 2014-2017 couvrant les domaines que sont : (i) la prévention, (ii) la prise en charge (PEC) globale des PVVIH, (iii) les questions transversales (genre et droits humains), (iv) le suivi/évaluation (SE), (v) la coordination, (vi) et le financement du PSN.

Les cinq effets attendus du PSN 2014-2017 sont :

- 1** : l'incidence du VIH et des IST est réduite d'au moins 50% dans la population de 15 à 49 ans d'ici à 2017 ;
- 2** : le taux de survie à 12 mois des PVVIH est d'au moins 95% d'ici à 2017 ;
- 3** : l'impact du VIH et du Sida sur les personnes infectées et/ou affectées ainsi que sur les populations clés est réduite de moitié d'ici à 2017 ;
- 4** : au cours de la période 2014 - 2017, au moins 60% des données programmatiques et de recherche sont utilisées pour la prise de décisions ;
- 5** : les mécanismes nationaux de coordination et de gestion sont améliorés.

Le cadre de mise en œuvre (MEO) du PSN comprend les mécanismes de SE, les mécanismes de gestion et le budget. Une analyse des risques pouvant entraver la bonne MEO du PSN a été faite, et les conditions de succès indiquées.

Afin de faciliter l'opérationnalisation et les évaluations ultérieures du PSN 2014 - 2017, un Plan Opérationnel a été élaboré et annexé à ce document pour servir de « boussole » à sa MEO.

I- INTRODUCTION

Lors de l'élaboration du PSN 2011 - 2015, sa revue à mi-parcours avait été prévue en 2013. Les objectifs généraux de cette revue étaient : (i) examiner les processus, les résultats et les performances enregistrés dans la MEO dudit PSN, (ii) fournir aux décideurs, aux acteurs et aux bénéficiaires des informations sur les progrès réalisés, les contraintes et les leçons apprises, (iii) aider à l'identification des interventions et des actions prioritaires pour optimiser le niveau d'atteinte des résultats attendus, les mécanismes de gestion et (iv) procéder éventuellement à des réorientations managériales pertinentes et proposer des mesures de réajustement des orientations visant l'atteinte des résultats escomptés en 2015.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) IV réalisée en 2011, la prévalence du VIH dans la population générale est estimée à 4,3%. Par contre, des enquêtes dans les groupes spécifiques ont révélé des prévalences plus élevées dans certains groupes. Chez les femmes enceintes, *l'Enquête de surveillance sentinelle du VIH réalisée en 2012 a révélé un taux de 7,8%*. *L'Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH et de la syphilis chez les TS au Cameroun (2009)* a révélé que la prévalence est passée de 26,4 % en 2004 à 36,7 % en 2009. *L'Enquête bio comportementale (IBBS 2011) sur le VIH et Sida chez les MSM* réalisée à Yaoundé et à Douala estimait la prévalence dans ce groupe à 44% et 24% respectivement.

L'évaluation à mi-parcours du PSN 2011 - 2015 a relevé quelques défaillances à juguler. C'est dans cette optique que le PSN 2014 - 2017 a été élaboré avec un engagement considérable des différents acteurs, bénéficiaires et partenaires au développement impliqués dans la lutte contre le VIH et Sida au Cameroun. Ce PSN donne une nouvelle vision et de nouveaux principes directeurs en matière de lutte contre le VIH et Sida. De même, il met en exergue les interventions prioritaires et le cadre des résultats, traduisant ainsi les changements à réaliser. Il s'agit d'effets et/ou des sous effets pour atteindre l'impact, des produits pour chaque effet, puis des stratégies à mettre en œuvre pour chaque produit.

Le résultat d'impact du PSN 2014 - 2017 est de « *réduire la mortalité et la morbidité liées au VIH et au Sida et les autres IST, et de réduire l'impact socio-économique sur le développement du pays* ».

L'élaboration du PSN 2014 - 2017 a suivi les étapes suivantes :

1. l'élaboration du cadre de MEO du PSN : Ce dernier comprend les mécanismes de SE, les mécanismes de gestion et le budget ;
2. une analyse des risques pouvant entraver la bonne MEO du PSN et les conditions de succès évoquées ;
3. l'élaboration du plan d'action opérationnel (PAO) budgétisé pour la période 2014 - 2017 sur la base des activités retenues lors du processus de révision du PSN 2011 - 2015.

Le présent PSN se décline en cinq articulations : (i) le rappel du contexte national et des recommandations issues de la revue à mi-parcours du PSN 2011 – 2015, (ii) la vision, (iii) les principes directeurs, (iv) les interventions prioritaires et (v) le cadre des résultats.

II- CONTEXTE

II.1.- Données démographiques, administratives et socio-économiques

Le Cameroun est un pays marqué par une importante diversité géographique et culturelle. Sa population est estimée à 19,4 millions d'habitants¹ . Le taux moyen annuel de croissance démographique est de 2,6 % entre 2005 et 2010. Cette population est caractérisée par son extrême jeunesse. L'âge médian de la population est de 17,7 ans et l'âge moyen est de 22,1 ans. 43,6 % de la population a moins de 15 ans. La population active est de 51,4 %. Les femmes représentent 51 % de la population. Le rapport de masculinité est de 97,9%. La population en milieu rural représente 51,2% et est typique des pays africains en voie de développement. Elle tire ses revenus pour l'essentiel des activités agro-pastorales et ses devises principalement de l'exportation des matières premières (pétrole, aluminium, café, cacao, coton, banane, etc). Les produits manufacturés étant pour l'essentiel importés. En 2010, son Produit Intérieur Brut (PIB) était estimé à 11 920 milliards de

¹Projection faite sur la base du RGP 2005 (BUGREP)

francs CFA, soit 33,5 % de celui de la sous-région ². En 2011, son taux de croissance économique a atteint 4,2% contre 2,9% en 2010. Il est estimé à 4,8% en 2013. Les autorités étant optimistes, ont prévu une croissance allant jusqu'à 5,5% en 2016. L'inflation moyenne est passée de 1,3% en 2010, à 2,9% en 2011, ce qui reflète une hausse des prix des produits alimentaires sur le marché. La MEO réussie des programmes du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), approuvée par les institutions de Breton Wood, a abouti à l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative Pays Pauvres et Très Endettés (PPTe) en avril 2006. Les secteurs sociaux, notamment la santé, ont bénéficié de nombreuses opportunités de financement à l'instar du Contrat de Désendettement et de Développement (C2D) et de l'Initiative à l'Allègement de la Dette Multilatérale (IADM). On a aussi assisté à l'émergence des mécanismes innovants de financement, notamment le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMLSTP), le Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI), etc. Par ailleurs, la vision de développement du gouvernement est l'accession du Cameroun vers l'émergence économique et industrielle à l'horizon 2035. La réorganisation administrative du pays de 2009 a découpé le pays en régions, départements et arrondissements. Il compte aujourd'hui 10 régions, 58 départements, 360 arrondissements et 360 communes.

II.2.- Organisation sanitaire

II.2.1.- Système de santé

Le système de santé au Cameroun est calqué sur le scénario prédominant en Afrique, c'est-à-dire à trois niveaux formant une pyramide :

- *à la base*, on retrouve le niveau périphérique avec les Districts de Santé (DS) qui jouent le rôle d'unités opérationnelles. Chaque district est subdivisé en aires de santé ;
- *au milieu*, le niveau intermédiaire avec 10 Délégations Régionales de la Santé Publique qui acquièrent des technologies pour la MEO, et transforment les stratégies de la politique nationale de santé en programmes techniques devant s'appliquer au niveau des DS ;

²Source : MINEPAT, 2008 (DAE)

- au sommet, le niveau central est constitué des services et autres structures centrales du MINSANTE, qui élaborent les stratégies de la politique en matière de santé, supervisent leur exécution et gèrent le système de santé.

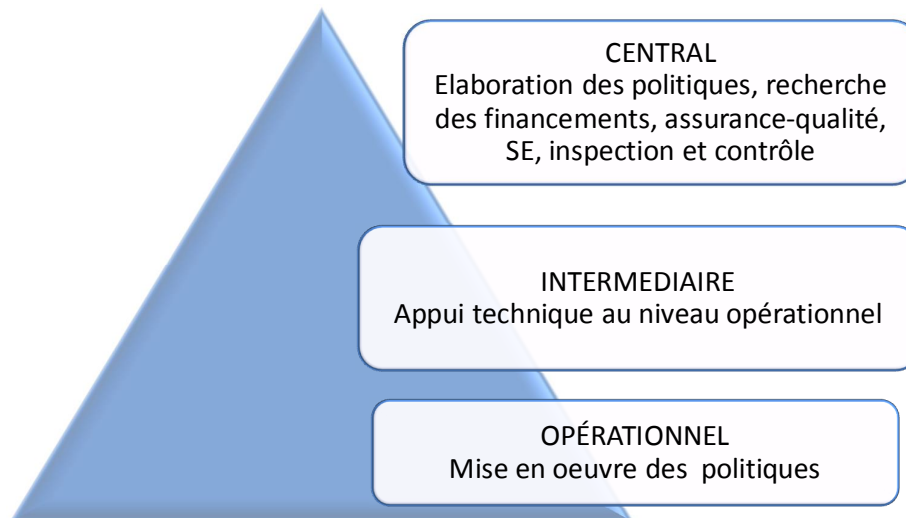


Figure 1 : Pyramide sanitaire

Les acteurs intervenant dans la MEO des programmes appartiennent à trois sous-secteurs : le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur de la médecine traditionnelle.

II.2.2.- Carte sanitaire et ressources humaines

Les données du MINSANTE (*Cf Rapport Profil Pays Ressources Humaines pour la Santé, Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS), 2009*), dénombraient en 2006 dans le pays, 3039 Formations Sanitaires (FOSA) fonctionnelles sur les 3138 créées, dont 4 hôpitaux de 1^{ère} catégorie, 3 hôpitaux de 2^{ème} catégorie, 11 Hôpitaux Régionaux et assimilés (HR), 174 Services de Santé de Districts (SSD) et 154 Hôpitaux de Districts et assimilés (HD), 155 Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), 1888 Centres de Santé Intégrés (CSI), 559 centres de santé privés et 93 hôpitaux à but non lucratif. Quant aux hôpitaux toutes catégories confondues, 65% étaient du secteur public et 35% du secteur privé à but non lucratif. Il est à noter que

ces résultats ne prenaient pas en compte les FOSA des ministères apparentés, prestataires des soins de santé.

La crise économique des années 80 et 90 a eu un impact négatif sur les ressources humaines dans le domaine de la santé. La reprise des recrutements du personnel dans la Fonction Publique, n'a pas permis de compenser les vides causés par les départs à la retraite. Le dernier recensement du personnel du MINSANTE en 2009 a établi une base de données de 19 155 personnels toutes professions confondues, dont 15 720 dans le secteur public et 3 435 dans le privé.

On note une inégale répartition du personnel entre les 10 régions du pays. Les régions du Littoral, du Centre et de l'Ouest concentrent 9 172 personnels sur les 15 720 du secteur public, soit plus de la moitié (58,34%). A l'inverse, le Sud - Ouest, l'Adamaoua et le Nord avec 2 327, ne bénéficient que de 14,8 % du personnel. Il faut également noter que la région de l'Extrême - Nord, deuxième région la plus peuplée du pays (environ 3,3 millions d'habitants) ne compte que 1 197 (7,61%) personnels de santé. Les ratios varient de 0,17 médecin pour 10 000 habitants dans la région de l'Extrême - Nord à 2,45 dans celle du Centre ; et de 0,31 infirmier pour 10 000 habitants dans le Sud - Ouest à 7,41 dans le Centre. Ces données ne répondent pas aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui recommandent un médecin pour 1000 habitants et un infirmier pour 3000 habitants. Il faut relever la dégradation progressive de ces ratios. Outre les grandes disparités observées entre les régions et dans la distribution des ressources humaines entre secteurs, il y a lieu de noter des différences entre le milieu rural et urbain d'une part, et d'autre part entre les différentes catégories d'hôpitaux et les services offerts au sein des différentes FOSA. Par ailleurs, on note ces dernières années une tendance vers la fuite des cerveaux du personnel médical et paramédical camerounais vers l'extérieur.

II.2.3.- Offres de services

L'accessibilité physique aux soins de santé demeure insuffisante malgré les efforts de création, de construction et d'équipement des FOSA engagés par le gouvernement. Les raisons sont entre autres, leur inégale répartition dans les régions du pays, l'absence d'une véritable carte sanitaire nationale actualisée, la vétusté de la plupart des infrastructures et des équipements, et l'insuffisance de leur maintenance.

Les investissements effectués ont permis une nette amélioration du capital physique du secteur santé entre 2005 et 2009.

II.2.4.- Situation de l'épidémie du VIH et Sida au Cameroun

Les dernières données d'envergure nationale sur l'épidémie du VIH et Sida émanent de l'EDS IV qui indiquait une prévalence du VIH de 4,3% dans la population générale, confirmant une fois de plus la situation d'épidémie généralisée dans laquelle le pays se trouve. La prévalence du VIH estimée à travers le système de surveillance sentinelle auprès des femmes en Consultation Pré-Natale (CPN) était de 7,6% en 2009 (*Cf Rapport sur la Surveillance Sentinelle VIH et Syphilis, Ministère de la Santé Publique (MINSANTE), 2009*). Dans cette étude, la prévalence était de 5,06% et 7,8% respectivement chez les femmes enceintes âgées de 15 à 19 ans, et 24 ans. Les estimations sur l'impact de l'infection à VIH à partir des logiciels Estimation Projection Package (EPP) et Spectrum révélaient une prévalence de 5,2 % en 2009 (avec près de 560 306 personnes infectées en 2010) dans la population des 15 à 49 ans. Les jeunes, les femmes et certains groupes spécifiques ayant des comportements à haut risque tels que les hommes et les femmes en tenue, les TS et leurs clients étaient considérés comme les groupes vulnérables. Dans les groupes spécifiques les plus à risques, une étude comportementale et de séroprévalence menée en 2009 chez les TS (*Cf Rapport Enquête Comportementale et de Séroprévalence du VIH et de la Syphilis chez les TS au Cameroun, 2009*) a révélé que la séroprévalence est passée dans ce groupe de 26,4 % en 2004 à 36,7 % en 2009. Cette même étude réalisée sur un échantillon de 1000 TS indiquait que 60% des personnes interrogées déclaraient avoir utilisé régulièrement le condom et 72,7%, l'avoir utilisé lors du dernier rapport sexuel. Ce qui montre que dans ce groupe, une importante proportion (30%) a encore des comportements à risque. L'enquête bio comportementale (IBBS 2011) sur le VIH et Sida chez les MSM réalisée à Yaoundé et à Douala estimait la prévalence dans ce groupe à 44% et 24% respectivement. 19% et 32% des MSM de Yaoundé et de Douala ont déclaré avoir systématiquement utilisé le préservatif avec un partenaire sexuel masculin, tandis que 40% l'avaient systématiquement utilisé avec un partenaire sexuel féminin. L'impact humain et social de cette pandémie est important. Partant des estimations de l'OMS et de l'ONUSIDA (*Cf Rapport EPP-Spectrum 2013*), le nombre d'adultes infectés au VIH s'établirait à environ 555 140 en

2012 dont près de 73% dans la tranche d'âge de 20 à 44 ans. Selon les mêmes estimations, 58 611 enfants (0 à 14 ans) seront infectés par le VIH. L'estimation des décès annuels liés au VIH en 2012 s'élève à 29 327. Sur le plan social, on assiste à un accroissement important du nombre d'orphelins liés au Sida. Estimé entre 2004 et 2006 à 240 000, ce nombre se situait à près de 304 210 en 2010, représentant près de 26 % du total des orphelins.

III RECOMMANDATIONS ISSUES DE LA REVUE A MI-PAROURS DU PSN 2011 - 2015

Elles sont présentées par axe stratégique et ont servi de socle pour l'élaboration du PSN 2014 – 2017.

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

Communication et éducation pour le Changement de Comportements (CCC)

- Renforcer la communication de masse et privilégier la communication interpersonnelle, l'utilisation des réseaux sociaux et des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) en faveur des populations clés et des populations vulnérables ;
- Passer à échelle avec l'intégration du VIH dans les curricula de formation des élèves et du personnel enseignant ;
- Faire un plaidoyer pour un soutien de l'Etat aux Organisations de la Société Civile (OSC) impliquées dans la lutte contre le VIH et Sida pour la pérennisation de leurs activités.

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

- Assurer la bonne qualité des préservatifs au niveau national ;
- Assurer l'accessibilité et la disponibilité permanentes des préservatifs en privilégiant la distribution de proximité parmi les groupes à haut risque et les populations clés (distributeurs automatiques ou par les Pairs Educateurs) ;
- Assurer la couverture de la zone rurale en préservatifs ;
- Promouvoir l'utilisation correcte du préservatif féminin et masculin.

Renforcement des liens entre le VIH et la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR)

- Renforcer l'intégration de la SSR dans les services de prévention et de Prise En Charge (PEC) du VIH et vice versa.

Renforcement de la Sécurité Transfusionnelle (ST)

- Améliorer la disponibilité et l'accessibilité du sang sécurisé ;
- Augmenter la couverture des besoins nationaux en sang sécurisé ;
- Elaborer un Plan Stratégique National de Transfusion Sanguine (PSNTS) avec son plan opérationnel ;
- Renforcer la fidélisation des donneurs bénévoles et non rémunérés de sang ;
- Renforcer le dépistage du VIH et des autres IST des poches de sang collectées ;
- Améliorer la disponibilité de l'algorithme de dépistage du VIH à tous les niveaux du système sanitaire dans les laboratoires des FOSA.

Prise en charge des Accidents d'Exposition au Sang/liquides Biologiques (AES/LB) et violences sexuelles

- Renforcer la mobilisation du personnel et des communautés pour la notification, la PEC et le rapportage des cas d'AES/LB et des violences sexuelles ;
- Améliorer la disponibilité des kits de PEC des cas d'AES/LB le plus près possible des lieux d'exposition aux accidents.

Renforcement de la prévention du VIH en direction des groupes les plus exposés au risque (TS et leurs clients, HSH, populations mobiles)

- Actualiser la cartographie nationale des groupes les plus exposés au risque ;
- Opérationnaliser les centres d'écoute spécifiques dans les zones d'arrêt pour les groupes cibles mobiles comme les camionneurs et les réfugiés ;
- Renforcer la prévention du VIH chez les HSH ;
- Renforcer les capacités du personnel sanitaire sur la PEC spécifique des groupes à risque élevé.

Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) en vue de l'élimination virtuelle de la TME (e-TME)

- Renforcer le plaidoyer pour la réduction des coûts de la CPN et les accouchements dans les FOSA afin d'accroître l'utilisation des services de Santé Maternelle et Infantile (SMI) ;
- Renforcer l'opérationnalisation de la politique nationale relative à la délégation des tâches au niveau des structures sanitaires ;
- Assurer la pleine implication des acteurs communautaires dans la PTME afin d'accroître l'accès des femmes enceintes et de leurs enfants aux services disponibles ;
- Renforcer le plaidoyer auprès du gouvernement et des partenaires au développement pour une augmentation de leur participation financière, afin d'améliorer la disponibilité des intrants PTME sur toute l'étendue du territoire national ;
- Améliorer l'offre et l'accès aux services de diagnostic précoce de l'enfant exposé au VIH ;
- Renforcer le suivi du couple mère - enfant en utilisant les acteurs communautaires ;
- Renforcer la couverture territoriale en activités de PTME/Prise En Charge Pédiatrique (PECP) dans le cadre de l'amélioration de la Santé Maternelle (SM) ;
- Passer à échelle avec la stratégie de « Tutorat » en cours entre certains Centres de Traitement Agréés (CTA) et Unités de Prise En Charge (UPEC), en y intégrant la PTME et la PECP ; Renforcer le dépistage du VIH des partenaires des femmes enceintes.

Conseil et dépistage du VIH

- Sensibiliser et former le personnel de santé au Conseil et Dépistage à l'Initiative du Prestataire (CDIP) dans toutes les FOSA ;
- Renforcer l'implication des leaders religieux et autres acteurs communautaires (OSC, ONG, collectivités territoriales décentralisées, etc) dans la mobilisation et la sensibilisation communautaire en faveur du CDV.

Prévention et PEC des IST

- Renforcer la prévention et la PEC des IST ;
- Renforcer la collecte d'informations en mettant une emphase particulière sur les groupes cibles (TS, HSH, populations mobiles et autres) avec la pleine participation des OBC, OSC et des FOSA.

AXE 2 : Renforcement de l'accès aux soins et traitements

- Poursuivre la décentralisation de la PEC des PVVIH et l'augmentation de la couverture territoriale en UPEC équipées ;
- Mettre un accent particulier sur le système d'approvisionnement et de gestion des ARV et autres intrants dans les FOSA, les Centres d'Approvisionnement Pharmaceutiques Régionaux (CAPR) et la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables Médicaux Essentiels (CENAME) afin de pallier aux ruptures de stocks ;
- Organiser régulièrement des supervisions facilitantes ;
- Assurer une stricte surveillance de la survenue des résistances du VIH aux ARV avec la pleine participation communautaire.

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

- Renforcer l'utilisation des structures communautaires et ONG/OSC dans le soutien et la protection des PVVIH, des OEV et des personnes affectées (y compris la PEC nutritionnelle) ;
- Favoriser la mise en place d'une plateforme de collaboration entre les différents acteurs d'une part, et les cibles bénéficiaires d'autre part, surtout aux niveaux intermédiaire et périphérique ;
- Créer une ligne budgétaire opérationnelle dans le Budget d'Investissement Public (BIP) pour le soutien aux Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) et les ONG/Associations ;
- Renforcer les activités d'autonomisation économique et psychosociale des PVVIH pour une meilleure prise en charge de leurs préoccupations ;
- Renforcer le soutien multiforme et holistique aux OEV en s'appuyant sur une base de données nationale régulièrement actualisée à tous les niveaux.

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

- Assurer un appui technique aux différents ministères apparentés et structures confessionnelles/ONG dans l'élaboration de leurs plans sectoriels et opérationnels ;
- Mettre en place des mécanismes appropriés de SE des activités des secteurs impliqués dans la lutte contre le VIH et Sida ;
- Faire un plaidoyer au niveau du gouvernement, des leaders religieux, des responsables des collectivités territoriales décentralisées, des ONG, des entreprises en faveur de la mobilisation des ressources pour les activités de lutte contre le VIH. le Sida et les IST.

AXE 5 : Renforcement du système de santé

- Assurer la MEO effective des stratégies en direction des acteurs du secteur santé (public, privé, confessionnel) afin qu'ils contribuent de manière efficace à l'atteinte des objectifs en matière d'accès universel aux soins et traitements ;
- Mettre en place une stratégie nationale de mobilisation et de gestion des ressources (techniques et financières) en faveur de la lutte contre le VIH et Sida dans le cadre d'un Plan de Mobilisation des Ressources (PMR) ;
- Définir une politique de gestion des ressources humaines qui intègre un plan de carrière et une dotation des primes ;
- Améliorer les conditions de travail du personnel (infrastructure, équipement, charge de travail, motivation du personnel, etc).

AXE 6 : Renforcement du système communautaire

- Mobiliser les ressources (financières, humaines et matérielles) pour assurer une participation effective communautaire dans la lutte contre le VIH et Sida ;
- Assurer la participation des acteurs communautaires aussi bien à l'élaboration des politiques qu'à la gestion et la MEO des programmes de lutte contre le VIH et Sida à tous les niveaux ;
- Mettre en place une plateforme d'échanges et de concertations regroupant les structures communautaires aux niveaux intermédiaire et périphérique;

- Redynamiser et/ou mettre en place un système de SE et d'information au niveau communautaire.

AXE 7 : Information stratégique

- Rendre disponible le PSN 2014 - 2017 auprès de tous les acteurs afin qu'ils s'en approprient ;
- Renforcer le système de surveillance épidémiologique, comportementale, et de suivi de la résistance du VIH et des IST ;
- Allouer des ressources humaines, financières et matérielles conséquentes pour la production des données de qualité, leur analyse et leur dissémination en vue de la prise de décisions ;
- Actualiser et rendre opérationnel le plan de SE du PSN avec la participation de toutes les parties prenantes ;
- Renforcer les capacités de tous les acteurs impliqués dans le SE ;
- Mettre en place une stratégie nationale de collecte, d'archivage et de dissémination des informations sur le VIH et Sida produites à tous les niveaux ;
- Mettre en place une plateforme nationale d'échanges d'informations stratégiques ou intégrer la plateforme santé existante à la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS) ;
- Renforcer les supervisions à tous les niveaux ;
- Créer une plateforme de coordination et de SE entre tous les intervenants de la lutte contre le VIH et Sida aux niveaux central et intermédiaire ;
- Harmoniser les outils de collecte des données intégrant des notes explicatives.

AXE 8 : Coordination, partenariat et gestion

- Redynamiser la coordination à tous les niveaux (CNLS, Comité Régional de Lutte contre le Sida (CRLS), etc) impliquant tous les acteurs ;
- Allouer les moyens humains, matériels et financiers suffisants aux structures de coordination pour la MEO effective des activités programmées à leurs niveaux ;
- Revoir le point d'ancrage institutionnel du CNLS à un niveau plus élevé que le MINSANTE, (Primature ou Présidence de la République) ;

- Amener les partenaires au développement à respecter la Déclaration de Paris sur l'Alignement (prendre en compte les priorités définies par le pays en matière de lutte contre le VIH et le Sida) ;
- Elaborer un Plan de Mobilisation des Ressources (PMR) pour augmenter la contribution nationale (public, privé, communautaire) au financement du PSN 2014 - 2017 en complément des ressources extérieures dans le cadre de la responsabilité partagée.

PROBLEMES TRANSVERSAUX

- Développer et mettre en œuvre des stratégies appropriées pour le renforcement du système de collecte, d'analyse et d'utilisation des informations pour la programmation et la prise de décisions en faveur de l'amélioration de la gestion de tous les intrants du programme ;
- Former le personnel (sanitaire, communautaire et autres) en charge de la lutte contre le VIH et Sida sur les interventions prioritaires sus mentionnées (prévention, PTME, gestion des intrants et ARV, PEC globale du VIH, SE) ;
- Faire une étude approfondie des problèmes logistiques des intrants et ARV afin d'y trouver des solutions idoines durables.

IV PSN 2014 - 2017

IV.1.- METHODOLOGIE

La révision du PSN 2011 - 2015 faite en septembre 2013 a été précédée et alimentée par les recommandations de la revue à mi-parcours de ce plan. Sur la base du rapport de la revue à mi-parcours, cette révision a suivi les étapes suivantes : (i) choix de la vision, (ii) détermination des principes directeurs, (iii) détermination des interventions prioritaires, (iv) élaboration du cadre des résultats ou cadre d'investissement, (v) cadre institutionnel et organisationnel de MEO, (vi) stratégies de MEO et SE, (vii) financement et gestion du PSN 2014 -2017. En vue de s'assurer la meilleure prise en compte de la question du genre dans le VIH et Sida, une équipe de consultantes spécialisées sur cette thématique a fait une évaluation de ce sujet sur la base des orientations de l'ONUSIDA.

Le PSN 2014 -2017 a pris en compte les observations et les recommandations de l'équipe en charge du genre. Sa révision a été suivie par l'élaboration d'un PAO sur la base des interventions prioritaires retenues.

Le budget a ensuite été élaboré en fonction des activités par les différents groupes de travail pour l'opérationnaliser. Ce budget a été décliné par résultats attendus et par année de MEO en vue de faciliter le plaidoyer pour la mobilisation des ressources. Le PAO devra servir de « feuille de route » pour la MEO du PSN 2014 -2017 et d'outil de référence pour d'éventuelles évaluations. La vision, les principes directeurs, les cibles et interventions prioritaires et le cadre des résultats sont présentés ci-dessous.

IV.2.-VISION

La vision dans laquelle s'inscrit le présent PSN est celle d'un Cameroun *sans nouvelles infections, sans décès et sans discrimination liées au Sida* d'ici à 2017. L'objectif étant d'atteindre l'accès universel à la prévention, aux soins, au soutien et traitement du VIH, et se rapprocher de l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) N°6.

Dans cette vision, les communautés vulnérables sont au centre de la réponse en tant que bénéficiaires et acteurs. On note un engagement ferme du gouvernement à assurer la prévention et la PEC du VIH et Sida afin que ces communautés soient suffisamment compétentes pour apporter une riposte adéquate face à la pandémie et que la société toute entière soit protégée contre de nouvelles infections à VIH. Seront également consolidés (i) l'environnement de bonne gouvernance, (ii) le principe de « Three Ones », (iii) la prise en compte effective du genre, (iv) le respect des droits humains et la réduction de la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH.

IV.3.- OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS

Ce Plan dit de 4ème génération a pour but de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et les autres IST et d'atténuer l'impact socio-économique sur le développement du pays à l'horizon 2017.

IV.3.1 Objectifs stratégiques

La mise en œuvre de la riposte au VIH/Sida et aux IST pour la période 2014-2017 vise à :

1. réduire de moitié l'incidence liée au VIH et les autres IST d'ici à 2017 ;
2. améliorer la qualité de vie des PVVIH grâce à une meilleure prise en charge globale ;
3. réduire l'impact socio-économique de la maladie sur les personnes vivant avec le VIH, les OEV et les autres personnes affectées
4. renforcer la disponibilité d'une information stratégique et son utilisation adéquate pour la prise de décision et l'amélioration des interventions ;
5. renforcer la coordination, la mobilisation des ressources et la gestion de la réponse nationale.

IV.3.2 Résultats attendus

1. L'incidence du VIH et des IST est réduite d'au moins 50% dans la population de 15 à 49 ans d'ici à 2017;
2. Le taux de survie à 12 mois des PVVIH est d'au moins 95% d'ici à 2017 ;

3. Le fardeau du VIH et du sida sur les personnes infectées et/ou affectées ainsi que sur les populations clés sont atténués d'ici à 2017 ;
4. Au cours de la période 2014 - 2017, 90% des données de recherche et programmatique sont utilisables pour la production de l'information stratégique de qualité par les acteurs ;
5. Les mécanismes nationaux de coordination et de gestion sont améliorés.

IV.4.- PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs suivants donnent des orientations stratégiques à ce PSN :

- un engagement politique fort ;
- une appropriation de la réponse au VIH et sida par tous les acteurs et tous les intervenants ;
- la multisectorialité effective de la lutte contre le VIH et Sida par son appropriation ;
- le renforcement du leadership de tous les acteurs et tous les secteurs ;
- la décentralisation de la lutte à tous les niveaux ;
- le respect de la Déclaration de Paris sur l'Alignement ;
- l'implication effective des PVVIH dans la lutte ;
- le ciblage des interventions vers « les moteurs de l'épidémie » ;
- l'articulation effective du PSN avec les autres cadres et instruments de planification nationale ;
- un bon cadre de coordination technique et de S&E multisectorielle ;
- une dotation du Secrétariat Permanent du CNLS en ressources suffisantes (humaines, matérielles et financières) lui permettant d'assurer ses missions ;
- le respect des engagements nationaux et internationaux ;
- la disponibilité des ressources financières à la MEO du PSN et la reddition des comptes ;
- l'engagement de la société civile et du secteur privé ;
- une réponse nationale bien ancrée dans une approche des droits humains et du genre en faveur des PVVIH, des OEV, des groupes à haut risque et autres populations vulnérables ;

- un système efficient de gestion et d'approvisionnement des médicaments et autres intrants de lutte contre le VIH et Sida.

IV.5.-CIBLES ET INTERVENTIONS PRIORITAIRES

IV.5.1. Cibles prioritaires

IV.5.1.1. PVVIH : 122 783 adultes et enfants sous traitement ARV **en** fin décembre 2012 représentent 46% des malades éligibles.

IV.5.1.2. Populations clés « moteurs de l'épidémie » :

- **les TS** dont la séroprévalence au VIH se situe à 36,7 % (Cartographie des TS au Cameroun, 2009)) ;
- **les HSH** chez qui la séroprévalence au VIH est de 44,3% à Yaoundé et 24,2% à Douala (Cf GARP 2012) ;
- **les Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI)** : Bien que ce phénomène existe au Cameroun, son ampleur doit davantage être investiguée ;
- **les camionneurs** dont la séroprévalence est de 16,3% (Cf Sexualbehaviour characteristics of some population sub groups in Cameroon, 2004).

IV.5.1.3. Populations vulnérables :

- **les jeunes et adolescents** : selon l'EDS IV, **(i) 28,5% seulement connaissent le VIH, le Sida et les IST** et rejettent des idées fausses ; **(ii) 28,5%** ont fait leur test VIH et connaissent leur statut sérologique ; **(iii) 37%** utilisent correctement et systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels à risque.
- **les femmes** : chez qui la prévalence est plus élevée (5,6 %) que celle des hommes (2,9 %) (EDS IV). Par ailleurs, bien que la quasi-totalité ait déclaré avoir entendu parler du VIH et Sida, seulement 26 % des 15 à 49 ans ont une connaissance « approfondie », et 37,3% ont utilisé le préservatif au cours du dernier rapport sexuel à risque.
- **les femmes enceintes** : chez qui la prévalence est de 7,8% en 2012 (Cf Enquête sentinelle CNLS 2012) avec un taux de séropositivité de 8,4% à 06 semaines chez les enfants exposés (Cf Rapport annuel CNLS 2012). Cette séropositivité est largement supérieure à l'objectif d'e-TME.

- **les hommes et femmes en tenue** : chez qui la séroprévalence du VIH est de 6% (Cf Enquête Comportementale et de Séroprévalence du VIH au sein des forces de défense du Cameroun, 2011).
- **les populations carcérales** : la séropositivité chez les nouveaux détenus à l'entrée se situe à 8% en 2012 (Cf Rapport annuel CNLS 2012).
- **les réfugiés** : le nombre s'est accru ces dernières années en raison des troubles socio-politiques intervenus dans les pays voisins du Cameroun et à qui une plus grande attention doit être accordée en collaboration avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR).
- **les pygmées** : ils sont dans la catégorie des populations extrêmement vulnérables avec une prévalence de 7,4%, supérieure à celle de la population générale (EDS IV).
- **les travailleurs** : chez qui l'EDS IV a révélé une prévalence de 4,8%.
- **les autres populations mobiles (pêcheurs et bororos)** : ils ne bénéficient d'aucune intervention en matière de lutte contre le VIH et Sida.
- **les OEV.**

IV.5.2.- Interventions prioritaires

IV.5.2 1. Prévention :

- **la CCC** : selon l'EDS-IV, 95% des personnes âgées de 15 à 49 ans ont déjà entendu parler du VIH et Sida. Cependant, seulement 25% de cette population fait montre d'une « connaissance approfondie » du VIH, du Sida et des IST, et rejettent des idées fausses.
- **les préservatifs** : en dépit de leur relative disponibilité et leur accessibilité financière et géographique (66% des besoins nationaux sont couverts), les préservatifs ne sont utilisés systématiquement que par 37% des jeunes de 15 à 24 ans. Il faut également relever le très faible taux d'utilisation des préservatifs féminins qui ne représentent que 3% de l'ensemble des préservatifs distribués. Il est indispensable de poursuivre et de renforcer la promotion et l'accessibilité de cet outil de prévention.
- **le CDV** : malgré les efforts faits pour rendre cet important service disponible et accessible, seulement 28,5% des jeunes de 15 à 24 ans ont fait leur test VIH et connaissent leur statut sérologique.

- **la PTME** : il s'agit d'une intervention majeure tributaire d'une part, de la disponibilité permanente des ARV et des intrants et d'autre part, de l'utilisation de ces services par les femmes enceintes, notamment celles qui sont séropositives. Ces dernières étant dépistées lors des CPN, le taux de fréquentation des CPN 1 à 4 doit être le plus élevé possible. La revue du PSN a démontré que 80% des femmes enceintes séropositives dépistées bénéficient des services PTME et 50% des enfants nés de mères séropositives reçoivent des ARV. Malheureusement, seulement 40% des femmes enceintes font la CPN 1. L'atteinte des objectifs de la PTME impose la sensibilisation des femmes enceintes à recourir aux CPN et résoudre les problèmes relatifs aux ruptures des ARV et autres intrants.
- **les IST** : cette intervention majeure peut être considérée comme le « parent pauvre » des activités du programme. En effet, elles ne bénéficient plus de financement depuis la fin du Round 5 du FMLSTP. **Seule l'ONG CAMNAFAW** mène des activités de dépistage et de PEC des IST. Malheureusement ces interventions ne couvrent que 25% des cas d'IST attendus au niveau national.-
- **la sécurité transfusionnelle (ST)** : elle ne couvre que 10% environ des besoins nationaux en sang sécurisé. Pour faire face à ce grand déficit, le Cameroun vient de mettre en place un Programme National de Transfusion Sanguine (PNTS), qui permettra d'améliorer la couverture nationale en sang sécurisé.

IV.5.2.2. Prise En Charge :

- **la disponibilité des ARV et des intrants** : la PEC adéquate des PVVIH par les ARV impose de déterminer leur éligibilité (selon les normes nationales en vigueur) et de garantir la disponibilité et l'accessibilité de manière permanente aux ARV en quantité et en qualité suffisantes. Par ailleurs, en l'absence de stocks de sécurité, le GTC/CNLS travaille en flux tendu. Rappelons qu'en 2012, le Cameroun a été confronté à des ruptures d'ARV et autres intrants avec toutes les conséquences que cela entraînent notamment, aussi bien sur les malades déjà en traitement que sur ceux qui sont en attente de traitement.

Le PSN 2014-2017 voudrait un Cameroun « **sans ruptures de stock d'ARV et d'intrants** ». Cela suppose :

- une bonne détermination préalable des besoins nationaux sur la base d'une file active auditée ;
- une mise à jour régulière de la file active par un logiciel de gestion approprié ;
- la disponibilité en temps opportun de financements suffisants pour l'achat des ARV et autres intrants ;
- la constitution d'un stock de sécurité ;
- une gestion adéquate des ARV à tous les niveaux (central, régional, FOSA, malades etc.) ;
- l'accessibilité des ARV par tous les malades éligibles quelque soit leur milieu de résidence ;
- un environnement favorable à la dispensation des ARV (sans discrimination des PVVIH).
- **la PEC globale adultes** (hommes et femmes)

La revue indique que 54% des PVVIH adultes éligibles n'ont pas eu accès aux ARV en 2012 à cause des ruptures de stocks. Cependant, les autres aspects de la PEC globale (psychosociale, nutritionnelle et communautaire) sont accessibles pour la majeure partie des PVVIH.

- **la PECP globale**

La revue du PSN a mis en évidence que 66% des enfants éligibles n'ont pas eu accès aux ARV en 2012.

- **la réduction de l'impact socio-économique (OEV des PVVIH)**

La revue a montré que 76% des OEV des PVVIH ne bénéficient pas d'interventions en vue de réduire l'impact socio-économique en rapport avec le VIH et Sida.

IV.5.2.3. Les questions transversales :

- **Le genre**

Cette préoccupation a fait l'objet d'une évaluation à part lors de la revue du PSN. Les constats, les conclusions et les recommandations issues du rapport élaboré et diffusé par les consultantes en charge de cette question ont été prises en compte dans le PSN et le PAO 2014-2017.

- **Les droits humains**

L'étude de l'index du stigma au Cameroun faite par le RECAP+ montre que 70% des PVVIH (hommes et femmes) sont victimes de stigmatisation et de discrimination. De plus, toutes les formes de stigmatisation et de discrimination sont le fait du statut sérologique VIH et/ou de l'auto-stigmatisation. Le PSN qui s'inscrit dans la vision « **zéro discrimination liée au VIH** » a dans son contenu prévu un ensemble d'activités en vue de faire baisser le stigma et la discrimination envers les PVVIH.

▪ **Le Suivi/Evaluation**

La revue a examiné le plan de SE du PSN 2011-2015. Cet outil dont s'est doté le GTC/CNLS devait permettre de renseigner les indicateurs nationaux et internationaux. La revue a fait ressortir que la collecte, le traitement et la dissémination des données de routine n'a pas toujours été efficiente, alors que les outils suivants ont été élaborés :

- fiche de synthèse des données du VIH dans les FOOSA ;
- fiche de collecte des données de CDV ;
- fiche de collecte des données de PEC globale des PVVIH (adultes et enfants) ;
- fiche de collecte des données de transfusion sanguine ;
- fiche de collecte des données des PVVIH sous ARV par sexe et par tranche d'âge ;
- fiche de collecte des données de dispensation par malade et par protocole ;
- liste définitive des indicateurs nationaux intégrés de PTME/PECP ;
- fiche des examens et des médicaments de traitement des Infections Opportunistes (IO) non subventionnés ;
- fiche de synthèse mensuelle de suivi des stocks.

Le recours à diverses études et enquêtes en rapport avec le VIH et Sida a permis au GTC/CNLS de combler partiellement cette difficulté.

La MEO du PSN se situe dans la perspective d'un système de SE fonctionnel à tous les niveaux du circuit de l'information, tel que prévu dans le plan de SE dans le cadre du « three ones ». Cette amélioration se fera sur la base des données de routine régulièrement collectées et transmises dans les délais requis au GTC/CNLS pour analyse et dissémination. La qualité des données doit être assurée par des supervisons régulières sous la coordination du GTC/CNLS.

Les données de routine peuvent être complétées par des informations provenant d'enquêtes ou de projets de recherche. Ces recherches opérationnelles permettront d'établir certaines évidences en vue de justifier ou non une intervention.

▪ **La coordination**

La revue a examiné le fonctionnement du Secrétariat Permanent du CNLS sur la base du dispositif actuel. La revue a noté l'existence de nombreux organes et de structures de coordination dont le fonctionnement n'a pas toujours été optimal. Il s'agit des structures suivantes :

- GTC / CNLS ;
- CRLS / GTR ;
- CCLS ;
- cellules de coordination sectorielle ;
- coordination des interventions du secteur privé ;
- plateforme des organisations de la société civile impliquées ;
- structures de coordination des partenaires :
 - équipe conjointe du Système des Nations Unies (SNU) ;
 - groupe de coordination des partenaires du volet opérationnel (GCOP) ;
- structures de coordination multi partenaires :
 - commission Mixte de Suivi (CMS) indépendante du PSN ;
 - commission mixte de coordinations et de suivi des programmes financés par le FM (CCM) ;
- Groupe Technique de Suivi / Evaluation (GTSE) et ses démembrements.

La revue a relevé que bien que des actions soient menées, l'appropriation de la lutte contre le VIH et Sida par les autres intervenants n'a pas été optimale dans le secteur public à travers les différents ministères, et le secteur privé. Cela donne l'impression que la lutte contre le VIH et Sida est la seule préoccupation du secteur Santé. Le PSN 2014 - 2017 s'inscrit dans la perspective d'une coordination renforcée qui fonctionne à la satisfaction de tous les acteurs de la lutte dans le cadre du three one's.

▪ **Le financement**

Selon le REDES 2012, 60% des ressources prévues pour la lutte contre le VIH et Sida ont été mobilisées et utilisées avec une très forte dépendance des ressources

extérieures. L'insuffisance des ressources internationales obtenues devrait amener le Cameroun à plus d'effort de mobilisation des ressources nationales, en vue de diminuer la trop grande dépendance actuelle aux financements extérieurs. Ce PSN se situe dans un cadre de mobilisation de ressources nationales additionnelles par des financements innovants dans le sillage de la responsabilité partagée.

IV.6.- LE CADRE DES RESULTATS

Effet attendu 1. : l'incidence du VIH et des IST est réduite d'au moins 50% dans la population de 15 à 49 ans d'ici à 2017.

Sous - effet attendu 1.1. : 60% de la population camerounaise adopte des comportements à moindre risque.

Produit 1 : 80% des femmes et des hommes ont une connaissance complète du VIH.

Stratégies :

- développement de la stratégie nationale de communication et mise à jour des outils de communication pour le développement ;
- renforcement de la CCC (communication de masse, communication interpersonnelle, sensibilisation par l'art, etc) ;
- renforcement de la sensibilisation lors des évènements spéciaux ;
- renforcement des compétences en matière de SSR/VIH/IST.

Produit 2 : 80% des jeunes (filles et garçons) de 15 à 24 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance complète du VIH.

Stratégies :

- renforcement des interventions de lutte contre les violences sexuelles basées sur le genre ;
- Passage à l'échelle de l'insertion de l'enseignement de l'EVF/EMP/VIH dans les curricula scolaires ;
extension géographique et coordination des initiatives d'éducation sexuelle intégrée (le genre, la SSR, la citoyenneté sexuelle, les relations interpersonnelles, le plaisir, la violence et la diversité) en direction des jeunes en milieu extrascolaire.

Produit 3 : 80% des travailleurs (femmes et hommes) ont une connaissance complète du VIH.

Stratégies :

- renforcement des capacités du secteur privé à s'approprier les programmes de prévention du VIH, du Sida et des IST ;
 - accompagnement des institutions du secteur public à la MEO des interventions de prévention ;
- renforcement de l'intégration des interventions de prévention du VIH et des IST dans les programmes/projets de développement, y compris les grands chantiers structurants.

Produit 4 : 80% des populations clés ont une connaissance complète du VIH.

Stratégie :

- développement des interventions et des outils de CCC spécifiques aux différents groupes de populations clés (MSM, hommes et femmes en tenue, TS, réfugiés, populations carcérales, camionneurs, UDI...).

Produit 5 : 80% des populations autochtones ont une connaissance complète du VIH.

Stratégie :

- développement des interventions et des outils de CCC spécifiques aux populations autochtones (pygmées et bororos).

Produit 6 : 80% des femmes et des hommes ayant au moins deux partenaires utilisent le préservatif au cours des rapports sexuels à risque d'ici à 2017.

Stratégies :

- renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité aux préservatifs masculins et féminins pour la population générale ;
- renforcement de l'assurance-qualité des préservatifs masculins et féminins ;
- renforcement de la promotion de l'utilisation correcte et systématique du préservatif (masculin et féminin), particulièrement en milieu jeune ;
- renforcement de la disponibilité du préservatif sur le lieu de travail.

Produit 7 : 80% des populations clés et autochtones touchés par les programmes d'intervention utilisent correctement et systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels à risque.

Stratégies :

- promotion de l'utilisation systématique et correcte des préservatifs (masculins et féminins) et gels lubrifiants parmi les populations clés et autochtones ;
- renforcement de la disponibilité des préservatifs (masculins et féminins) et des gels lubrifiants pour les populations clés et autochtones.

Produit 8 : 80% des adultes infectés par le VIH ont des comportements favorables qui empêchent la propagation du virus d'ici à 2017.

Stratégies :

- renforcement des interventions de prévention secondaire du VIH chez les PVVIH ;
- renforcement des capacités des OSC et associations des PVVIH sur la santé positive, la dignité, la prévention et la SSR.

Produit 9 : la proportion de la population générale ayant effectué un dépistage volontaire du VIH et ayant retiré les résultats au cours des 12 derniers mois passe de 22% à 32% d'ici à 2017.

Stratégies :

- renforcement de la promotion du dépistage du VIH dans les divers groupes (populations clés, travailleurs, jeunes, adultes et populations autochtones) ;
- mise à disposition des tests de dépistage du VIH à tous les niveaux ;
- renforcement des stratégies de dépistage du VIH (fixe-CDIP, avancée et mobile).

Sous - effet attendu 1.2. : d'ici à 2017, au moins 75% des jeunes et adultes dépistés aux IST reçoivent un traitement adéquat.

Produit 1 : 100% des cas d'IST diagnostiqués sont traités selon les normes en vigueur.

Stratégies :

- renforcement de la promotion du dépistage des IST dans les divers groupes de populations (populations clés, autochtones, travailleurs, jeunes et adultes) ;
- renforcement de l'offre de dépistage des IST ;
- renforcement de l'offre de PEC des IST.

Sous - effet attendu 1.3. : réduire au moins de 5% le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Produit 1 : 100% des femmes vivant avec le VIH en âge de procréer utilisent les

services de Planification Familiale (PF).

Stratégies :

- promotion de l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- disponibilité des intrants pour la PF ;
- renforcement des capacités des prestataires en PF.

Produit 2 : 90% des femmes enceintes reçues dans les FOSA sont testées au VIH.

Stratégies :

- mise à disposition des intrants PTME ;
- renforcement des actions communautaires en faveur de l'utilisation des services de Santé Maternelle et Infantile (SMI) ;
- renforcement des capacités des prestataires.

Produit 3 : au moins 90% des femmes enceintes testées séropositives et les enfants exposés sont mis sous ARV prophylactiques.

Stratégies :

- mise à disposition des intrants de PTME ;
- renforcement des actions communautaires en faveur de l'utilisation des services de SMI ;
- renforcement des capacités des prestataires en PTME/SMNI, y compris les accoucheuses traditionnelles.

Produit 4 : 90% des femmes enceintes séropositives et des enfants exposés reçoivent la prophylaxie au cotrimoxazole (CTx).

Stratégies :

- mise à disposition du CTx ;
- renforcement des actions communautaires en faveur de l'utilisation des services de SMI ;
- renforcement des capacités des prestataires en PTME/SMNI, y compris les accoucheuses traditionnelles.

Produit 5 : 90% des enfants exposés sont revus à 6 semaines de vie.

Stratégies :

- mise à disposition des intrants pour PCR ;

- renforcement des actions communautaires en faveur du suivi du couple mère-enfant ;
- renforcement des capacités des prestataires de santé et des communautaires ;
- amélioration du circuit de transport des échantillons.

Sous - effet attendu 1.4. : d'ici à 2017, 100% des poches de sang à transfuser sont sécurisées selon les normes en vigueur.

Produit 1 : 100% des poches de sang à transfuser sont testées au VIH, à la syphilis et aux hépatites B.

Stratégies :

- diffusion des documents normatifs de transfusion sanguine ;
- mise à disposition des réactifs de laboratoire ;
- renforcement des capacités des prestataires de santé.

Produit 2: au moins 50% de donneurs de sang bénévoles et non rémunérés sont fidélisés.

Stratégies :

- renforcement des stratégies de promotion du don de sang ;
- renforcement des stratégies de collecte de sang (mobile et campagne de masse) ;
- renforcement des capacités des prestataires communautaires.

Sous - effet attendu 1.5 : d'ici à 2017, 100% des victimes AES/LB et violences sexuelles déclarées sont prises en charge.

Produit 1 : toutes les victimes d'AES/LB et violences sexuelles déclarées sont prises en charge chaqueannée.

Stratégies :

- renforcement des capacités du personnel de santé et des communautaires dans la PEC des cas AES/LB ;
- mise à disposition des kits de prise en charge des cas d'AES/LB et violences sexuelles dans toutes les FOSA.

Effet attendu 2. : le taux de survie à 12 mois des PVVIH est d'au moins 95% d'ici à 2017.

Sous - effet 2.1. : le taux de couverture des PVVIH adultes et enfants sous TARV passe à au moins 60% d'ici à 2017.

Produit 1 : le nombre de PVVIH adultes sous TARV passe de 117 791 en 2012 à 332 915 en 2017

Stratégies :

- mise à disposition des ARV pour adultes ;
- renforcement du suivi biologique des PVVIH ;
- mise à disposition des médicaments contre les IO (prophylaxie et traitement) ;
- renforcement des capacités de toutes les parties prenantes à tous les niveaux de la PEC.

Produit 2 : le nombre d'enfants sous TARV passe de 4 992 en 2012 à 29 864 en 2017.

Stratégies :

- mise à disposition des ARV pour enfants ;
- extension de la PECP dans toutes les structures de PEC (CTA, CTaff et UPEC) ;
- renforcement des capacités de toutes les parties prenantes à tous les niveaux de PEC dans le domaine la PECP ;
- recherche active des enfants exposés (jusqu'à l'âge de 15 ans).

Produit 3 : 100% des (DS) offrent une PEC adéquate aux PVVIH.

Stratégies :

- extension des structures de PEC en infrastructures ;
- renforcement de la disponibilité en personnel suffisant et qualifié ;
- renforcement de la disponibilité en équipements de laboratoire ;
- développement d'un système d'assurance-qualité de l'offre des services.

Produit 4 : le taux de PVVIH perdues de vue passe de 33% à 17% d'ici à 2017.

Stratégies :

- renforcement du lien entre les FOSA et les communautés dans la PEC globale des PVVIH ;
- création d'un cadre de concertation avec les prestataires de thérapies alternatives (tradipraticiens, naturopathes, etc.) pour une meilleure PEC des PVVIH ;
- renforcement des capacités des OBC à la PEC communautaire du VIH ;
- mise en place d'un environnement de travail favorable à l'utilisation des services de PEC par les travailleurs PVVIH.

Produit 5 : d'ici à 2017, aucune rupture en stocks d'intrants VIH (ARV, Médicaments

contre les IO (MIO), réactifs, etc.) n'est enregistrée à tous les niveaux.

Stratégie :

- renforcement du système de Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS).

Sous - effet attendu 2.2. : 100% des patients co-infectés VIH/TB et diagnostiqués sont pris en charge selon les directives nationales d'ici à 2017.

Produit 1 : toutes les structures de PEC du VIH offrent les services de prévention, de dépistage et de PEC de la tuberculose (TB).

Stratégies :

- intégration de l'offre de services TB dans le package VIH ;
- renforcement des capacités du personnel à la prévention à l'Isoniazide (INH) et à la PEC de la TB ;
- renforcement de la coordination entre les 02 programmes (TB et VIH).

Sous - effet attendu 2.3. : 80% au moins des patients co-infectés VIH/Hépatites B diagnostiqués sont pris en charge selon les directives nationales d'ici à 2017.

Produit 1 : toutes les structures de PEC du VIH offrent les services de dépistage et de PEC des hépatites B.

Stratégies :

- intégration de l'offre de services des hépatites dans le package VIH ;
- renforcement des capacités du personnel de PEC du VIH dans la PEC des hépatites ;
- mise en place d'un système de PEC des nourrissons nés de mères co-infectées VIH/hépatites ;
- renforcement de la coordination entre le PNLs et la DLMEP.

Sous - effet attendu 2.4. : la proportion de PVVIH malnutries passe de 13% à 5% d'ici à 2017.

Produit 1 : l'offre de PEC nutritionnelle est disponible dans toutes les structures de PEC du VIH.

Stratégies :

- intégration du package de PEC nutritionnelle dans les structures de PEC du VIH ;

- renforcement de la participation communautaire à la PEC nutritionnelle.

Sous - effet attendu 2.5. : 80% des PVVIH ont accès à une PEC psychosociale d'ici à 2017.

Produit 1 : toutes les structures de PEC du VIH offrent les services de PEC psychosociale.

Stratégies :

- développement des outils et des documents normatifs de PEC psychosociale ;
- renforcement des capacités des intervenants à la PEC psychosociale.

Effet - attendu 3 : l'impact du VIH et Sida sur les personnes infectées et/ou affectées ainsi que sur les populations clés et autochtones est réduite de moitié d'ici à 2017.

Sous - effet attendu 3.1. : 25% des OEV reçoivent au moins un soutien au sein de leurs Familles d'accueil d'ici à 2017.

Produit 1 : le dispositif national de PEC des OEV au sein de leur famille d'accueil et le suivi est amélioré.

Stratégies :

- développement d'une stratégie de PEC des OEV sein de leur famille d'accueil
- mise en place d'un mécanisme de suivi de qualité de la PEC des OEV au sein de leur famille d'accueil ;

Produit 2 : les familles d'accueil des OEV, les communautés et les OSC s'approprient la PEC holistique des OEV.

Stratégies :

- renforcement des capacités des interventions des acteurs à la PEC holistique des OEV (collectivités territoriales décentralisées, familles, communautés des OEV, OSC...)
- renforcement de la PEC holistique des OEV au sein de leur famille d'accueil.

Sous - effet attendu 3.2. : 30% de PVVIH ont bénéficié d'un soutien psychosocial et économique d'ici à 2017.

Produit 1 : au moins une association de PVVIH par commune mène une Activité Génératrice de Revenues (AGR).

Stratégies :

- renforcement des capacités institutionnelles et du leadership des OSC de PVVIH ;
- renforcement des capacités en développement des micros projets et mobilisation des ressources des OSC de PVVIH.

Produit 2 : la PEC psychosociale est effective dans au moins cinq (05) associations de PVVIH dans chaque région.

Stratégies :

- développement des outils normatifs sur la PEC psychosociale ;
- renforcement des capacités des associations pour l'appui psychosocial aux PVVIH.

Sous - effet attendu 3.3. : 20% de femmes rendues vulnérables du fait du VIH et Sida, 25% des TS et 20% des victimes de violences sexuelles reçoivent un soutien d'ici à 2017.

Produit 1 : 50% de femmes rendues vulnérables du fait du VIH et Sida et victimes de violence sexuelle déclarées ont bénéficié d'un soutien.

Stratégies :

- renforcement des capacités institutionnelles des OSC, des Centres de Promotion de la Femme et de la Famille (CPFF) et des services sociaux des juridictions et structures de soins, sur la PEC communautaire des victimes des violences sexuelles et leur référence ;
- renforcement de la PEC communautaire des femmes rendues vulnérables et des victimes de violences sexuelles.

Produit 2: 10% au moins des TS reçoivent un appui à l'autonomisation économique.

Stratégies :

- renforcement des capacités des OSC d'appui aux TS ;
- renforcement de l'accès aux micro financements.

Sous - effet 3.4. : la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et Sida, ainsi qu'à l'orientation sexuelle est réduite, et le niveau de tolérance envers les PVVIH a augmenté.

Produit 1 : 80% des institutions de défense des droits sont sensibles aux droits humains associés au VIH en faveur des PVVIH.

Stratégies :

- renforcement des capacités des institutions de promotion et de protection des droits des PVVIH ;
- mise à disposition des instruments et outils de plaidoyer sur la promotion et la protection des droits des PVVIH.

Produit 2 : la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des PVVIH sont réduites dans le milieu communautaire.

Stratégies :

- renforcement des capacités des OSC d'appui aux PVVIH sur la promotion des droits ;
- renforcement des interventions de promotion des droits des PVVIH en milieu communautaire.

Produit 3 : la proportion des PVVIH qui déclarent avoir perdu leurs emplois du fait de leur statut sérologique est réduite de 50%.

Stratégies :

- renforcement des capacités des institutions du monde du travail en matière de promotion et de protection des droits associés au VIH ;
- développement des interventions de promotion et de protection des droits associés au VIH dans le monde du travail.

Produit 4 : la proportion des PVVIH qui déclare que leur statut sérologique a été divulgué sans leur consentement par le personnel soignant est réduite de 50%.

Stratégies :

- développement des capacités des structures de soins (publiques, privées, confessionnelles) liées au VIH en matière de protection des droits des PVVIH ;
- mise en place des interventions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH dans les structures de soin.

Produit 5 : 50% des institutions de défense des droits (Justice et Police...) sont sensibles aux droits humains associés au VIH en faveur des populations clés.

Stratégies :

- renforcement des capacités des magistrats, Officiers de Police Judiciaire (OPJ), hommes et femmes de médias sur les instruments internationaux et nationaux de protection d'accès égalitaire aux soins pour les populations clés ;
- renforcement du plaidoyer en direction des responsables des institutions de défense des droits sur la protection des droits humains des populations clés en matière d'accès égalitaire aux soins.

Produit 6 : 80% des structures de soins liés au VIH et Sida, et les organisations de soutien aux populations clés sont compétentes en matière de lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la protection des droits à la santé des populations clés.

Stratégies :

- renforcement de la mise en place d'un environnement favorable à l'accès universel aux soins pour les populations clés dans les structures sanitaires ;
- accompagnement des OSC d'appui aux populations clés dans la promotion des droits humains et les dispositions légales de protection des droits en matière d'accès aux soins et traitement liés au VIH, Sida et IST, et à la lutte contre l'auto-stigmatisation.

Effet attendu 4 : au cours de la période 2014 - 2017, 90% des données programmatiques et de recherche sont utilisées pour la prise de décisions.

Sous - effet attendu 4.1 : 90% des données programmatiques et de recherche sont utilisées pour la prise de décisions.

Produit 1 : à la fin de chaque année, 90% des données programmatiques produites sont de bonne qualité et disponibles à différents niveaux.

Stratégies :

- renforcement des capacités du personnel en charge du SE à tous les niveaux ;
- mise à disposition des outils de collecte des données harmonisés à tous les niveaux, prenant en compte l'aspect genre ;
- renforcement du fonctionnement du GTSE ;
- validation des données à tous les niveaux.

Produit 2 : 80% des résultats de la surveillance épidémiologique et de la recherche sont promus et mieux coordonnés.

Stratégies :

- renforcement de la coordination de la recherche et des évaluations ;
- renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux en matière de recherche opérationnelle.

Effet attendu 5. : les mécanismes nationaux de coordination et de gestion sont améliorés.

Sous - effet 5.1. : l'ensemble des structures de coordination existantes sont fonctionnelles à tous les niveaux.

Produit 1 : les mécanismes de coordination sont fonctionnels à tous les niveaux.

Stratégies :

- redéfinition de l'ancrage institutionnel du CNLS pour assurer l'efficacité de la multisectorialité de la réponse au VIH ;
- renforcement de la collaboration entre les différents acteurs de la lutte contre le VIH/sida;
- renforcement de la coordination entre le niveau central et les niveaux périphériques des secteurs.

Sous-effet attendu 5.2 : les ressources de la lutte contre le VIH et Sida ont augmenté.

Produit 1 : les ressources internes de lutte contre le VIH et Sida ont augmenté.

Stratégies :

- renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources au niveau des budgets des secteurs publics ;
- renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources au niveau des collectivités territoriales décentralisées ;
- identification et mise en place d'autres opportunités de financement innovant pour la lutte contre le VIH et Sida ;
- développement et mise en œuvre du Partenariat Public - Privé (PPP) pour la lutte contre le VIH et Sida.

Produit 2 : les ressources externes de lutte contre le VIH et Sida ont augmenté.

Stratégies :

- élargissement du partenariat international en matière de financement de lutte contre le VIH, Sida et autres IST.

Sous - effet attendu 5.3. : les mécanismes de gestion sont renforcés.

Produit 1 : un cadre de gestion incitatif est mis en place.

Stratégies :

- renforcement des capacités des acteurs de gestion des ressources humaines (RH) à tous les niveaux ;
- amélioration des conditions de travail de l'ensemble des acteurs de la lutte.

Produit 2 : la gestion des ressources financières est efficiente.

Stratégies :

- renforcement des capacités de gestion financière des acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH et Sida ;
- renforcement de la bonne gouvernance dans la gestion des ressources du programme.

IV.7. Analyse et gestion des risques

IV.7.1 Analyse des risques

A l'instar de plusieurs pays d'Afrique Centrale, les principaux risques qui peuvent entraver la bonne MEO du PSN 2014 - 2017 sont : (i) la survenue des crises sociopolitiques, (ii) les conflits armés, (iii) les catastrophes naturelles telles que les inondations, (iv) l'insuffisance des ressources financières et (v) le durcissement de l'environnement juridique et social à l'égard des PVVIH et des populations clés (HSH et TS).

IV.7.2- Conditions de succès

La réalisation des conditions suivantes favorisera la bonne MEO de ce PSN. Il s'agit : (i) d'un ancrage institutionnel du CNLS à un niveau plus élevé que celui actuel ; (ii) d'une mobilisation des ressources (financières, humaines et matérielles) suffisantes et (iii) du maintien d'un environnement sociopolitique stable dans le pays.

IV.8. Cadre de performance (voir Plan de SE du PSN)

ANNEXES

ANNEXE.1 SYNTHÈSE DU BUDGET DU PSN 2014 - 2017 PAR EFFETS ET PAR SOUS - EFFETS

EFFETS	SOUS-EFFETS	BUDGET EN EUROS PAR ANNEES				TOTAL
		2014	2015	2016	2017	
		18 539 484 650	27 216 436 356	28 052 606 774	23 782 796 843	97 591 324 623
Effet 1: <i>L'incidence du VIH et des IST est réduite de 50% dans la population de 15-49 ans, et passe de 31 970 à 15 985 cas au moins d'ici 2017</i>	Sous-Effet 1.1 : 60% de la population camerounaise adopte des comportements à moindre risque	10 257 895 605	13 108 083 309	12 606 940 454	8 111 195 959	44 084 115 327
	Sous-Effet 1.2: D'ici 2017, au moins 75% des jeunes et adultes dépistés aux IST reçoivent un traitement adéquat	1 559 126 566	1 609 536 815	1 615 848 464	1 654 138 872	6 438 650 716
	Sous-Effet 1.3: Réduire à moins de 5% le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant	6 642 275 306	12 308 786 881	13 639 288 615	13 842 713 817	46 433 064 619
	Sous-effet 1.4: D'ici 2017, 100% des poches de sang à transfuser sont sécurisées selon les normes	80 187 173	129 206 552	151 499 242	174 748 196	535 641 162
	Sous-effet 1.5: D'ici 2017, 100% des victimes d'accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques (AES/LB) et violences sexuelles déclarés sont pris en charge chaque année	0	60 822 800	39 030 000	0	99 852 800
EFFET 2 : Le taux		31 609 788 339	36 327 201 339	48 199 986 268	54 906 227 906	171 043 203 853

EFFETS	SOUS-EFFETS	BUDGET EN EUROS PAR ANNEES				TOTAL
		2014	2015	2016	2017	
de survie à 12 mois des PVVIH est d'au moins 98% d'ici à 2017	Sous-effet 2.1: le taux de couverture des PVVIH adultes et enfants sous TARV passe à au moins 60% d'ici à 2017	31 519 665 006	36 233 368 673	48 112 192 935	54 870 857 906	170 736 084 519
	Sous-effet Attendu 2.2 : Au moins 80% des patients co-infectés VIH/Tuberculose et diagnostiqués sont pris en charge selon les directives nationales d'ici à 2017	6 120 000	6 120 000	6 120 000	6 120 000	24 480 000
	Sous-effet Attendu 2.3 : 80% au moins des patients co-infectés VIH/Hépatites B diagnostiqués sont pris en charge selon les directives nationales d'ici à 2017	6 120 000	6 120 000	6 120 000	6 120 000	24 480 000
	Sous-effet 2.4 : La proportion de PVVIH malnutries passe de 13% à 5% d'ici à 2017	4 300 000	11 300 500	20 400 000	0	36 000 500
	Sous-effet 2.5 : 80% des PVVIH ont accès à une PEC psychosociale d'ici 2017	73 583 333	70 292 167	55 153 333	23 130 000	222 158 833
EFFET 3 : Le		6 177 286 250	13 337 808 807	14 795 479 558	2 330 7186 072	57 617 760 687

EFFETS	SOUS-EFFETS	BUDGET EN EUROS PAR ANNEES				TOTAL
		2014	2015	2016	2017	
<i>fardeau du VIH et du sida sur les personnes infectées et/ou affectées ainsi que sur les populations clés sont atténués d'ici à 2017</i>	Sous-Effet 3.1 : 25% des OEV reçoivent au moins un soutien centré sur les familles d'accueil d'ici 2017	6 078 168 750	13 083 291 407	14 454 126 758	23 235 611 072	56 851 197 987
	Sous-Effet 3.2 : 30% de PVVIH (hommes et femmes) ont bénéficié d'un soutien psychosocial et économique d'ici 2017	0	39900000	39900000	0	79 800 000
	Sous-Effet 3.3 : 20% de femmes rendues vulnérables du fait du VIH et du sida, 25% des travailleurs de sexe et 20% de victimes de violence sexuelles reçoivent un soutien d'ici 2017	79 800 000	110 000 000	111 517 800	55 000 000	356 317 800
	Sous-Effet 3.4 : La stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au sida, ainsi qu'à l'orientation sexuelle est réduite, et le niveau de tolérance envers les PVVIH a augmenté	19 317 500	104 617 400	189 935 000	16 575 000	330 444 900
EFFET 4: Au cours		2 895 081 917	3 115 193 638	5 239 040 130	5 416 738 346	16 666 054 031

EFFETS	SOUS-EFFETS	BUDGET EN EUROS PAR ANNEES				TOTAL
		2014	2015	2016	2017	
<i>de la période 2014 - 2017, 90% des données de recherche et programmatique sont utilisables pour la production de l'information stratégique de qualité par les acteurs</i>	Produit 4.1: A la fin de chaque année, 90% des données programmatiques produites sont de bonne qualité et disponibles à différents niveaux	1 809 391 317	1 534 121 102	1 519 497 330	1 416 646 300	6 279 656 050
	Produit 4.2: 80% des résultats de la surveillance épidémiologique et de la recherche sont promus et mieux coordonnés	1 085 690 600	1 581 072 536	3 719 542 800	4 000 092 046	10 386 397 981
<i>EFFET 5: Les mécanismes nationaux de coordination et de gestion sont améliorés</i>		15 809 253 375	16 062 837 150	16 168 005 050	15 008 027 900	63 048 123 475
	Sous-Effet 5.1 : L'ensemble des structures de coordination existantes sont fonctionnelles à tous les niveaux	95 633 000	95 633 000	95 633 000	95 633 000	382 532 000
	Sous-Effet 5.2 : Les ressources de la lutte contre le VIH et sida ont augmenté	72 841 975	403 262 150	437 232 550	355 334 400	1 268 671 075
	Sous-Effet 5.3 : Les mécanismes de gestion sont renforcés	15 640 778 400	15 563 942 000	15 635 139 500	14 557 060 500	61 396 920 400
TOTAL GENERAL		75 030 894 532	96 059 477 291	112 455 117 780	122 420 977 066	405 966 466 669

ANNEXE. 2 : SYNTHÈSE DU BUDGET DÉTAILLÉ DU PSN 2014 - 2017 PAR PRODUITS

EFFETS	SOUS-EFFETS	PRODUITS	BUDGET PAR ANNEES EN FCFA				TOTAL
			2014	2015	2016	2017	
Effet 1: L'incidence du VIH et des IST est réduite de 50% dans la population de 15-49 ans, et passe de 31 970 à 15 985 cas au moins d'ici 2017			18 539 484 650	27 216 436 356	28 052 606 774	23 782 796 843	97 591 324 623
			10 257 895 605	13 108 083 309	12 606 940 454	8 111 195 959	44 084 115 327
		Produit 1.1.1 : 80% des femmes et des hommes ont une connaissance complète du VIH	861 579 400	922 969 500	811 203 500	720 654 200	3 316 406 600
		Produit 1.1.2:80% des jeunes (filles et garçons) de 15-24 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance complète du VIH	296 872 500	1 434 221 900	3 083 217 357	2 376 093 200	7 190 404 957
		Produit 1.1.3: 80% des travailleurs (femmes et hommes) ont une connaissance complète du VIH	104 016 450	316 952 600	202 662 600	107 277 600	730 909 250
		Produit 1.1.4: 80% des populations clés ont une connaissance complète du VIH	574 119 450	1 082 979 707	1 094 512 162	488 078 467	3 239 689 785
		Produit 1.1.5: 80% des populations autochtones ont une connaissance complète du VIH	6 588 000	23 544 833	10 146 333	7 358 333	47 637 500

EFFETS	SOUS-EFFETS	PRODUITS	BUDGET PAR ANNEES EN FCFA				TOTAL
			2014	2015	2016	2017	
		Produit 1.1.6: 80% des femmes et des hommes ayant au moins 2 partenaires utilisent le préservatif lors des rapports sexuels à risque d'ici 2017	1 814 896 952	2 316 214 507	3 028 668 131	2 887 674 274	10 047 453 864
		Produit 1.1.7: 80% des populations clés et populations autochtones utilisent correctement et systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels avec des partenaires à risque					
		Produit 1.1.8 : 80% des adultes infectés par le VIH ont des comportements favorables qui empêchent la propagation du VIH d'ici à 2017	3 945 000	115 298 300	6 210 000	3 945 000	129 398 300
		Produit 1.1.9 : La proportion de la population générale ayant effectué un dépistage volontaire du VIH et ayant retiré les résultats au cours des 12 derniers mois passe de 22% à 32% d'ici 2017	6 595 877 853	6 895 901 962	4 370 320 371	1 520 114 885	19 382 215 071
	Sous-Effet 1.2: D'ici 2017, au moins 75% des		1 559 126 566	1 609 536 815	1 615 848 464	1 654 138 872	6 438 650 716

EFFETS	SOUS-EFFETS	PRODUITS	BUDGET PAR ANNEES EN FCFA				TOTAL
			2014	2015	2016	2017	
	jeunes et adultes dépistés aux IST reçoivent un traitement adéquat	Produit 1.2.1 : 100% des cas d'IST diagnostiqués sont traités selon les normes nationales	1 559 126 566	1 609 536 815	1 615 848 464	1 654 138 872	6 438 650 716
	Sous-Effet 1.3: Réduire à moins de 5% le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant		6 642 275 306	12 308 786 881	13 639 288 615	13 842 713 817	46 433 064 619
		Produit 1.3.1 : 100% des femmes vivant avec le VIH en âge de procréer utilisent les services de PF	1 224 051 117	2 302 884 020	2 825 532 456	2 505 692 639	8 858 160 232
		Produit 1.3.2 : 90% des femmes enceintes reçues dans les FOSA sont testées au VIH	1 575 484 872	1 435 389 877	1 054 338 389	1 203 020 220	5 268 233 358
		Produit 1.3.3 : Au moins 90% des femmes enceintes testées séropositives et les enfants exposés sont mis sous ARV	1 576 828 393	5 022 974 768	5 640 715 284	5 042 481 119	17 282 999 565
		Produit 1.3.4 : 90% des femmes enceintes séropositives et des enfants exposés reçoivent la prophylaxie au cotrimoxazole	132 036 531	153 770 992	166 860 389	178 337 614	631 005 527
		Produit 1.3.5 : 90% des enfants exposés sont revus à 6 semaines de vie	2 133 874 394	3 393 767 223	3 951 842 095	4 913 182 224	14 392 665 936
	Sous-effet 1.4: D'ici 2017, 100% des poches		80 187 173	129 206 552	151 499 242	174 748 196	535 641 162

EFFETS	SOUS-EFFETS	PRODUITS	BUDGET PAR ANNEES EN FCFA				TOTAL
			2014	2015	2016	2017	
	de sang à transfuser sont sécurisées selon les normes	Produit 1.4.1 :100% des poches de sang à transfuser sont testées pour le VIH, la Syphilis et les Hépatites B et C	80 187 173	129 206 552	151 499 242	174 748 196	535 641 162
	Sous-effet 1.5: D'ici 2017, 100% des victimes d'accidents d'exposition au sang et aux liquide biologiques (AES/LB) et violences sexuelles déclarés sont pris en charge chaque année			60 822 800	39 030 000		99 852 800
		Produit 1.5.1 : Toutes les victimes d'AES/LB et violences sexuelles déclarés sont prises en charge chaque année		60 822 800	39 030 000		99 852 800
EFFET 2 : Le taux de survie à 12 mois des PVVIH est d'au moins 98% d'ici à 2017			31 609 788 339	36 327 201 339	48 199 986 268	54 906 227 906	171 043 203 853
	Sous-effet 2.1: le taux de couverture des PVVIH adultes et enfants sous TARV passe à au moins 60% d'ici à 2017		31 519 665 006	36 233 368 673	48 112 192 935	54 870 857 906	170 736 084 519
		Produit 2.1.1 : le nombre de PVVIH adultes sous TARV passe de 117 791 en 2012 à 248.097 en 2017	28 934 002 805	30 444 389 064	41 145 044 000	47 307 999 625	147 831 435 494
		Produit 2.1.2 : Le nombre d'enfants sous TARV passe de 4.992 en 2012 à 18.707 en 2017	2 191 662 331	3 422 292 984	4 286 481 765	5 140 973 331	15 041 410 410

EFFETS	SOUS-EFFETS	PRODUITS	BUDGET PAR ANNEES EN FCFA				TOTAL
			2014	2015	2016	2017	
		Produit 2.1.3: 100% des districts de santé (DS) offrent une PEC adéquate aux PVVIH	340 893 870	1 738 360 800	2 221 929 670	2 177 560 800	6 478 745 140
		Produit 2.1.4: Le taux de PVVIH perdus de vue passe de 33% à 17% d'ici 2017					
		Produit 2.1.5 : D'ici à 2017, aucune rupture de stocks d'intrants VIH (ARV, M I O, réactifs, etc.) n'est enregistrée à tous les niveaux	53 106 000	628 325 825	458 737 500	244 324 150	1 384 493 475
	Sous-effet Attendu 2.2 : Au moins 80% des patients co-infectés VIH/Tuberculose et diagnostiqués sont pris en charge selon les directives nationales d'ici à 2017		6 120 000	6 120 000	6 120 000	6 120 000	24 480 000
		Produit 2.2.1: Toutes les structures de PEC du VIH offrent les services de prévention (TPI), de dépistage et PEC de la tuberculose (TB)	6 120 000	6 120 000	6 120 000	6 120 000	24 480 000
	Sous-effet Attendu 2.3 : 80% au moins des patients co-infectés VIH/Hépatites B diagnostiqués sont pris en charge selon les directives nationales d'ici à 2017		6 120 000	6 120 000	6 120 000	6 120 000	24 480 000
		Produit 2.3.1: Toutes les structures de PEC du VIH offrent les services de dépistage et PEC des hépatites B	6 120 000	6 120 000	6 120 000	6 120 000	24 480 000

EFFETS	SOUS-EFFETS	PRODUITS	BUDGET PAR ANNEES EN FCFA				TOTAL
			2014	2015	2016	2017	
	Sous-effet 2.4 : La proportion de PVVIH malnutries passe de 13% à 5% d'ici à 2017		4 300 000	11 300 500	20 400 000		36 000 500
		Produit 2.4.1: L'offre de prise en charge nutritionnelle est disponible dans toutes les structures de PEC /VIH	4 300 000	11 300 500	20 400 000		36 000 500
	Sous-effet 2.5 : 80% des PVVIH ont accès à une PEC psychosociale d'ici 2017		73 583 333	70 292 167	55 153 333	23 130 000	222 158 833
		Produit 2.5.1: Toutes les structures de PEC du VIH offrent les services de PEC psychosociale	73 583 333	70 292 167	55 153 333	23 130 000	222 158 833
EFFET 3 : Le fardeau du VIH et du sida sur les personnes infectées et/ou affectées ainsi que sur les populations clés sont atténués d'ici à 2017			6 177 286 250	13 337 808 807	14 795 479 558	2 330 7186 072	57 617 760 687
	Sous-Effet 3.1 : 25% des OEV reçoivent au moins un soutien centré sur les familles d'accueil d'ici 2017		6 078 168 750	13 083 291 407	14 454 126 758	23 235 611 072	56 851 197 987
		Produit 3.1.1: Le dispositif national de prise en charge des OEV centré sur la famille et de suivi est amélioré	109 575 000	2 777 578 800	149 355 800	109 575 000	3 146 084 600
		Produit 3.1.2: Les familles d'accueil des OEV, les communautés et les OSC s'approprient la PEC holistique des OEV	5 968 593 750	10 305 712 607	14 304 770 958	23 126 036 072	53 705 113 387

EFFETS	SOUS-EFFETS	PRODUITS	BUDGET PAR ANNEES EN FCFA				TOTAL
			2014	2015	2016	2017	
	Sous-Effet 3.2 : 30% de PVVIH (hommes et femmes) ont bénéficié d'un soutien psychosocial et économique d'ici 2017			39 900 000	39 900 000		79 800 000
		Produit 3.2.1: Au moins 01 association de PVVIH par Commune bénéficiaire d'une AGR	0	39 900 000	39 900 000		79 800 000
		Produit 3.2.2: La prise en charge psychosociale est effective dans au moins 5 associations de PVVIH dans chaque région	0	0	0	0	0
	Sous-Effet 3.3 : 20% de femmes rendues vulnérables du fait du VIH et du sida, 25% des travailleurs de sexe et 20% de victimes de violence sexuelles reçoivent un soutien d'ici 2017		79 800 000	110 000 000	111 517 800	55 000 000	356 317 800
		Produit 3.3.1: 50% des de femmes rendues vulnérables du fait du VIH et du sida et victimes de violence sexuelle déclarées ont bénéficié d'un soutien		55 000 000	84 017 800	27 500 000	166 517 800
		Produit 3.3.2: 10% au moins des Travailleurs de Sexe reçoivent un appui à l'autonomisation économique	79 800 000	55 000 000	27 500 000	27 500 000	189 800 000
	Sous-Effet 3.4 : La stigmatisation et la		19 317 500	104 617 400	189 935 000	16 575 000	330 444 900

EFFETS	SOUS-EFFETS	PRODUITS	BUDGET PAR ANNEES EN FCFA				TOTAL
			2014	2015	2016	2017	
	discrimination liées au VIH et au sida, ainsi qu'à l'orientation sexuelle est réduite, et le niveau de tolérance envers les PVVIH a augmenté	Produit 3.4.1: 80% des institutions de promotion et protection des droits sont sensibles aux droits humains associés au VIH en faveur des PVVIH		5 622 800	65 680 000		71 302 800
		Produit 3.4.2 : La stigmatisation et la discrimination à l'endroit des PVVIH sont réduites dans le milieu communautaire		18 306 800	51 700 000		70 006 800
		Produit 3.4.3 : La proportion des PVVIH (femmes et hommes) qui déclarent avoir perdu leurs emplois du fait de leur statut sérologique est réduite de 50%	19 317 500	16 575 000	16 575 000	16 575 000	69 042 500
		Produit 3.4.4 : La proportion des PVVIH (hommes, femmes) qui déclarent que leur statut sérologique a été divulgué sans leur consentement par le personnel soignant est réduite de 50%					

EFFETS	SOUS-EFFETS	PRODUITS	BUDGET PAR ANNEES EN FCFA				TOTAL
			2014	2015	2016	2017	
		Produit 3.4.5 : 50% des institutions de défense des droits (Justice et Police...) sont sensibles aux préoccupations de droits humains associées au VIH en faveur des populations clés		64 112 800	55 980 000		120 092 800
		Produit 3.4.6: 80% des structures de soins liés au VIH et au sida et les organisations de soutien aux populations clés sont compétentes en matière de lutte contre la stigmatisation-discrimination et protection des droits à la santé de populations clés					
EFFET 4: Au cours de la période 2014 - 2017, 90% des données de recherche et programmatique sont utilisables pour la production de l'information stratégique de qualité par les acteurs			2 895 081 917	3 115 193 638	5 239 040 130	5 416 738 346	16 666 054 031
		Produit 4.1: A la fin de chaque année, 90% des données programmatiques produites sont de bonne qualité et disponibles à différents niveaux	1 809 391 317	1 534 121 102	1 519 497 330	1 416 646 300	6 279 656 050

EFFETS	SOUS-EFFETS	PRODUITS	BUDGET PAR ANNEES EN FCFA				TOTAL
			2014	2015	2016	2017	
		Produit 4.2: 80% des résultats de la surveillance épidémiologique et de la recherche sont promus et mieux coordonnés	1 085 690 600	1 581 072 536	3 719 542 800	4 000 092 046	10 386 397 981
			15 809 253 375	16 062 837 150	16 168 005 050	15 008 027 900	63 048 123 475
EFFET 5:Les mécanismes nationaux de coordination et de gestion sont améliorés	Sous-Effet 5.1 : L'ensemble des structures de coordination existantes sont fonctionnelles à tous les niveaux		95 633 000	95 633 000	95,633,000	95,633,000	382,532,000
		Produit 5.1.1: Les mécanismes de coordination sont fonctionnels à tous les niveaux	95 633 000	95 633,000	95 633 000	95 633 000	382 532 000
	Sous-Effet 5.2 : Les ressources de la lutte contre le VIH et sida ont augmenté		72 841 975	403 262 150	437 232 550	355 334 400	1 268 671 075
		Produit 5.2.1:Les ressources internes de lutte contre le VIH et le Sida ont augmenté	38 534 975	368 955 150	402 925 550	321 027 400	1 131 443 075
		Produit 5.2.2: Les ressources externes de lutte contre le VIH et le Sida ont augmenté	34 307 000	34 307 000	34 307 000	34 307 000	137 228 000

EFFETS	SOUS-EFFETS	PRODUITS	BUDGET PAR ANNEES EN FCFA				TOTAL
			2014	2015	2016	2017	
			15 640 778 400	15 563 942 000	15 635 139 500	14 557 060 500	61 396 920 400
	Sous-Effet 5.3 : Les mécanismes de gestion sont renforcés	Produit 5.3.1: Un cadre de gestion incitatif est mis en place	15 117 999 500	15 025 174 500	15 117 999 500	14 018 293 000	59 279 466 500
		Produit 5.3.2: La gestion des ressources financières est efficiente	522 778 900	538 767 500	517 140 000	538 767 500	2 117 453 900
TOTAL GENERAL			75 030 894 532	96 059 477 291	112 455 117 780	122 420 977 066	405 966 466 669

EQUIPE DE COORDINATION

- Dr Jean Bosco ELAT NFETAM, SP GTC/CNLS
- Dr IBILE ABESSOUGUIE, SPA GTC/CNLS

EQUIPE DE REDACTION

- Dr Florence ZEH KAKANOU, DLMEP/MINSANTE
- Dr Paul TJEK, DSF/MINSANTE
- Dr Serge Clotaire BILLONG, GTC/CNLS
- M. DJAOU DJAOUROU, GTC/CNLS
- M. Robert Fils NGOTOM, GTC/CNLS
- M. Jean Séraphin NYAMSI, GTC/CNLS
- M. Marcel BELA, GTC/CNLS
- M. NGOUPAYOU MAMA, GTC/CNLS
- Dr David KOB SAME, GTC/CNLS
- M. Raoul FODJO, GTC/CNLS
- Mlle Arlette MESSEH, GTC/CNLS
- M. Marcellin NOKOUNI, GTC/CNLS
- Mme Geneviève BIKO MEYONG, GTC/CNLS
- Hyacinthe LEBA NGA, GTC/CNLS
- Dr Habakkuk YUMO, CDC/PEPFAR
- Dr Gatien EKANMIAN, ONUSIDA
- Dr YAFFLO, ONUSIDA
- M. Etienne KEMBOU, OMS
- M. Joseph KEMMEGNE, BIT
- M. Narcisse CHIMI, PNUD
- Mme Delphine HIOL BISSEK, UNESCO
- Dr Magdalene MAYER ETONGUE, UNICEF
- M. Theodore NGUE, MINAS
- Mme Marie Claire TOUGORDI, MINPROFF

- Lieutenant-Colonel Médecin WANGMENE, MINDEF
- M. AROUNA, CAMNAFAW
- M. Louis Merlin TSAMO, Positive-Generation