Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2018-2022

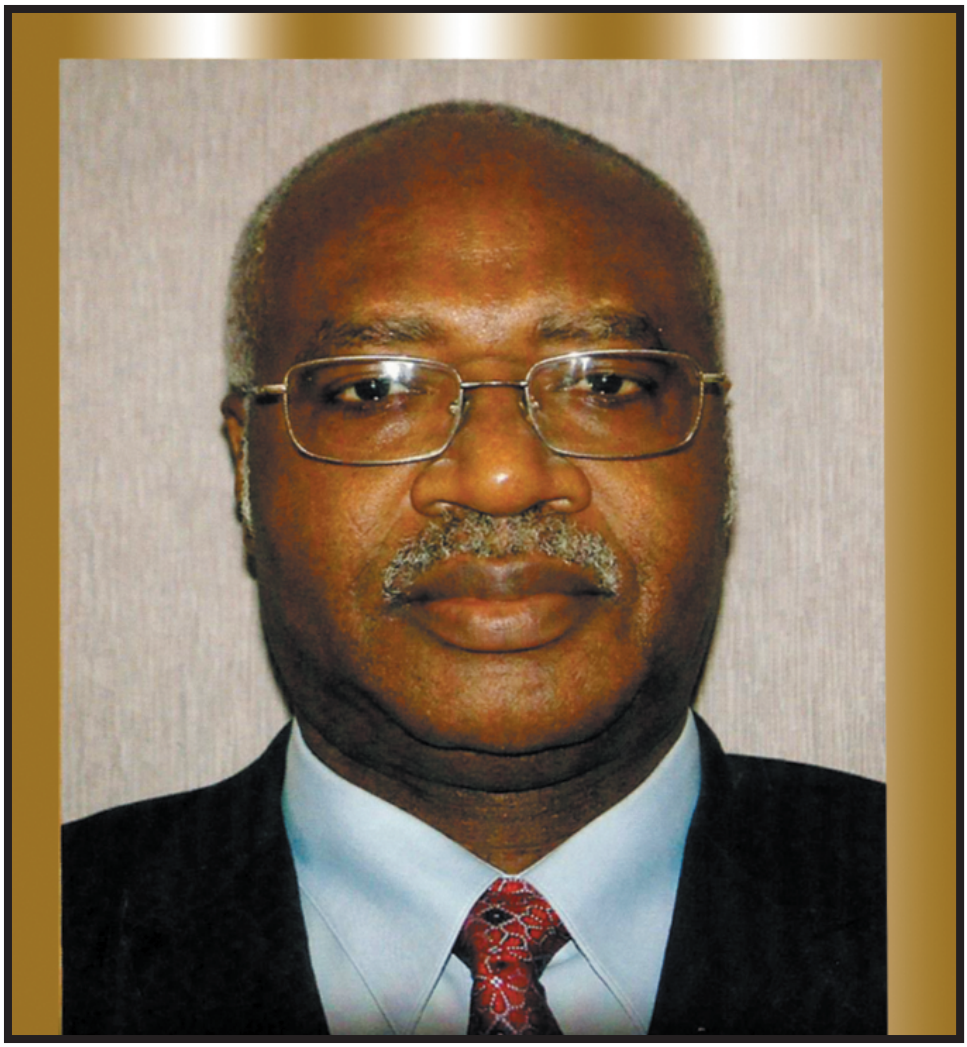
2018-2022 National Strategic Plan for HIV/AIDS and STIs

Août 2017

August 2017

S.E. Paul BIYA
Président de la République du Cameroun

H.E. Paul BIYA
Président of the Republic of Cameroon



M. Philémon YANG
Premier Ministre, Chef du Gouvernement

Mr. Philémon YANG
Prime Minister, Chief of Government

M. André MAMA FOUDA
Ministre de la Santé Publique, Président du Comité National de Lutte contre le Sida

Mr. André MAMA FOUDA
Minister of Public Health, Chairperson of the National AIDS Control Committee

Avant-propos du Ministre de la Santé Publique

Le Plan Stratégique National (PSN) de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST est l'instrument d'orientation de la riposte à l'épidémie à VIH au Cameroun pour la période 2018-2022. Ce plan trouve son ancrage dans la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) 2016-2027 et est orienté vers la consolidation des acquis, la vision globale pour la fin de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 et la contribution à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD). Il a été élaboré sur la base des leçons apprises de la mise en œuvre du précédent plan, des orientations et engagements internationaux, sous régionaux auxquels le Cameroun a souscrit.

En cohérence avec la politique « des Grandes Réalisations » du Chef de l'Etat Camerounais, ce plan se veut ambitieux et vise la mobilisation de tous les acteurs en vue d'une génération de camerounais sans Sida. Ce plan stratégique comme le précédent a été élaboré dans un environnement international caractérisé par la raréfaction des ressources financières et la diminution considérable des ressources d'appui au développement. À cet égard, la mobilisation des ressources financières internes constitue une priorité pour le Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida pour les cinq prochaines années.

Pour les cinq prochaines années, le PSN 2018-2022 envisage de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et d'atténuer le fardeau socio-économique de la maladie sur le développement du pays. La mise en œuvre de ce plan nécessite l'implication de tous les acteurs de la société camerounaise (secteurs public et privé, société civile, confessions religieuses et les communautés à la base). Le leadership et la coordination devront être renforcés pour une plus grande synergie d'actions et une utilisation efficiente des ressources.

André MAMA FOUDA
Ministre de la Santé Publique
Président du CNLS

Foreword by the Minister of Public Health

The 2018-2022 National Strategic Plan for HIV/AIDS and STIs is the guiding instrument for the response to the HIV epidemic in Cameroon. This plan is rooted in the 2016-2027 Health Sector Strategy and is geared towards consolidating the achievements, the global vision to end the HIV epidemic by the year 2030 and the contribution to the achievement of the Sustainable Development Goals (SDGs). It has been developed on the basis of lessons learned from the implementation of the previous plan, international and sub-regional guidelines and commitments to which Cameroon has subscribed.

In line with the Head of State's policy of "greater achievements", this plan is ambitious and aims at mobilizing all stakeholders for a generation of AIDS-free Cameroonians. This strategic plan, like the previous one, has been developed within the context of an international environment characterized by the scarcity of financial resources and considerable reduction in resources for development. Therefore, the mobilization of internal financial resources is a priority for the Multi-sectoral AIDS control Programme, for the next 5 years.

Within the 2018-2022 period, the NSP aims to reduce HIV-related morbidity and mortality and to curb the socio-economic burden of the disease on the country's development. For the implementation of this plan, there is need to involve all the stakeholders in Cameroon (public and private sectors, civil society, religious denominations and communities). Leadership and coordination should be strengthened for greater synergy of action and efficient use of resources.

André MAMA FOUDA
Minister of Public Health
Chairperson of the NACC

Remerciements

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST pour la période 2018-2022 est le fruit de l'engagement de tous les acteurs de la riposte. Le présent document, synthèse d'un large consensus national, a été élaboré sur la base des forces et faiblesses du précédent plan en prenant en compte les orientations internationales. L'apport des différents départements ministériels, des organisations de la société civile, des associations et des réseaux de PVVIH, des entreprises privées et parapubliques, des organisations religieuses, etc a permis d'assurer la prise en compte des opinions et la participation des acteurs, ainsi que celle des bénéficiaires à ce processus de planification de la riposte multisectorielle du Cameroun au Sida, au VIH, et aux IST pour la période 2018-2022. La mise en œuvre de ce processus a été rendue possible grâce aux partenaires techniques et financiers du Cameroun dont les contributions multiformes ont été déterminantes. lls ont mis à contribution des ressources humaines en terme d'experts et de consultants nationaux et internationaux de qualité pour renforcer l'équipe nationale sur des thématiques diverses. À cet effet, des remerciements particuliers sont adressés au Fonds Mondial, à l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'OMS, l'UNIFEM, à l'UNFPA, au PNUD et au BIT. Que toutes les institutions qui n'ont pas été citées de manière singulière, et les personnes ressources qui ont contribué par leur engagement et leur professionnalisme à l'élaboration de ce plan, trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

Dr Jean Bosco ELAT NFETAM
Secrétaire Permanent du GTC/CNLS

Acknowledgments

The 2018-2022 National Strategic Plan for HIV/AIDS and STIs is the result of the commitment of all stakeholders involved in the fight against AIDS. This document which provides a synthesis of national consensus was developed on the basis of the strengths and weaknesses of the previous plan taking into account international guidelines. The contribution of the various ministries, civil society organizations, associations and networks of PLHIV, private companies and parastatals, religious organizations, etc, ensured that opinions and the participation of stakeholders and beneficiaries were taken into account in this planning process of Cameroon's multi-sectoral response to AIDS, HIV, and STIs for the 2018-2022 period. This process was implemented with support from Cameroon's technical and financial partners, whose multi-faceted contributions were indispensable. They provided qualified human resources in the form of national and international experts and consultants to strengthen the national team developing the various themes. For this reason, I extend my special thanks to Global Funds, UNAIDS, UNICEF, WHO, UNIFEM, UNFPA, UNDP and the ILO. I would also like to express my profound gratitude to all the institutions and the resource persons whose commitment and professionalism contributed to the development of this plan.

Dr Jean Bosco ELAT NFETAM
Permanent Secretary of the CTG/ NACC

Abréviations et acronymes

ACRR	Agent Chargé de Remplissage des Registres/data managers
AEB	Accidental exposure to blood
AEO	African economic outlook
AES/LB	Accident d'Exposition au Sang et liquides biologiques
AfDB	African Development Bank
ANC	Antenatal care
APS	Accompagnateur Psychosocial
ART	Antiretroviral Therapy
ARV	Antirétroviraux/Antiretroviral
ASC	Agents de Santé Communautaire
ATC	Approved Treatment Center
AYRH	Adolescent and Youth Reproductive Health
BAD	Banque Africaine de Développement
BID	Banque Islamique de Développement
BIT	Bureau International du Travail
BTP	Bâtiments et Travaux Publics
CAB	Cabinet /Minister's Office
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare
CAMPHIA	Cameroon Population-based HIV Assessment
CAPR	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional Regional pharmaceuticals supply center
CBO	Community based Organization
CD4	Cellule Différenciée de type 4/Cluster of differentiation 4
CDIP	Conseil et Dépistage Initié par le Prestataire
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose
CDV	Conseil de Dépistage Volontaire
CEMAC	Communauté Economique et Monétaire des Etats de l'Afrique Centrale Central African Economic and Monetary Community
CENAME	Centre National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels National center for procurement for essential drugs and medical supply
CHOCOCAM	Chocolaterie du Cameroun
CHW	Community Health Workers
CICRB	Centre International de Référence Chantal BIYA pour la recherche sur la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA Chantal Biya International Reference Center for Research on HIV and AIDS

CNLS	Comité National de Lutte Contre le Sida
COP	Country Operationnal Plan
CPB	Constrution and public works
CPN	Consultation Prénatale
CRS	Catholic Relief Services
CSO	Civil society organizations
CSU	Couverture Santé Universelle
CTA	Centre de Traitement Agréé
CTG	Central Technical Group
CV	Charge Virale
DDEPC	Departement of diseases epidemics and pandemics control
DHIS2	District Health Information System
DHS-MICS	Demographic health servey-Multiple Indicator Cluster Survey
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
DOI	Drugs for Opportunistic Infections
DPML	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires/ Departement of pharmacy Medecine and Laboratry
DS	District de Santé
DSF	Direction de la Santé Familiale / Departement of family health
DTC	Diagnostic and traitment center for TB
ECAM	Cameroonian Houshold survey
ECAM	Enquête Camerounaise sur les Ménages
EDS-MICS	Enquête Démographique de Santé-Enquête à indicateurs multiples
EPP	Estimation and Projection Packages
eTME	Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
eTMTC	Elimination of other to child transmission
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FBP	Financement Basé sur la Performance
FE/FEC	Femmes Enceintes
FOSA	Formations Sanitaires
FRPS	Fond Régional pour la Promotion de la Santé
GARP	Global Association of Risk Professionals
GAS	Gestion des Approvisionnements et Stocks
GBV	Gender-Based violence
GDP	Gross Domestic product
GICAM	Groupement Inter-Patronal du Cameroun

GIZ	Agence Allemande de Coopération Internationale/ German development agency headquartered
GPHC	General Population and Housing Census
GTC	Groupe Technique Central
GTR	Groupe Technique Régional
GTT	Groupe Technique de Travail
HD	Health district
HDI	Human Development Index
HEVECAM	Hévéa du Cameroun
HF	Health facility
HIV	Human Immunodeficiency virus
HPV	Human Papilloma Virus
HR	Hôpitaux Régionaux et Assimilés
HSH	Hommes ayant des Relations Sexuelles avec d'autres Hommes
IBBS	Integrated Behavioral and Biological Surveillance
IDB	Islamic Development Bank
IDH	Indice de Développement Humain
IDHI	Indice de Développement Humain Ajusté aux Inégalités
IEC/CCC	Information, Education, Communication / Communication for Behavior Change Information, Education, Communication/Communication pour le Changement de Comportement
IHDI	Inequality-adjusted Human Development Index
INH	Isoniazide
INS	Institut National de la Statistique
IOL	International Labor Organization
IPT	Intermittent preventive therapy
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MINAS	Ministère des Affaires Sociales/Ministry of social affairs
MINAT	Ministère de l'Administration Territoriale Minsitry of Territorial Administration
MINJEC	Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique Ministry of youth and civil education
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MINTSS	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale Ministry of Labor and Social security
MIO	Médicaments pour Infections Opportunistes
MNIH	Maternal, neonatal and infant health
MoH	Ministry of Public Health

MoT	Modes de transmission /Modes of transmission
MPA	Minimum Package of Activity
MSM	Man who have Sex with Men
NACC	National Health Control Committe
NASA	National AIDS Spending Assessment
NFM	New Funding Model (Nouveau Modèle de Financement du Fonds Mondial)
NGO	Non Governmental Organization
NHIS	National health information system
NICT	New information and commuicaion technoogy
NIS	National Institute of Statistics
NSP	National Strategic Plan
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et la Communication
NVP	Névirapine
OBC	Organisme à Base Communautaire
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
ODD	Objectifs de Développement Durables
OEAV	Orphelins, Enfants et Adolescents Vulnérables
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations-Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	Organisation de la Société Civile
OSP-Sida	Outil de Suivi des Produits du VIH et SIDA en Afrique de l'Ouest
OVC	Orphan and vulnerable Children
PBF	Performance based finance
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEA	Perspectives Economiques en Afrique
PECG	Prise en Charge Globale
PeP	Post-exposure prophilaxy
PEPFAR	President Emergency Plan for AIDS Reliefs
PIB	Produit Intérieur Brut
PITC	Provider-initiated testing and counselling
PLHIV	Peoples Living with HIV
PMA	Paquet Minimum d'Activité
PMTCT	Prevention of Mother-to-child transmission
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
POC	Point Of Care
PPE	Prophylaxie Post-Exposition
PPP	Partenariat Public-Privé/ Public-private patnership
PSA	Psychosocial agent
PSM	Procurement and supply management
PSN	Plan Stratégique National
PTE	Patient Therapeutic education
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
PW	Pregnant woman
RCA	République Centrafricaine/ Central African Republic
RDT	Rapid diagnostic test
REDES	Ressources et Dépenses allouées à la lutte contre le Sida
RFHP	Regional Fund for Health Promotion
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Regional Hospital/Reproductive Health
RTG	Regional Technical Group
SDG	Sustainable Development Goals
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
SNU	Système des Nations-Unies
SPLRS	Sectoral, partnership and local responses section
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
SRH	Sexual and reproductive Health
SRPSSE	Section Recherche, Planification, Surveillance Epidémiologique, Suivi-évaluation
SRSPL	Section Réponses Locales Sectorielles et Partenariat
SSH	Sectoral Strategy for Health
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SSS	Stratégie Sectorielle de la Santé
STI	Sexually transmitted infections
SW	Sex Workers
TARV	Traitement Antirétroviral
TB	Tuberculose/tuberculosis
TDR	Test de Diagnostic Rapide

TFP	Technical and Financial Partners
TPI	Traitement Présomptif Intermittent
TS	Travailleurs de Sexe
TWG	Technical Working Group
UHC	Universal health care
UN	United Nations
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population United Nations Population Fund
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance United Nations Children's Fund
UNIFEM	Fonds de développement des Nations Unies pour la femme United Nations Fund for Women
UNS	United Nations System
UPEC	Unité de Prise en Charge/Managment unit
VBG	Violences Basées sur le Genre
VCT	Voluntary counseling and testing
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VL	Viral load
WHO	Wold Health Organization

Liste des tableaux / *List of tables*

Tableau 1 : Résultats d'impact du PSN et objectifs stratégiques de la SSS 24

Table 2 : *Impact Indicators of the NSP and Strategic Objectives of the HSS* 25

Tableau 3 : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet prévention du VIH 36

Table 4 : *Outcome and Output Results Chain for the HIV prevention component* 37

Tableau 5 : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet prise en charge du VIH 38

Table 6 : *Outcome and Output Results Chain for the HIV Care and Treatment component* 39

Tableau 7 : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet qualité de vie des personnes affectées et infectées par le VIH 40

Tableau 8 : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet gestion des approvisionnements/ stocks, coordination, suivi-évaluation, gouvernance de la riposte au VIH 40

Table 9 : *Outcome and output product result chain for the quality of life component of HIV affected and infected persons* 41

Table 10 : *Outcome and Output Chain for the supply / stock management component, and coordination, monitoring and evaluation, HIV response governance* 41

Tableau 11 : Matrice de la chaîne des résultats des impacts, des effets, des produits et des stratégies 70

Table 12 : *Matrix of impacts, outcome, output and strategy matrix chain* 71

Tableau 13 : Responsables de la mise en œuvre du PSN secteur santé 104

Table 14 : *Departments in charge of implementing the NSP health sector* 105

Tableau 15 : Estimation budgétaire du PSN 2018-2022 116

Table 16 : *Budget estimate for 2018-2022 NSP* 117

Tableau 17 : FFOM du PSN 2014-2017 et du prochain PSN 172

Table 18 : *SWOC analysis of the 2014-2017 NSP and the next NSP* 173

Liste des figures et des graphiques / *List of Charts and figures*

Figure 1 : Les populations prioritaires retenues dans le PSN 2018-2022 26

Figure 2 : *Priority Populations in the 2018-2022 NSP* 27

Figure 3 : Dispositif de suivi-évaluation 114

Figure 4 : *Monitoring - evaluation diagram*.....115

Graphique 1 : Ecart à la performance populationnelle (cibles attendues) des principaux indicateurs de la prise en charge médicale 138

Chart 1 : *Population performance gap (expected targets) of key indicators of medical management* 139

Table des matières/ *Content*

Avant-propos du Ministre de la Santé Publique ... 4
Foreword by the Minister of Public Health ... 5
Remerciements du SP/CNLS ... 6
Acknowledgments of the PS/NACC ... 7
Abréviations et acronymes ... 8
Liste des tableaux / *List of tables* ... 14
Liste des figures et des graphiques / *List of Charts and figures* ... 15
Table des matières/*Content* ... 16
1. Introduction ... 20
1. Introduction ... 21
2. Plan Stratégique National IST/VIH 2018-2022 ... 22
2.1 Vision de la riposte à l'épidémie de VIH au Cameroun ... 22
2.1.1 Vers l'atteinte des cibles 90-90-90 : ... 22
2. The 2018-2022 National Strategic Plan for HIV/AIDS and STIs ... 23
2.1 Vision of the response to the HIV epidemic in Cameroon ... 23
2.1.1 Towards achieving the 90-90-90 targets: ... 23
2.1.2 Liens entre le PSN 2018-2022 et la Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027 ... 24
2.2 Valeurs et principes directeurs du PSN 2018-2022 ... 24
2.2.1 Liens synergiques entre le PSN 2018-2022 et les Objectifs du Développement Durable (ODD) 24
2.2.2 « Trois principes » ... 24
2.2.3 Protection des droits humains et la prise en compte du genre ... 24
2.2.4 Partenariat avec toutes les parties prenantes ... 24
2.2.5 Délégation des tâches et décentralisation de l'offre de prévention et de prise en charge ... 24
2.1.2 Links between the 2018-2022 NSP and the 2016-2027 HSS ... 25
2.2 Values and guiding principles for the 2018-2022 NSP ... 25
2.2.1 Synergistic links between the 2018-2022 NSP and Sustainable Development Goals (SDGs) ... 25
2.2.2 The « Three Ones » Principle ... 25
2.2.3 Protection of human rights and gender consideration ... 25
2.2.4 Partnership with all stakeholders ... 25
2.2.5 Task shifting and decentralization of prevention, care and treatment ... 25
2.2.6 L'intégration du VIH dans les services de santé ... 26
2.3 Fondements de la priorisation du PSN 2018-2022 ... 26
2.4 Populations prioritaires retenues dans le PSN 2018-2022 ... 26
2.2.6 Integrating HIV into health services ... 27
2.3 Basis of the Prioritization of the 2018-2022 NSP ... 27
2.4 Priority Populations in the 2018-2022 NSP ... 27
2.5 Zones d'interventions prioritaires du PSN 2018-2022 ... 28
2.6 Stratégies / Interventions prioritaires du PSN 2018-2022 ... 28
2.5 Priority areas of intervention of the 2018-2022 NSP ... 29
2.6 Priority Strategies / Interventions for the 2018-2022 NSP ... 29
3. But et Résultats du PSN 2018-2022 ... 32
3.1 But du PSN 2018-2022 ... 32
3.2 Résultats d'impact du PSN 2018-2022 ... 32

3.3 Chaîne de résultats d'impact et d'effets du PSN 2018-2022 32
3. Goals and Results of the 2018-2022 NSP 33
3.1 Goals of the 2018-2022 NSP 33
3.2 Impact of the 2018-2022 NSP 33
3.3 Impact and Outcome Results Chain of the 2018-2022 NSP 33
3.4 Chaîne de résultats d'effets et de produits du PSN 2018-2022 36
3.4 Outcome and Output Results Chain of the 2018-2022 NSP 37
3.5 Description des résultats d'impact, d'effets et des stratégies du PSN 2018-2022 44
3.5.1 Résultat impact 1 : d'ici 2022, les nouvelles infections sont réduites de 60% 44
3.5 Description of the Impact, Outcomes and Strategies of the 2018-2022 NSP Outcom 45
3.5.1 Impact 1: By 2022, new infections are reduced by 60% 45
3.5.2 Résultat d'impact 2 : d'ici 2022, la mortalité liée au VIH est réduite de 70% 54
3.5.2 Impact 2: By 2022, HIV-related mortality is reduced by 70% 55
3.5.3 Résultat d'impact 3 : d'ici 2022, la qualité de vie des personnes infectées et / ou affectées par le VIH est améliorée de 50% 60
3.5.3 Impact Result 3: By 2022, the quality of life of people infected and / or affected by HIV is improved by 50% 61
3.5.4 Résultat d'impact 4 : d'ici 2022, la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé de 50% 62
3.5.4 Impact 4: By 2022, the quality of governance of the national response has increased by 50% 63
3.6 Matrice de la chaîne des résultats des impacts, des effets, des produits et des stratégies 70
3.6 Impact, outcome and output strategy matrix chain 71
4. Mise en œuvre du Plan Stratégique National IST/VIH 2018 – 2022 100
4.1 Cadre institutionnel et organisationnel de la mise en œuvre au Cameroun 100
4. Implementation of the 2018 – 2022 National Strategic Plan for HIV/AIDS and STIs 101
4.1 Institutional and organizational framework for the implementation in Cameroon 101
4.2 Modalités de mise en œuvre 102
4.2.1 Au niveau du secteur public 102
4.2 Methods of implementation 103
4.2.1 At the Public-Sector level 103
4.2.2 Le Ministère de la Santé Publique : une place essentielle dans la mise en œuvre du PSN IST/VIH 2018-2022. 104
4.2.3 Sous-secteur éducation et jeunesse 104
4.2.2 The Ministry of Public Health: an essential place in the implementation of the 2018-2022 HIV/AIDS and STIs NSP 105
4.2.3 Education and Youth Sub-Sector 105
4.2.4 Sous-secteur social (MINAS, MINPROFF) 106
4.2.5 Sous-secteur finance et coopération 106
4.2.6 Sous-secteur justice, défense, droit humain 106
4.2.7 Sous-secteur communication et télécommunications 106
4.2.8 Sous-secteur emploi travail et formation professionnelle 106
4.2.4 Social Sub-sector (MINAS, MINPROFF) 107
4.2.5 Finance and cooperation sub-sector 107
4.2.6 Justice, Defence and human rights sub-sector 107
4.2.7 Communications and telecommunications sub sector 107
4.2.8.Employment Labour and Vocational Training Sub-sector. 107
4.3 Au niveau du secteur privé 108

4.4 Au niveau de la société civile 108
4.5 Au niveau des partenaires au développement 108
4.3. At the level of the Private Sector 109
4.4 At the level of the Civil Society 109
4.5 At the level of Development Partners 109
4.6 Approche Villes au Cameroun 110
4.6 Cities approach in Cameroon 111
5. Cadre de suivi et évaluation du PSN 2018-2022 112
5. Monitoring – Evaluation Framework of the 2018-2022 NSP 113
6. Schéma du dispositif du SE 114
6. Sketch of the M&E System 115
7. Cadre de financement du Plan Stratégique National 2018-2022 116
7.1 Estimation budgétaire du Plan Stratégique National 2018-2022 116
7.2 Stratégie pour la mobilisation des ressources 116
7.3 Financement de transition et de durabilité 116
7. Funding framework for the 2018-2022 National Strategic Plan 117
7.1 Budget estimate of the 2018-2022 National Strategic Plan 117
7.2 Strategy to mobilize resources 117
7.3 Transition and sustainability of funding 117
8. ANNEXES 118
8. APPENDICES 119
8.1 Situation géographique 120
8.2 Situation démographique 120
8.3 Contexte socio-économique 120
8.1 Geographic Situation 121
8.2 Demographic situation 121
8.3 Socio – economic Context 121
8.4 Contexte sanitaire 122
8.5 Contexte global de l'épidémie de VIH 122
8.4 Health context 123
8.5 Global context of the HIV epidemic 123
8.6 Dynamique de l'épidémie dans la population générale 124
8.7 Situation du VIH parmi des populations clés et groupes vulnérables 124
8.7.1 Jeunes filles et garçons 124
8.6 Dynamics of the epidemic in the general population 125
8.7 Situation of HIV among key populations and vulnerable groups 125
8.7.1 Young girls and boys 125
8.7.2 Femmes enceintes et enfants de 0 à 14 ans 126
8.7.3 Travailleuses de sexe 126
8.7.2 Pregnant women and children aged 0 to 14 years old 127
8.7.3 Female sex workers 127
8.7.4 Hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes 128
8.7.5 Usagers de drogues 128
8.7.6 Autres populations vulnérables 128
8.7.4 Men who have sex with men 129
8.7.5 Drug users 129

8.7.6 Other vulnerable populations 129
8.8 Analyse de la réponse nationale durant la période 2014-2017 130
8.8 Analysis of national response from 2014 to 2017 131
8.8.1 Prévention dans la population générale 132
8.8.1 Prevention in the general population 133
8.8.2 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant 134
8.8.2 Prevention of mother-to-child HIV transmission 135
8.8.3 Synthèse sur la prévention ciblant les populations clés 136
8.9 Situation du diagnostic et du traitement du VIH 136
8.8.3 Synthesis of prevention for key populations 137
8.9 HIV Diagnosis and Treatment Situation 137
8.9.1 Synthèse sur le diagnostic, le traitement et le suivi du VIH 140
8.9.1 Summary of HIV diagnosis, treatment and follow up 141
8.10 Réduction d'impact, suivi et accompagnement 142
8.10 Impact reduction, monitoring and support 143
8.11 Suivi et évaluation de la réponse 144
8.11 Response monitoring and evaluation 145
8.12 Coordination de la réponse à l'épidémie 146
8.12.1 Réponse sectorielle 146
8.12 Coordination of response to the epidemic 147
8.12.1 Sectoral response 147
8.12.2 Réponse communautaire 148
8.12.2 Community Response 149
8.12.3 Réponse du secteur privée et des entreprises 152
8.12.3 Response in the Private sector and enterprises 153
8.12.4 Réponse du secteur santé 154
8.12.4 Health sector response 155
8.12.5 Coordination centrale et décentralisée 160
8.12.5 Central and decentralized coordination 161
8.12.6 Conclusion sur le volet coordination 164
8.13 Mobilisation et gestion des ressources 164
8.12.6 Conclusion on the coordination component 165
8.13 Mobilization and management of resources 165
8.14 Conclusion sur l'analyse de la réponse 170
8.14 Conclusion on the response analysis 171
8.14.1 Analyse Forces/ Faiblesses, Opportunités/Menaces 172
8.14.2 Bonnes pratiques à répliquer, à diffuser ou à investiguer 172
8.14.1 Analysis of the Strengths / Weaknesses, Opportunities/Challenges 173
8.14.3 Good practices to replicate, disseminate or investigate 173
8.14.3 Suivi et Evaluation 174
8.14.3 Monitoring and Evaluation 175

1. Introduction

L'arrivée à échéance de la mise en œuvre du Plan Stratégique National (PSN) de Lutte contre le VIH et les IST pour la période 2014-2017 coïncide avec l'adoption de la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) 2016-2027, qui donne de nouvelles orientations pour le développement du secteur de la santé au Cameroun.

La SSS 2016-2027 comporte quatre axes stratégiques, dont le renforcement de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé, le renforcement de la prise en charge des cas, et l'amélioration de la gouvernance en santé.

La problématique du VIH étant en évolution permanente, les outils de riposte et les orientations stratégiques nécessitent une adaptation. Pour ce faire, le pays a tiré des leçons de l'évaluation du PSN 2014-2017 et s'est nourri des orientations de la Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027 pour élaborer ce nouveau PSN 2018-2022.

L'élaboration du PSN IST/VIH 2018-2022 a été participative, impliquant un ensemble d'acteurs des secteurs public et privé, des organisations de la société civile, des organisations des PVVIH, des représentants des populations clés, du secteur confessionnel, et des partenaires au développement. Une large concertation a été organisée pour analyser la dynamique de l'épidémie et procéder à l'analyse de la réponse afin de mettre en perspective les principales réalisations dans les domaines de la prévention, de la prise en charge, du soutien et de la gouvernance.

La participation réelle de tous les acteurs impliqués a été active et s'est concrétisée par leur présence dans les différents groupes de travail, ainsi qu'à tous les ateliers du processus d'élaboration du PSN 2018-2022. Tout au long de ce processus, l'exercice a bénéficié de la contribution d'experts nationaux et internationaux.

Deux exercices distincts ont également précédé le processus d'élaboration du présent PSN :

- une évaluation interne du PSN 2014-2017, qui a donné lieu à un rapport daté de mars 2017 ;
- une évaluation externe de la mise en œuvre du PSN 2014-2017 de Lutte contre le VIH/sida et les IST, qui a donné lieu à un rapport daté de mai 2017.

Ces deux documents ont constitué les bases de l'analyse de la situation de l'épidémie de VIH et de la réponse au Cameroun. Ainsi, la nouvelle vision du pays et les orientations stratégiques ont été élaborées et adoptées.

Par ailleurs, un plan opérationnel a été élaboré et le dispositif de suivi-évaluation réajusté. Ces documents sont des annexes qui font partie intégrante, indissociables du présent plan stratégique.

1. Introduction

The end of the implementation of the 2014-2017 National Strategic Plan for HIV/AIDS and STIs coincides with the adoption of the 2016-2027 Health Sector Strategy (HSS), which gives new guidelines for the development of the health sector in Cameroon.

The 2016-2027 HSS has four strategic areas, including strengthening disease control and health promotion, strengthening the management of cases, and improving governance in the health sector.

The HIV epidemic is constantly evolving, as such, the response tools and strategic guidelines at the global level need to be adapted to the changing nature of the epidemic. As a result, the country has used the lessons learnt from the evaluation of the 2014-2017 NSP and the orientations of the 2016-2027 HSS to develop this new 2018-2022 NSP.

The development of the 2018-2022 National Strategic Plan for HIV/AIDS and STIs involved a participatory approach which included public and private sector stakeholders, civil society organizations, PLHIV organizations, representatives of key populations, the private sector, the Religious sector and development partners. A broad consultation was organized to analyze the dynamics of the epidemic and the response in order to put into perspective the key achievements in the areas of prevention, management of cases, support and governance.

The participation of all the stakeholders involved was effective as testified by their presence in the various working groups, as well as in all the workshops of the 2018-2022 NSP development process. National and international experts were available throughout this process, to provide technical assistance.
Two separate exercises preceded the development of this NSP:

- An internal evaluation of the 2014-2017 NSP for HIV/AIDS and STIs, which resulted in the March 2017 report;
- An external evaluation of the implementation of the 2014-2017 NSP for HIV/AIDS and STIs which resulted in the May 2017 report.

These two documents made up the basis of the situational analysis of the of the HIV epidemic and its response in Cameroon. Thus, the new vision of the country and the strategic guidelines were developed and adopted.

In addition, an operational plan was drawn up and the monitoring and evaluation system readjusted. These documents are appendices that form an integral part of this strategic plan.

2.1 Vision de la riposte à l'épidémie de VIH au Cameroun

Le PSN de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2018-2022 vise : la réduction des nouvelles infections parmi les adultes ; les adolescents(es) et les enfants ; l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; la réduction de la mortalité liée au VIH ; le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH ; le respect des droits humains ; la lutte contre toutes les formes de discrimination ainsi que l'efficacité de la gouvernance à travers une réponse efficiente. Grâce à cette vision stratégique, le Cameroun ambitionne de participer à l'effort mondial pour contribuer efficacement à mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici 2030.

Le PSN 2018-2022 se fonde sur une approche de solidarité nationale et une démarche pragmatique qui garantit l'accès à la prévention, aux soins et au soutien pour toutes celles et ceux qui en ont besoin, en particulier les personnes les plus exposées au risque et les populations en contexte de vulnérabilité dans les régions du Cameroun les plus touchées par le VIH.

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

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

2.1.1 Vers l'atteinte des cibles 90-90-90 :

L'ONUSIDA a récemment appelé le monde à adopter l'objectif « 90-90-90 » d'ici à 2020 : 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90% des personnes connaissant leur statut sérologique sont sous traitement antirétroviral de qualité et 90% des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable. Pour le Cameroun, cette option est capitale pour permettre de réduire les infections, la morbidité et la mortalité liées au VIH. La meilleure manière d'y parvenir est d'adopter des approches inclusives intégrant toutes les parties prenantes : les professionnels de santé, les milieux scientifiques et universitaires ainsi que les acteurs communautaires, y compris les représentants des populations clés impliqués dans la lutte contre le VIH. La traduction concrète de ces engagements se décline par la mise en œuvre d'approches innovantes de prévention, de prise en charge globale respectant les droits humains, le genre et l'équité.

2. The 2018-2022 National Strategic Plan for HIV/AIDS and STIs

2.1 Vision of the response to the HIV epidemic in Cameroon

The 2018-2022 National Strategic Plan for HIV/AIDS and STIs aims to reduce new infections among adults, adolescents and children, eliminate mother-to-child transmission of HIV, reduce HIV-related mortality, provide support for improving the quality of life of people infected and affected by HIV, respect human rights, fight against all forms of discrimination and improve the effectiveness of governance through an efficient response. With this strategic vision, Cameroon aims to participate in the global effort to make an effective contribution to ending the HIV epidemic by the year 2030.

The 2018-2022 NSP is based on a national solidarity and pragmatic approach that ensures access to prevention, healthcare and support to all those who need it, especially the most-at-risk and vulnerable population in the regions of Cameroon that are most affected by HIV.

The Cameroon Government at the highest level, alongside all its national and international partners, is committed to implementing the national guidelines for the achievement of impact and outcome results in this NSP.

Cameroon's endorsement of the Political Declaration on HIV/AIDS "Intensifying our Efforts to eliminate HIV / AIDS" at the June 2016 High Level Meeting in New York, is the NSP's reference framework for 2018-2022. This commitment of Cameroon is based on scientific evidence that confirms the therapeutic value of early initiation of antiretroviral therapy (ART), and its generalization as part of the "Treat All "approach. In this perspective, Cameroon has adopted a catch-up plan to accelerate the response to HIV and AIDS for 2018-2022.

2.1.1 Towards achieving the 90-90-90 targets:

UNAIDS recently called on the international community to adopt the "90-90-90" target by 2020: 90% of people living with HIV know their HIV status, 90% of people with diagnosed HIV infection receive sustained antiretroviral therapy and 90% of people receiving antiretroviral therapy have viral suppression. For Cameroon this option is crucial to reduce HIV-related infections, morbidity and mortality. The best way to achieve this objective is to adopt inclusive approaches involving all stakeholders - health professionals, scientific and academic communities, as well as community actors including representatives of key populations involved in the fight against HIV. The concrete translation of these commitments is reflected in the implementation of innovative approaches to prevention and comprehensive care that respects human rights, gender and equity.

2.1.2 Liens entre le PSN 2018-2022 et la Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027

***Tableau 1** : Résultats d'impact du PSN et objectifs stratégiques de la SSS*

Résultats d'impact du PSN 2018-2022	Objectifs stratégiques de la SSS 2016-2027
Résultat d'impact 1 : les nouvelles infections sont réduites de 60% d'ici à 2022	**Axe Stratégique Prévention :** réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention
Résultat d'impact 2 : d'ici 2022, la mortalité liée au VIH est réduite de 70%	**Axe Stratégique Prise en charge des cas :** réduire la mortalité globale et la létalité dans les formations sanitaires et dans la communauté
Résultat d'impact 3 : d'ici 2022 la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH est améliorée de 50%	**Axe Stratégique Promotion de la Santé :** amener la population à adopter des comportements sains et favorables à la santé
Résultat d'impact 4 : d'ici 2022, la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé de 50%	**Axe Stratégique Renforcement du système de Santé :** accroître les capacités institutionnelles des structures sanitaires pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé de qualité
	Axe Stratégique Gouvernance et pilotage stratégique : améliorer la performance du système de santé à tous les niveaux

2.2 Valeurs et principes directeurs du PSN 2018-2022

2.2.1 Les liens synergiques entre le PSN 2018-2022 et les Objectifs du Développement Durable (ODD)

Les Objectifs de Développement Durable visent à enrayer l'épidémie de sida, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies transmissibles d'ici 2030. Les quatre résultats d'impact du PSN 2018-2022 sont cohérents avec les objectifs et les cibles de l'ODD 3.

2.2.2 Le principe des « Three Ones »

Autour d'un cadre unique de coordination, les interventions de tous les partenaires sont mises en œuvre de façon multisectorielle avec un système national de suivi et d'évaluation unique, pour une gouvernance efficace et efficiente.

2.2.3 La protection des droits humains et la prise en compte du genre

Le PSN 2018-2022 se fonde sur la promotion et la protection des droits humains et du genre pour lever les obstacles de l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus exposées au risque et en contexte de vulnérabilité.

2.2.4 Le partenariat avec toutes les parties prenantes

Il s'agit d'associer toutes les parties prenantes, les professionnels de santé, les milieux scientifiques et universitaires, ainsi que les acteurs communautaires, y compris les représentants des populations clés impliqués dans la lutte contre le VIH. L'approche inclusive et partenariale augmente la qualité, l'efficacité et la pertinence de la mise en œuvre et le suivi - évaluation des programmes et des interventions.

2.2.5 La délégation des tâches et la décentralisation de l'offre de prévention et de prise en charge

Elles renforcent la réponse locale et élargissent les capacités de mise en œuvre des programmes à l'échelle nationale

2.1.2 Links between the 2018-2022 NSP and the 2016-2027 HSS

Table 1 : Impact Indicators of the NSP and Strategic Objectives of the HSS

Impact Indicators of the 2018-2022 NSP	Strategic Objectives of the 2016-2027 HSS
Impact 1 : By 2022 new infections are reduced by 60%	**Prevention:** Reduce premature mortality through the prevention of avoidable diseases
Impact 2 : By 2022, HIV-related mortality is reduced by 70%	**Management of cases:** Reduce overall mortality and fatality in health facilities and in the community
Impact 3 : By 2022, the quality of life of people infected and / or affected by HIV is improved by 50%	**Health Promotion:** Bring the population to adopt healthy and health conducive behaviours :
Impact 4 : By 2022, the quality of governance of the national response increases by 50%	**Strengthening the Health System:** Increase the institutional capacities of health facilities for sustainable and equitable access of population to quality healthcare and services:
	Governance and Strategic Piloting: Improve the performance of the health system at all levels

2.2 Values and guiding principles for the 2018-2022 NSP

2.2.1 Synergistic links between the 2018-2022 NSP and Sustainable Development Goals (SDGs)

Sustainable Development Goals are aimed at curbing the AIDS epidemic, tuberculosis, malaria and other communicable diseases by 2030. The four impact outcomes of the 2018-2022 NSP are consistent with the goals and targets of the SDGs 3.

2.2.2 The « Three Ones » Principle

The interventions of all partners are implemented in a multi-sector manner in a single coordinating framework with a national monitoring and evaluation system for effective and efficient governance.

2.2.3 Protection of human rights and gender consideration

The 2018-2022 NSP, is based on the promotion and protection of human rights and gender in order to remove barriers of access to prevention and care for most-at-risk populations in a context of vulnerability.

2.2.4 Partnership with all stakeholders

This is about including all stakeholders - health professionals, scientific and academic communities, community stakeholders and representatives of key populations involved in the fight against HIV. This inclusive and partnership approach increases the quality, effectiveness and relevance of the implementation and monitoring - evaluation of programs and interventions

2.2.5 Task shifting and decentralization of prevention, care and treatment

These strategies strengthen the local response and broaden national programme implementation capacities.

2.2.6 L'intégration du VIH dans les services de santé

Pour sortir le VIH de son isolement, pour ancrer et pérenniser la réponse sur le long terme, l'intégration des interventions de prévention et de prise en charge du VIH dans l'offre de service de santé globale est indispensable.

2.3 Fondements de la priorisation du PSN 2018-2022

L'utilisation du concept de priorisation, fondée sur une analyse croisée du profil épidémiologique de l'épidémie de VIH au Cameroun, du contexte de vulnérabilité des populations et de la disponibilité des ressources (financières, humaines et logistiques), nous amène vers une logique d'offre de services focalisée sur les zones et les populations qui en ont le plus besoin.

Ainsi, le passage à l'échelle de certaines interventions à haut impact se fera en fonction de la dynamique de l'épidémie, y compris l'incidence des nouvelles infections.

La démarche de priorisation du PSN 2018-2022 du Cameroun s'est appuyée sur les principes fondamentaux suivants :

1. l'utilisation de l'évidence et les réalités de l'épidémie du VIH au Cameroun ;
2. l'approche du cadre d'investissement pour une allocation budgétaire efficiente ;
3. l'analyse des enjeux internationaux et nationaux pour déterminer les changements à opérer afin de réduire la propagation de l'épidémie et d'atténuer son impact ;
4. la définition de résultats et d'indicateurs précis, réalistes et mesurables découlant de la mise en œuvre de stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité.

2.4 Populations prioritaires retenues dans le PSN 2018-2022

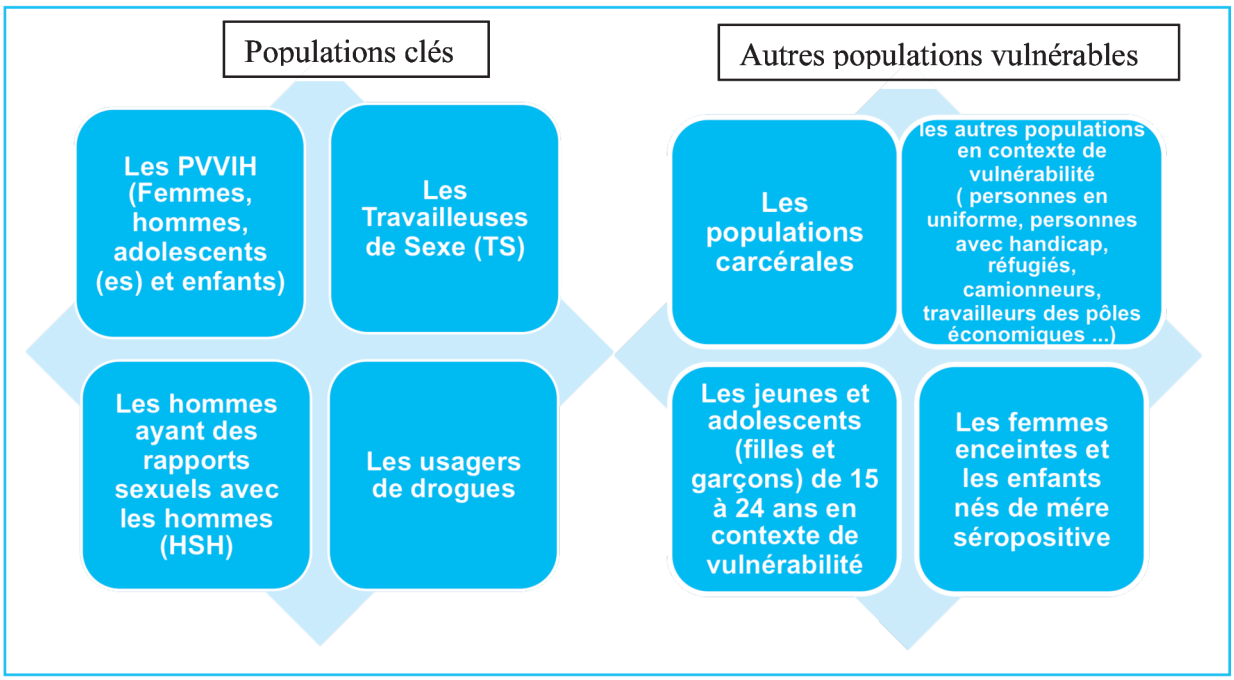


***Figure 1** : Les populations prioritaires retenues dans le PSN 2018-2022*

2.2.6 Integrating HIV into health services

To get HIV out of isolation and to anchor and sustain the long-term response to the disease, the integration of HIV prevention, care and treatment into the overall health service offered is essential.

2.3 Basis of the Prioritization of the 2018-2022 NSP

The use of the concept of prioritization, based on a cross analysis of the epidemiological profile of the HIV epidemic in Cameroon, the vulnerability context of populations and the availability of resources (financial, human and logistic), leads to a logical offer of services focused on the areas and populations most in need. Thus, the scaling up of some high-impact interventions will depend on the dynamics of the epidemic, including the incidence of new infections.

The prioritization process of the 2018-2022 NSP in Cameroon was based on the following fundamental principles:

1. the use of evidence and the realities of the HIV epidemic in Cameroon.

2. the investment framework approach for efficient budget allocation.

3. the analysis of international and national issues to determine what changes should be made to reduce the spread of the epidemic and mitigate its impact.

4. the definition of clear, realistic and measurable results and indicators stemming from the implementation of strategies that have proven effective.

2.4 Priority Populations in the 2018-2022 NSP

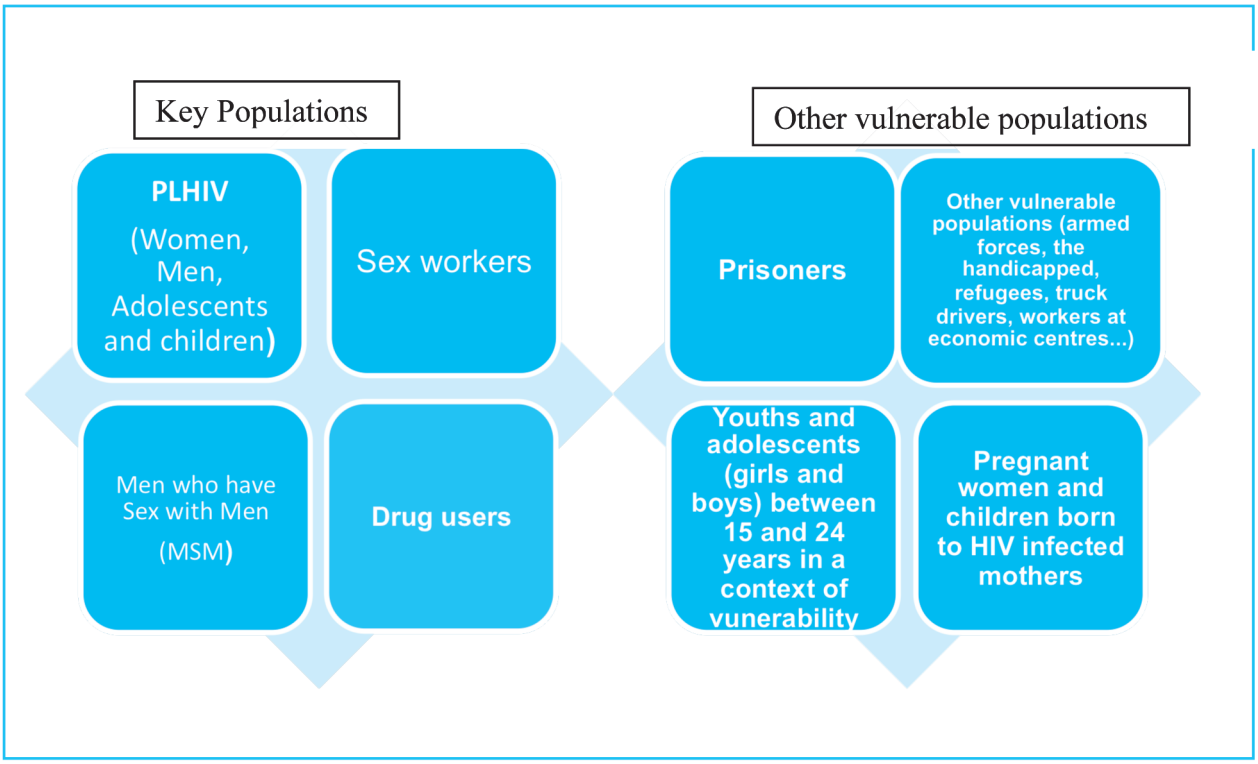


Figure 2 : Priority Populations in the 2018-2022 NSP

2.5 Zones d'interventions prioritaires du PSN 2018-2022

Six régions ont particulièrement retenu l'attention en raison notamment des taux de prévalence plus élevés que la moyenne nationale, et des déterminants contextuels de vulnérabilité. Ce sont les régions de l'Adamaoua, de l'Est, du Nord-Ouest, du Centre, du Sud-Ouest et du Littoral.

2.6 Stratégies / Interventions prioritaires du PSN 2018-2022

Ces interventions tiennent compte du contexte, des évidences, de la distribution de l'épidémie, et de la cartographie de vulnérabilité :

*** Renforcement de la prévention avec :**

- la communication pour le changement de comportement à travers le développement des approches différenciées, selon les tranches d'âges, privilégiant l'acquisition des compétences pour l'adoption des comportements à moindre risque ;
- l'offre d'un paquet complet ou adapté de services de prévention combinée pour les populations prioritaires ;
- le renforcement de l'accès aux services de prévention et la prise en charge des accidents d'exposition au sang et liquides biologiques (AES) ;
- la prévention et la prise en charge des personnes présentant des signes d'IST ;

*** Amélioration de la mise en œuvre de la PTME et renforcement de la participation communautaire pour l'e-TME dans les zones névralgiques du pays, à travers :**

- la promotion de l'utilisation continue des sites d'offre de services SMNI/PTME ;
- l'offre de dépistage VIH à toutes les femmes enceintes ;
- la mise sous ARV de toutes les femmes enceintes et allaitantes VIH+ et leur rétention dans les soins ;
- la mise sous prophylaxie ARV des enfants exposés et sous cotrimoxazole ;
- le diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposés ;
- le suivi du couple mère-enfant jusqu'à la détermination du statut final de l'enfant.

*** Passage à échelle de l'offre de dépistage et conseil du VIH pour améliorer la connaissance du statut sérologique surtout chez les populations prioritaires à travers :**

- l'évaluation du conseil et auto-dépistage dans les populations clés ;
- le conseil et dépistage en communauté et dans les formations sanitaires.

*** Passage à l'échelle de la thérapie antirétrovirale à travers :**

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

*** Renforcement des mesures collaboratives TB/VIH à travers la prévention / contrôle de la TB chez les PVVIH et vice-versa et le renforcement de la prise en charge des co-infections et infections opportunistes ;**

2.5 Priority areas of intervention of the 2018-2022 NSP

Six regions are given special attention, mainly because their prevalence rates are higher than the national average and also context-specific vulnerability determinants. These regions are Adamawa, East, North West, Centre, South West and Littoral.

2.6 Priority Strategies / Interventions for the 2018-2022 NSP

These interventions take into account the context, the evidence, the distribution of the epidemic, and the vulnerability mapping:

*** Strengthening Prevention with**

- Behaviour change communication through the development of differentiated approaches according to age groups, prioritizing the development of skills for the adoption of low-risk behaviours;
- the provision of a comprehensive or tailored package of combined prevention services for the priority populations.;
- the increase in access to prevention services and management of Accidental exposure to blood and blood fluids (AEB);
- the prevention, care and treatment of people with signs of STIs.

*** The improvement of the implementation of PMTCT and the strengthening of community participation for e-MTCT in key areas of the country,** through:

- promoting continued use of MNCH/PMTCT service provision sites;
- provision of HIV testing to all pregnant women;
- ARV treatment of all HIV pregnant and breastfeeding women and their retention in care;
- ARV and Cotrimoxazole prophylaxis treatment for HIV exposed children;
- early infant diagnosis of HIV-exposed children;
- monitoring the mother-child pair until the final HIV status of the child is determined.

*** Scaling up the HIV Testing and Counselling services** to increase awareness of HIV status, especially among most-at-risk populations, through:

- assessment of counselling and self-testing in key populations;
- counselling and testing in community and health facilities.

* **Scaling up antiretroviral therapy** through:

- improving the linkage between testing and ART services;
- implementing the decentralization policy of the HIV care;
- strengthening the operationalization of task shifting;
- improving the retention in care of persons on ART;
- community intervention to improve the uptake and adherence to care.

*** Strengthening TB / HIV collaborative activities through the prevention / control of TB among PLHIV and vice versa and the strengthening of the management of co-infections and opportunistic infections;**

*** Scaling up access to viral load by and improving the offer of services related to ARV drug resis-**

*** Passage à l'échelle de la charge virale avec amélioration de l'offre de service liée à la résistance aux ARV ;**

*** Renforcement des actions pour la réduction de la stigmatisation et la discrimination des PVVIH ;**

*** Accompagnement psychologique et social des personnes affectées et/ou infectées par le VIH ;**

*** Production et utilisation de l'information de qualité sur les IST et le VIH ;**

*** Mise à disposition permanente des équipements de laboratoires, des médicaments ARV, MIO et autres intrants traceurs à tous les niveaux.**

*** Mobilisation et utilisation efficace et efficiente des ressources financières ;**

*** Renforcement des systèmes de santé et communautaire pour une contribution stratégique dans l'accélération de la riposte ;**

*** Renforcement / Amélioration du leadership, de la bonne gouvernance et de la redevabilité du programme.**

tance;

*** Strengthening interventions to reduce stigma and discrimination of PLHIV;.**

*** Psychological and social support for people affected and / or infected by HIV;**

*** Production and use of quality strategic information on STIs and HIV for decision-making;**

*** Permanent availability of laboratory equipment, ARV, Medicines for opportunistic infections (OI) and other tracer commodities at all levels;**

*** Mobilization, effective and, efficient use of financial resources;**

*** Strengthening community and health systems as a strategic contribution to accelerating the response;**

*** Strengthening / Improving leadership, good governance and accountability of the programme.**

3. But et Résultats du PSN 2018-2022

3.1 But du PSN 2018-2022

Le but du plan stratégique national est double : (i) réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH ; (ii) atténuer le fardeau socio-économique lié au VIH sur le développement du pays.

3.2 Résultats d'impact du PSN 2018-2022

- Résultat d'impact 1 : d'ici 2022, les nouvelles infections sont réduites de 60%
- Résultat d'Impact 2 : d'ici 2022, la mortalité liée au VIH est réduite de 70%
- Résultat d'impact 3 : d'ici 2022, la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH est améliorée de 50%
- Résultat d'Impact 4 : d'ici 2022, la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé de 50%

3.3 Chaîne de résultats d'impact et d'effets du PSN 2018-2022

Résultat d'Impact 1 : D'ici 2022, les nouvelles infections sont réduites de 60%

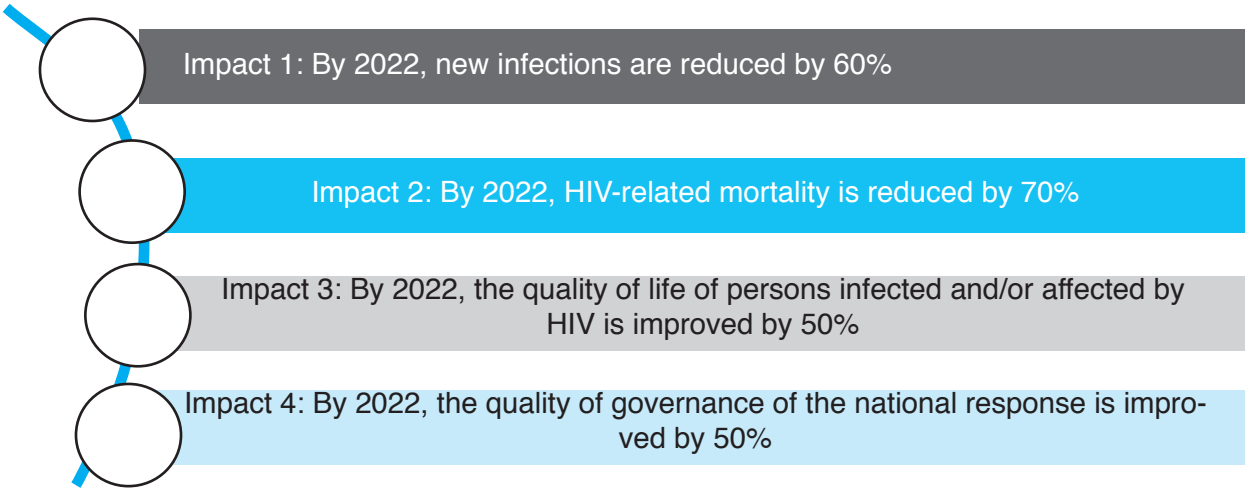
- **Effet 1.1 :** d'ici 2022, 80% des enfants, adolescent(e)s et jeunesde 4 à 24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH
- **Effet 1.2 :** d'ici 2022, 90% des populations clés utilisent le paquet de services de prévention combinée
- **Effet 1.3 :** d'ici 2022, 90% des populations en contexte de vulnérabilité utilisent le paquet de services de prévention
- **Effet 1.4 :** d'ici 2022, 80% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES) ou sexuelle bénéficient d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE)
- **Effet 1.5 :** d'ici 2022, la transmission Mère – Enfant du VIH est réduite à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois
- **Effet 1.6 :** d'ici 2022, 80% des personnes présentant des signes d'IST ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge

3. Goals and Results of the 2018-2022 NSP

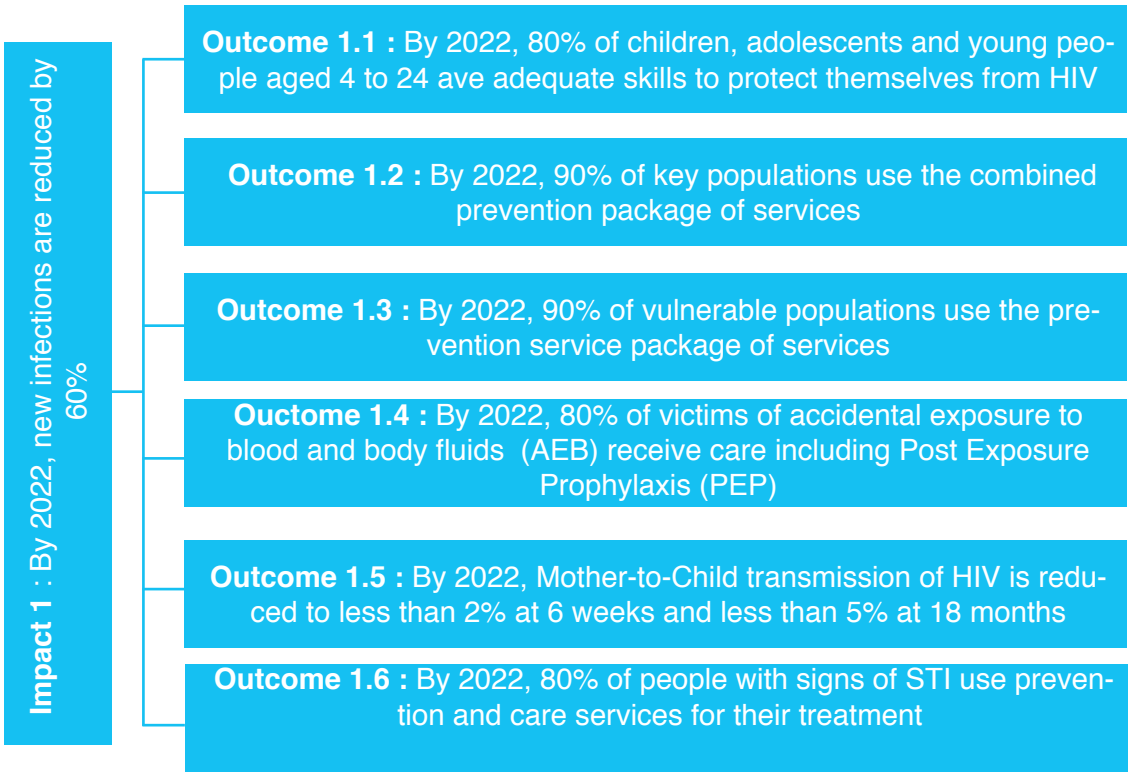
3.1 Goals of the 2018-2022 NSP

The goal of the national strategic plan is twofold: (i) reduce HIV-related morbidity and mortality; (ii) reduce the socio-economic burden of HIV on the country's development.

3.2 Impact of the 2018-2022 NSP



3.3 Impact and Outcome Results Chain of the 2018-2022 NSP



Résultat d'Impact 2 : D'ici 2022, la mortalité liée au VIH est réduite de 70%

- **Effet 2.1 :** d'ici 2022, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique à l'egard du VIH
- **Effet 2.2 :** d'ici 2022, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral
- **Effet 2.3 :** d'ici 2022, 92% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois
- **Effet 2.4 :** d'ici 2022, 100% des cas de co-infections et comorbidités sont pris en charge suivant les directives nationales

Résultat d'Impact 3 : D'ici 2022, la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH est améliorée de 50%

- **Effet 3.1 :** d'ici 2022, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des populations clés et vulnérables sont réduites de moitié
- **Effet 3.2:** d'ici 2022, 60% des personnes infectées et affectées par le VIH suivies bénéficient du paquet d'accompagnement psychologique et social

Résultat d'Impact 4 : D'ici 2022, la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé de 50%

- **Effet 4.1 :** d'ici 2022, la coordination et le leadership de la réponse nationale au VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé
- **Effet 4.2 :** d'ici 2022, toutes les ressources financières nécessaires sont mobilisées et utilisées de façon efficiente
- **Effet 4.3 :** d'ici 2022, la contribution du système communautaire dans la riposte atteint 30% sur le plan stratégique et opérationnel
- **Effet 4.4 :** d'ici 2022, les informations stratégiques de qualité sur les IST et le VIH sont permanemment produites et utilisées pour la prise de décision
- **Effet 4.5 :** d'ici 2022, la dispinibilité des équipements de laboratoire, des médicaments et intrants stratégiques est assurée à tous les niveaux

Impact 2 : By 2022, HIV-related mortality is reduced by 70%

- **Outcome 2.1 :** By 2022, 92% of adults, adolescents and children living with HIV know their HIV status
- **Outcome 2.2 :** By 2022, 92% of adults, adolescents and children living with HIV, who know their status, receive antiretroviral therapy
- **Outcome 2.3 :** By 2022, 92% of adults, adolescents and children living with HIV on ART have a suppressed viral load at 12 months
- **Outcome 2.4 :** By 2022, 100% of co-infections and co-morbidities cases are managed according to national guidelines

Impact 3 : By 2022, the quality of life of people infected and / or affected by HIV is improved by 50%

- **Outcome 3.1 :** By 2022, stigma and discrimination against PLHIV, key and vulnerable populations are reduced by half
- **Outcome 3.2:** By 2022, 60% of HIV infected and affected people in care, receive the psychological and social support package

Impact 4 : By 2022, the quality of governance of the national response has increased by 50%

- **Outcome 4.1 :** By 2022, coordination and leadership of the national response to HIV is effectively ensured at central and decentralized levels
- **Outcome 4.2 :** By 2022, all necessary financial resources are mobilized and used efficiently
- **Outcome 4. 3 :** By 2022, the contribution of the community system to the HIV response reaches 30% at strategic and operational levels
- **Outcome 4.4 :** By 2022, quality Strategic Information on STIs and HIV is continuously produced and used for decision making according to the defined standards
- **Outcome 4.5 :** By 2022, an effective supply chain and management system of drugs and laboratory commodities is in place

3.4 Chaîne de résultats d'effets et de produits du PSN 2018-2022

* Prévention du VIH

Tableau 3 : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet prévention du VIH

Effets	Produits
Effet 1.1 : D'ici 2022, 80% des enfants, adolescent(e)s et jeunes de 4 à 24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH	**Produit 1.1.1 :** d'ici 2022, 80% des enfants (filles et garçons) de 04 à 09 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance de base du VIH
	Produit 1.1.2 : d'ici 2022, 80% des adolescents (filles et garçons) de 10 à 14 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance complète du VIH
	Produit 1.1.3 : d'ici 2022, 80% des adolescents (filles et garçons) et jeunes de 15 ans à 24 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour l'adoption des comportements à moindre risque
Effet 1.2 : D'ici 2022, 90% des populations clés utilisent le paquet de services de prévention combinée	**Produit 1.2.1 :** d'ici 2022, 90% des TS et des HSH ont accès à un paquet complet de services de prévention combinée dans tous les sites
	Produit 1.2.2 : d'ici 2022, 90% des personnes qui utilisent les drogues sont sensibilisées et ont accès à un paquet adapté de services de réduction des risques
Effet 1.3 : D'ici 2022, 90% des populations en contexte de vulnérabilité utilisent le paquet de services de prévention	**Produit 1.3.1 :** d'ici 2022, 90% de la population en milieu carcéral sont sensibilisés et ont accès à un paquet adapté de services de prévention dans les prisons
	Produit 1.3.2 : d'ici 2022, les femmes et les hommes en situation de vulnérabilité (travailleurs des sites économiques, camionneurs, personnel en uniforme, personnes en situation de handicap, refugiés ou déplacées, population autochtone Pygmées, Boboro, etc et autres) sont sensibilisés et ont accès aux services de prévention du VIH
	Produit 1.3.3 : D'ici 2022, 90% des besoins en préservatifs (féminins et masculins) et en gels lubrifiants pour la prévention du VIH sont couverts sur tout le territoire national
Effet 1.4 : D'ici 2022, 80% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES/LB) ou sexuelle bénéficient d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE)	**Produit 1.4.1 :** D'ici 2022, tous les sites de dispensation des ARV offrent la PPE en cas d'accidents d'exposition sanguine ou à d'autres liquides biologiques (AES/LB) selon des procédures standardisées
	Produit 1.4.2 : D'ici 2022, les personnes victimes d'AES/LB sont sensibilisées et informées pour l'accès à la prévention
Effet 1.5 : D'ici 2022, la transmission Mère – Enfant du VIH est réduite à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois	**Produit 1.5.1 :** d'ici 2022, 100%des femmes qui fréquentent les services de SMNI/PF sont sensibilisées sur la prévention, le dépistage du VIH et la PTME dans le cadre de la SSR
	Produit 1.5.2 : d'ici 2022, 95% des femmes enceintes sont dépistées pour le VIH dans les structures de santé publiques et privées et retirent le résultat
	Produit 1.5.3 : d'ici 2022, 95% des femmes enceintes qui sont dépistées séropositives reçoivent des ARV pour leur traitement et pour réduire le risque de transmission du VIH à leur enfant
	Produit 1.5.4 : d'ici 2022, 95% des enfants exposés sont testés à la PCR à partir de la 6ieme semaine de vie
	Produit 1.5.5 : d'ici 2022, 100% des enfants exposés sont mis sous ARV prophylactiques et cotrimoxazole

3.4 Outcome and Output Results Chain of the 2018-2022 NSP

* HIV Prevention

Table 4 : Outcome and Output Results Chain for the HIV prevention component

Outcome	Outputs
Outcome1.1 : In 2022, 80% of children, adolescents and young people aged 4 to 24 years have adequate skills to protect themselves from HIV	**Output 1.1.1:** By 2022, 80% of children (boys and girls) aged 4 to 9, benefit from specific quality prevention programs and acquire basic knowledge about HIV.
	Output 1.1.2: By 2022, 80% of adolescents (boys and girls) aged 10 to 14, benefit from specific quality prevention programs and acquire complete knowledge about HIV.
	Output 1.1.3: By 2022, 80 % of adolescents (boys and girls) and young people aged 15 to 24, benefit from specific quality prevention programs for the adoption of low-risk behaviours.
Outcome 1.2 : By 2022, 90% of key populations use the combined prevention package of services	**Output 1.2.1:** By 2022, 90% of FSW and MSM have access to a comprehensive package of combined prevention services in all the sites.
	Output 1.2.2: By 2022, 90% of people who use drugs are sensitized and have access to an adapted package of services for risk reduction.
Outcome 1.3 : By 2022, 90% of vulnerable populations use the package of services for prevention	**Output 1.3.1:** By 2022, 90% of the prison population are sensitized and have access to an adapted package of services for prevention in prisons
	Output 1.3.2: By 2022, Vulnerable women and men (economic site workers, truck drivers, uniformed men, persons with disabilities, refugees or displaced persons, indigenous populations: Pygmies, Mbororos, etc. and others) are sensitized and have access to HIV prevention services
	Ouput 1.3.3: By 2022, 90% of needs for condoms (female and male) and lubricant gels for HIV prevention are met nationwide
Outcome 1.4 : By 2022, 80% of victims of accidental exposure to blood and body fluids (AEB) receive care including Post Exposure Prophylaxis (PEP)	**Output 1.4.1:** By 2022, all ART sites offer PEP in the event of accidental exposure to blood and body fluids according to standardized procedures
	Output 1.4.2: By 2022, victims of AEB are sensitized and informed on access to prevention
Outcome 1.5 : By 2022, Mother-to-Child transmission of HIV is reduced to less than 2% at 6 weeks and less than 5% at 18 months.	**Output 1.5.1:** By 2022, 100% of women using MNCH/FP services are sensitized on HIV prevention, testing and PMTCT under SRH
	Output 1.5.2: By 2022, 95% of pregnant women are tested for HIV in public and private health facilities and receive their result
	Output 1.5.3: By 2022, 95% of pregnant women who are tested positive for HIV, receive ART for their health and to reduce the risk of HIV transmission to their child
	Output 1.5.4: By 2022, 95% of HIV-exposed children are tested by PCR from the 6th week of life.
	Output 1.5.5: By 2022, 100% of HIV-exposed children are put on ARV prophylaxis and Cotrimoxazole.

Effet 1.6 : D'ici 2022, 80% des personnes présentant des signes d'IST ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge	**Produit 1.6.1:** d'ici 2022, 80% des personnes présentant des comportements à risque d'infection par les IST (gonococcie, syphilis, infection à HPV) ont accès aux services de prévention
	Produit 1.6.2: d'ici 2022, 80% des personnes présentant des signes d'IST sont prises en charge selon les directives nationales
Effet 2.1 : D'ici 2022, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	**Produit 2.1.1 :** d'ici 2022, 90% des populations clés et vulnérables bénéficient d'une offre de dépistage adaptée à travers des approches ciblées et de proximité
	Produit 2.1.2 : d'ici 2022, l'offre permanente de dépistage du VIH, initiée par le prestataire est étendue dans toutes les structures de santé publiques, privées et communautaires

*** Prise en charge du VIH**

***Tableau 5** : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet prise en charge du VIH*

Effets	Produits
Effet 2.2 : D'ici 2022, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral	**Produit 2.2.1 :** d'ici 2022, 100% des PVVIH (adultes, enfants et adolescents) nouvellement diagnostiquées sont mises sous traitement
	Produit 2.2.2 : d'ici 2022, 92%des PVVIH adultes sont maintenues sous traitement
	Produit 2.2.3 : d'ici 2022, 92% des PVVIH (adolescents et enfants) sont maintenues sous traitement
Effet 2.3 : D'ici 2022, 92% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois	**Produit 2.3.1 :** d'ici 2022,100% des PVVIH suivies bénéficient de la charge virale selon les directives nationales
	Produit 2.3.2 : d'ici 2022, 100% des PVVIH qui ont une charge virale détectable sont prises en charge suivant les directives nationales
	Produit 2.3.3 : d'ici 2022, 100% des laboratoires accrédités respectent les normes de qualité de réalisation de la charge virale aux PVVIH
Effet 2.4 : D'ici 2022, 100% des cas de coïnfections et comorbidités sont pris en charge suivant les directives nationales	**Produit 2.4.1 :** d'ici 2022, 100% des patients co-infectés TB/VIH reçoivent à la fois les antituberculeux et les ARV
	Produit 2.4.2 : d'ici 2022, 80% des patients infectés bénéficient des mesures de prévention de la tuberculose
	Produit 2.4.3 : d'ici 2022, au moins 80% des patients ayant une infection opportuniste sont pris en charge selon les directives nationales
	Produit 2.4.4 : d'ici 2022, toutes les PVVIH sous TARV qui sont éligibles bénéficient d'une prophylaxie à l'INH et sont traitées pour les infections opportunistes et comorbidités (y compris les hépatites)

Outcome 1.6 : By 2022, 80% of people with signs of STI, use prevention and care services for their treatment	**Output 1.6.1:** By 2022, 80% of people at risk of STIs (gonorrhea, syphilis, HPV infection) have access to prevention services
	Ouput 1.6.2: By 2022, 80% of people with signs of STI receive care according to national guidelines
Outcome 2.1 : By 2022, 92% of adults, adolescents and children living with HIV, know their HIV status	**Output 2.1.1:** By 2022, 90% of key and vulnerable populations receive appropriate testing services through targeted and local approaches
	Output 2.1.2: By 2022, continuous offer of provider-initiated HIV testing and counseling (PITC) is extended to all public and private health facilities and communities

*** HIV Care and Treatment**

***Table 6** : Outcome and Output Results Chain for the HIV Care and Treatment component*

Outcome	Output
Outcome 2.2: By 2022, 92% of adults, adolescents and children living with HIV, who know their status, receive antiretroviral therapy	**Output 2.2.1:** By 2022, 100% of newly diagnosed PLHIV (adults, children and adolescents) are placed on treatment
	Output 2.2.2: By 2022, 92% of PLHIV (adults) are maintained on treatment
	Output 2.2.3: By 2022, 92% PLHIV (adolescents and children) are maintained on treatment
	Output 2.3.1: By 2022, 100% of PLHIV on ART do Viral Load test according to national guidelines
Outcome 2.3: By 2022, 92% of adults, adolescents and children living with HIV on ART achieve viral suppression at 12 months	**Output 2.3.2:** By 2022, 100% of PLHIV who are not virally suppressed receive care according to national guidelines
	Output 2.3.3: By 2022, 100% of accredited laboratories meet quality standards for measuring the viral load of PLHIV
Outcome 2.4: By 2022, 100% of co-infections and co-morbidity cases are managed according to national guidelines	**Output 2.4.1:** By 2022, 100% of TB/HIV co-infected patients receive both anti-tuberculosis medicines and ART
	Output 2.4.2: By 2022, 80% of HIV-infected patients receive services for tuberculosis prevention
	Output 2.4.3: By 2022, at least 80% of patients with opportunistic infections receive care according to national guidelines
	Output 2.4.4: By 2022, all eligible PLHIV on ART receive INH prophylaxis and are treated for opportunistic infections and co-morbidities (including hepatitis)

*** Qualité de vie des personnes affectées et infectées par le VIH**

Tableau 7 : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet qualité de vie des personnes affectées et infectées par le VIH

Effets	Produits
Effet 3.1 : D'ici 2022, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des populations clés et vulnérables sont réduites de moitié	**Produit 3.1.1 :** d'ici 2022, 90% des personnes cibles secondaires (personnels de santé, magistrats, policiers) reçoivent un paquet de service adapté pour réduire la discrimination des PVVIH et des populations vulnérables
	Produit 3.1.2 : d'ici 2022, les PVVIH bénéficient des services de protection relatifs aux droits humains
	Produit 3.1.3 : d'ici 2022, l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la discrimination
Effet 3.2: D'ici 2022, 60% des personnes infectées et affectées par le VIH suivies bénéficient du paquet d'accompagnement psychologique et social	**Produit 3.2.1 :** d'ici 2022, 60% des PVVIH dans le besoin bénéficient d'un accompagnement psychosocial
	Produit 3.2.2 : d'ici 2022, 60% des PVVIH indigents bénéficient d'un accompagnement socio-économique
	Produit 3.2.3 : d'ici 2022, 60% des OEV identifiés reçoivent le paquet minimum de services adaptés à leurs besoins suivant les normes en vigueur

*** Gestion des approvisionnements / stocks, coordination, suivi-évaluation, gouvernance de la riposte au VIH**

Tableau 8 : Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet gestion des approvisionnements/ stocks, coordination, suivi-évaluation, gouvernance de la riposte au VIH

Effets	Produits
Effet 4.1 : la coordination et le leadership de la réponse nationale au VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé d'ici 2022	**Produit 4.1.1 :** d'ici 2022, 100% des organes de coordination de la riposte aux niveaux national et régional sont fonctionnels et la multisectorialité est renforcée
	Produit 4.1.2 : d'ici 2022, 100% des grandes villes ciblées sont mobilisées à travers les collectivités territoriales (Communautés urbaines et les Mairies) pour la lutte contre le VIH
	Produit 4.1. 3 : d'ici 2022, 100% des secteurs mettent en œuvre des plans opérationnels en cohérence avec le PSN
	Produit 4.1.4 : d'ici 2022, 100% des programmes de coopération bi et multilatéraux sont alignés aux orientations du PSN
Effet 4.2 : toutes les ressources financières nécessaires sont mobilisées et utilisées de façon efficiente	**Produits 4.2.1:** d'ici 2022, 100% des ressources internes et externes requises pour la mise en œuvre du PSN sont mobilisées prenant en compte la transition et la durabilité des financements
	Produit 4.2.2 : D'ici 2022, un système de gestion des risques programmatiques et financiers est mis en place et est opérationnel
Effet 4. 3 : la contribution du système communautaire dans la riposte atteint 30% sur le plan stratégique et opérationnel	**Produit 4.3.1 :** d'ici 2022, la fonctionnalité du cadre de coordination du système communautaire progresse de 50%
	Produit 4.3.2 : d'ici 2022, le cadre de partenariat et le système de contractualisation entre les institutions gouvernementales et les ONG sont établis

*** Quality of life of people affected and infected by HIV;**

Table 9 : Outcome and output product result chain for the quality of life component of HIV affected and infected persons

Out come	Outputs
Outcome 3.1: By 2022, Stigma and discrimination of PLHIV, key and vulnerable populations are reduced by half	**Output 3.1.1:** By 2022, 90% of secondary target persons (health workers, magistrates, police officers) receive an appropriate package of services to reduce the discrimination against PLHIV and vulnerable populations
	Output 3.1.2: By 2022, PLHIV receive human rights protection services
	Output 3.1.3: By 2022, the social and legal environment protects PLHIV and vulnerable populations from discrimination
Outcome 3.2: By 2022, 60% of HIV infected and affected people receive the psychological and social support package	**Output 3.2.1:** By 2022, 60% of needy PLHIV receive psychosocial support,
	Output 3.2.2: By 2022, 60% of needy PLHIV receive socioeconomic support
	Output 3.2.3: By 2022, identified OVCs receive the minimum package of services tailored to their needs according to existing standards

*** Supply / Stock Management, Coordination, Monitoring and Evaluation, HIV Response Governance**

Table 10 : Outcome and Output Chain for the supply / stock management component, and coordination, monitoring and evaluation, HIV response governance

Outcome	Outputs
Outcome 4.1: By 2022, coordination and leadership of the national response to HIV is effectively ensured at central and decentralized levels	**Output 4.1.1:** By 2022, 100% of coordination bodies of HIV response are operational at national and regional levels and the multi-sector approach is strengthened
	Output 4.1.2: By 2022, 100% of the major cities targeted are mobilized for the HIV response through local authorities (City councils and municipal councils)
	Output 4.1. 3. By 2022, 100% of all sectors implement operational plans consistent with the NSP
	Output 4.1.4 By 2022, 100% of bilateral and multilateral cooperation programmes are in line with NSP guidelines.
Outcome 4.2: By 2022, all necessary financial resources are mobilized and used efficiently	**Output 4.2.1:** By 2022, 100% of internal and external resources required for implementing the NSP are mobilized, taking into account the transition and sustainability of funding
	Output 4.2.2: By 2022, a programmatic and financial risk management system is established and functional
Outcome 4. 3: By 2022, the contribution of the community system in the HIV response reaches 30% at strategic and operational levels	**Output 4.3.1:** By 2022, the functionality of the Community Coordinating System increases by 50%
	Output 4.3.2: By 2022, the partnership framework and the contracing system between government institutions and NGOs are established

Effets	Produits
Effet 4.4 : les informations stratégiques de qualité sur les IST et le VIH sont produites et utilisées pour la prise de décision	**Produit 4.4.1 :** d'ici 2022, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) sur les IST/VIH/sida est opérationnel et efficace
	Produit 4.4 2 : d'ici 2022, un agenda de recherche national en matière d'IST/VIH/sida est développé et mis en œuvre
	Produit 4.4.3 : d'ici 2022, le partenariat entre les parties prenantes dans la production et l'utilisation de l'information stratégique de qualité sur le VIH est renforcé
Effet 4.5 : d'ici 2022, un système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments et intrants de laboratoire est assuré	**Produit 4.5.1 :** d'ici 2022, 100% des établissements offrant les services de prévention, soins et traitements du VIH sont dotés de médicaments et autres produits de santé de qualité en quantité suffisante
	Produit 4.5.2 : d'ici 2022, 100% des médicaments et intrants traceurs pour les actions de prévention et de prise en charge du VIH sont stockés selon les bonnes pratiques de stockage
	Produit 4.5.3 : d'ici 2022, les informations logistiques de qualité sur la gestion des ARVs et autres commodités VIH (tests rapides, réactifs charge virale, isoniazide et cotrimoxazole, condoms) sont produites et utilisées pour la prise des décisions et l'amélioration de la performance de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux
	Produit 4.5.4 : d'ici 2022, la coordination et le leadership de la chaîne d'approvisionnement VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé
	Produit 4.5.5 : d'ici 2022, les ressources humaines de qualité pour la chaîne d'approvisionnement sont disponibles à tous les niveaux

Outcome	Outputs
Outcome 4.4: By 2022, quality strategic information on STIs and HIV is produced and used for decision-making	**Output 4.4.1:** By 2022, the National Health Information System (NHIS) on STIs / HIV / AIDS is functional and effective
	Output 4.4.2: By 2022, a national research agenda on STI / HIV / AIDS is developed and implemented
	Output 4.4.3: By 2022, partnership among stakeholders in the production and use of quality HIV strategic information is strengthened
Outcome 4.5: By 2022, an effective supply and management system of drugs and laboratory commodities is assured	**Output 4.5.1:** By 2022, 100% of institutions providing HIV prevention, care and treatment services are provided with medicines and other quality health products in sufficient quantity
	Output 4.5.2: By 2022, 100% of medicines and tracer commodities for HIV prevention and care are stocked according to good storage practices
	Output 4.5.3: By 2022, quality logistical information on the management of ARVs and other HIV commodities (rapid tests, viral load reagents, Isoniazid Cotrimoxazole and condoms) is produced and used for decision-making and the improvement of the performance of the supply chain at all levels
	Output 4.5.4: By 2022, coordination and leadership of the HIV supply chain is efficiently in place at central and decentralized levels
	Output 4.5.5: By 2022, quality human resources for the supply chain are available at all levels

3.5 Description des résultats d'impact, d'effets et des stratégies du PSN 2018-2022

3.5.1 Résultat impact 1 : d'ici 2022, les nouvelles infections sont réduites de 60%

Accélérer la prévention est une option stratégique de haute importance au Cameroun, au regard du nombre encore élevé des nouvelles infections. Ce résultat d'impact vise la réduction de 60% des nouvelles infections et se décline par six résultats d'effets qui permettront la mise en œuvre simultanée et à l'échelle nationale d'interventions adaptées au contexte géographique et social des populations cibles. Il s'agit en effet de focaliser les interventions sur les zones géographiques et les populations à risque élevé. Ce résultat d'impact est lié aux stratégies suivantes :

i. la mise en œuvre du paquet de prévention combinée ou adapté aux populations clés et celles en contexte de vulnérabilité à travers le développement des interventions de proximité;

ii. le renforcement des connaissances des enfants et des compétences des adolescents, jeunes, et femmes vulnérables pour se protéger du VIH ;

iii. l'extension du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant pour l'élimination des infections chez les enfants en 2022 ;

iv. la poursuite de la prévention et la prise en charge des AES ainsi que des IST ;

v. la mise en place d'un groupe national de prévention afin d'assurer la coordination de ces diverses interventions.

3.5.1.1 Effet 1.1 : d'ici 2022, 80% des enfants, adolescent(e)s et jeunes de 04 à 24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH

L'analyse de la situation épidémiologique du VIH au Cameroun a montré que les adolescentes et les adolescents de 10 à 24 ans cumulent des facteurs de risque et de vulnérabilité qui nécessitent le renforcement de la dynamique de prévention. Par ailleurs, les enfants de 4 à 9 ans, futurs jeunes et adolescents, doivent aussi faire l'objet d'attention au travers de l'amélioration des connaissances de base sur le VIH visant à terme l'adoption de comportements à moindre risque. Les enfants et jeunes de 0 à 24 ans représentent 62,5% de la population totale en 2015. Malgré la prévalence faible dans cette population, les jeunes restent soumis à un environnement socio-économique qui continue à les exposer au VIH et aux IST.

Il s'agira de développer des approches privilégiant l'acquisition de compétences de vie qui permettent aux adolescents(es) et jeunes d'adopter des comportements à moindre risque. La mise en œuvre d'approches différenciées pour les interventions auprès des adolescents(es) et des jeunes seront adaptées aux différentes tranches d'âge. Le développement des interventions de proximité pour toucher les jeunes en contexte de vulnérabilité ou plus exposés aux risques d'infection par le VIH, implique la mise en œuvre des stratégies suivantes :

i. l'intégration de la question de négociation de rapports sexuels sécurisés dans toutes les composantes du programme de CCC, en prenant en compte le genre dans les messages de prévention ;

ii. l'intégration des thématiques du VIH, de la santé sexuelle et reproductive, des violences basées sur le genre, des IST dans le curricula de formation du système scolaire, ainsi que dans le curricula des maitres enseignants ;

iii. la sensibilisation et l'orientation vers les services de prévention et de prise en charge adapté à cette cible ;

3.5 Description of the Impact, Outcomes and Strategies of the 2018-2022 NSP Outcome

3.5.1 Impact 1: By 2022, new infections are reduced by 60%

Rapid scale up of HIV prevention is a strategic option of great importance in Cameroon, given the high number of new infections. This impact aims to reduce new infections by 60% and has six outcomes that will allow the simultaneous and nationwide implementation of interventions that are adapted to the geographical and social context of the target populations. The aim is to focus interventions on high-risk populations and geographical areas. This impact is related to the following strategies:

i. implementing the prevention package that is combined or adapted to key populations and those in a vulnerable context through the development of local interventions;

ii. strengthening children's knowledge and skills of adolescents, young people, and vulnerable women to protect themselves from HIV;

iii. extending the prevention of mother-to-child transmission of HIV programme for the elimination of infections in children by 2022;

iv. pursuing prevention and management of AEB and STIs;

v. establishing a national prevention group to ensure the coordination of those various interventions.

3.5.1.1 Outcome 1.1: By 2022, 80% of children and adolescents aged 4 to 24 have adequate skills to protect themselves from HIV

The analysis of the epidemiological situation of HIV in Cameroon shows that adolescents aged between 10 and 24 years present risk and vulnerability factors that require the strengthening of the prevention dynamic. Moreover, children from 4 to 9 years, (future youths and adolescents), also need attention through the improvement of basic knowledge about HIV, ultimately aiming at the adoption of safer behaviours. Children and young people aged 0 to 24 represented 62.5% of the total population in 2015. Despite the low prevalence in this population, young people remain subject to a socio-economic environment that continues to expose them to HIV and STIs.

The aim is to develop approaches that focus on the acquisition of life skills that enable adolescents and youths to adopt low-risk behaviours. Implementing differentiated approaches for interventions among adolescents and youths will be adapted to different age groups. In developing local interventions to reach youths in contexts of vulnerability or at high risk of HIV infection, the following strategies need to be implemented:

i. Incorporation of the issue of safe sex negotiation into all components of the CBC programme, taking into account the norms of gender in prevention messages;

ii. Introduction of topics on HIV, sexual and reproductive health, gender gased violence and STIs into the curricula of schools and teachers training colleges;

iii. sensitization and referral to appropriate prevention and care services,

iv. l'éducation non formelle par leurs pairs;

v. le renforcement de la lutte contre les IST, y compris les conseils de prévention et de prise en charge des IST et VIH dans les Centres multifonctionnels de promotion de la jeunesse, ainsi que des Clubs amis des jeunes et centres conviviaux du MINJEC, constitué de jeunes encadreurs appartenant à la même cible ;

vi. le renforcement du marketing social du préservatif, y compris la formation sur les techniques de négociation pour des rapports protégés ;

vii. la promotion du dépistage du VIH.

Il s'agira de privilégier entre autres moyens la communication via les nouvelles technologies d'information adaptées pour les adolescents(es) et des jeunes, ainsi que la participation des réseaux de jeunes à tous les niveaux dans la mise en œuvre des programmes.

3.5.1.2. *Effet 1.2 : d'ici 2022, 90% des populations clés utilisent le paquet de services de prévention combinée*

L'approche combinée de prévention, retenue pour les populations clés vise le développement d'un paquet de services complet et cohérent permettant d'atteindre les changements de comportement individuel et collectif et donc, la réduction des nouvelles infections au demeurant très élevée parmi ces populations. Il s'agira de mener un ensemble d'intervention pour lever les obstacles aux changements de comportements de chacun et de tous, d'améliorer les compétences et d'offrir un paquet de services biomédicaux. L'accent sera particulièrement mis sur les populations clés les plus exposées. Il s'agit chez les TS de celles qui exercent dans la clandestinité, et celles qui sont nouvelles dans la profession. Chez les HSH, plus d'attention sera donnée aux jeunes HSH, aux HSH pratiquant la bisexualité.

L'offre du paquet complet de services qui sera proposée aux populations clés s'articule et se complète. Elle inclut :

- la communication pour le changement de comportement à travers les TIC et l'action d'éducation par les pairs pour augmenter les capacités de négociation et d'utilisation du préservatif ;
- l'accès aux préservatifs et au gel lubrifiant à travers la mise en place de pôles stratégiques de distribution, articulée à une formation sur leur utilisation ;
- la prévention et la prise en charge des IST ;
- le dépistage et conseil du VIH pour la connaissance du statut sérologique particulièrement à travers les interventions de proximité telles que le contact-tracing et family-based testing, l'auto-dépistage dans un contexte d'évaluation ;
- la mise en place sous forme évaluative des stratégies d'interventions biomédicales telles que la prophylaxie pré-exposition (PrEp) pour les plus exposés au risque;
- l'accompagnement psychosocial pour une plus grande estime de soi et une réduction de risque à travers la contribution des pairs éducateurs et des accompagnateurs psychosociaux ;
- l'accès aux soins et aux services de santé sexuelle et reproductive ;
- la lutte contre la discrimination et l'orientation vers les structures de soins ;
- la protection des droits humains ;

iv. non-formal peer education

v. strengthening the fight against STIs, including STIs and HIV prevention and care counselling in the youth empowerment multi-purpose centres as well as MINJEC youth-friendly clubs and centres, made up of young mentors within the same target

vi. strengthening social marketing for condoms, including training on negotiation skills for protected sex;

vii. Promoting HIV testing;

Various means will include communication via new information technologies adapted to adolescents and youths people, as well as the participation of youth networks at all levels in the implementation of programmes;

3.5.1.2. *Outcome 1.2: By 2022, 90% of key populations use the combined prevention service package*

The combined prevention approach, chosen from key populations, aims to develop a comprehensive and coherent package of services to achieve changes in individual and collective behaviour thus reduce new infections, which are still very high among these populations. It will involve conducting a set of interventions to remove barriers to behaviour change for everyone, improve skills and offer a package of biomedical services. Emphasis will be laid especially on the most-at-risk key populations. These include FSWs operating clandestinely and newcomers in the profession. As for MSM, attention will be paid to young MSM as well as bisexuals.

The comprehensive package of services that will be offered to key populations includes:

- communication for behaviour change through ICTs and peer education to strengthen the skills for negotiation and use of condoms,
- access to condoms and lubricating gel through the establishment of strategic distribution centres, coupled with training on their use,
- prevention and management of STIs;
- HIV testing and counselling for knowledge on the HIV status, particularly through local interventions such as contact-tracing and family-based testing, self-testing within the context of evaluation,
- evaluative implementation of biomedical intervention strategies such as pre-exposure prophylaxis (PrEP) for those at a high risk of exposure to HIV,
- psychosocial support of MSM, SWs and IDUs for greater self-esteem and risk reduction through the contribution of peer educators and psychosocial workers,
- access to sexual and reproductive health care and services,
- fight against discrimination and referral to healthcare facilities,
- Protection of human rights,
- study on the size and mapping of DUs, the epidemiological situation, the behaviour and the vulne-

- une étude sur la taille et la cartographie des UD, la situation épidémiologique, le comportement et les vulnérabilités dans cette cible, en lien avec le VIH ;
- la mise en place d'un programme pilote de réduction des risques (RdR) pour les usagers de drogues, inclut la prévention et le traitement des IST et du VIH.

Les interventions seront mises en œuvre par les acteurs communautaires et associatifs ainsi que par des professionnels de santé formés, au sein des structures équipées et approvisionnées en médicaments et en kits de dépistage.

Afin que 90% des PS et des HSH aient accès au paquet complet de services de prévention combinée dans tous les sites, il est prévu l'actualisation des cartographies des sites de rencontres ou d'activités (« hotspots ») pour les interventions (approche population et location). Les interventions seront développées à partir des informations stratégiques de mapping ainsi que le recours et l'utilisation du web et des réseaux sociaux pour la mobilisation, la sensibilisation et la promotion des services dans le cadre des centres de santé communautaire « drop-in centres ». En parallèle à ce dispositif communautaire, les capacités des professionnels de santé des établissements de soins dans les sites de vulnérabilité seront renforcées pour fournir des services biomédicaux adaptés (prise en charge des IST, dépistage VIH et syphilis, préservatifs, PEP, orientation vers les structures de prise en charge …).

S'agissant des populations carcérales, en dépit du contexte de détention, il s'agit d'offrir un accès aux services à 90% des détenus dans tous les sites de détention. Il s'agit donc, d'offrir le paquet de services, adapté au contexte de détention, à savoir :

- la communication pour le changement de comportement à travers l'action d'éducation par les pairs;
- la prévention et la prise en charge des IST ;
- le dépistage du VIH et conseil pour la connaissance du statut sérologique ;
- la prophylaxie post-exposition et le traitement pour tous ;
- l'accompagnement psychosocial pour une plus grande estime de soi et une réduction de risque à travers la contribution des pairs éducateurs ;
- l'accès aux soins et aux services de santé sexuelle et reproductive ;
- l'orientation vers les structures de soins ;
- la protection des droits humains.

3.5.1.3 *Effet 1.3 : d'ici 2022, 90% des populations en contexte de vulnérabilité utilisent le paquet de services de prévention*

L'étude des modes de transmission (MoT), a montré en 2013 que la majorité des nouvelles infections surviennent chez les couples hétérosexuels « stables ». L'EDS-MICS 2011 a aussi montré qu'il y'avait 5,9% de couples séro-différents, ce qui traduit un risque continu de transmission dans les couples « stables ».
Par ailleurs, l'analyse de la situation de l'épidémie de VIH au Cameroun a permis d'identifier diverses populations en contexte de vulnérabilité et divers facteurs de risque. Il s'agit de personnes en situation de mobilité géographique, travailleurs des grands pôles économiques, les réfugiés, les populations autochtones (pygmées et Mbororo) …
Il s'agira de mettre en œuvre les stratégies suivantes :

rabilities in this target, related to HIV,

- establishment of a pilot risk reduction programme (RRP) for drug users, including the prevention and treatment of STIs and HIV.

Interventions will be implemented by communities and associations as well as by health professionals trained and in facilities equipped and supplied with drugs and screening kits.

In order to ensure that 90% of SWs and MSM have access to the comprehensive package of combined prevention services in all sites, there are plans to update the mapping of meeting or activity sites (”hotspots”) for interventions (population and location approach). Interventions will be developed based on strategic mapping information as well as the resort to and use of the web and social networks for the mobilization, awareness and promotion of services, within the framework of community health centres “drop-in centres». Alongside this community-based mechanism, the capacities of healthcare professionals in health facilities in vulnerable sites will be strengthened to provide appropriate biomedical services (STI treatment, HIV and syphilis screening, condoms, PEP, referral to care facilities ...).

With regard to prison the populations, despite their confinement, access to services will be provided to 90% of them in all detention sites.
This package of services will be adapted to their context, and will include:

- behaviour change communication through peer education,
- prevention and management of STIs,
- HIV testing and counselling for awareness on HIV status,
- post-exposure prophylaxis and treatment for all,
- psychosocial support for greater self-esteem and risk reduction through the contribution of peer educators,
- access to sexual and reproductive healthcare and services,
- referral to health care facilities,
- Protection of human rights.

3.5.1.3 *Outcome 1.3: By 2022, 90% of vulnerable populations use the prevention service package*

The 2013 study of MoT, in showed that the majority of new infections occur in "stable" heterosexual couples. ». The 2011 DHS-MICS also showed a 5.9% sero-discordant couple, and this reflects a continuous risk of transmission in “stable” couples.

Moreover, the situational analysis of the HIV epidemic in Cameroon identified various vulnerable populations and various risk factors. These are people in a situation of geographical mobility, workers in major economic hubs truck drivers, uniformed personnel as well as women in vulnerable situations, people with disabilities, refugees, indigenous populations (pygmies and Mbororos) ...
The following strategies will be implemented:

• l'information et la communication ciblées en direction des couples et des autres populations en contexte de vulnérabilité pour encourager la communication sur les questions du VIH, les techniques de négociation de sexe entre les conjoints discordants et avec les partenaires occasionnels ;
• le passage à l'échelle du dépistage et conseil particulièrement à travers les interventions de proximité telles que le contact-tracing et family-based testing ;
• l'accès aux préservatifs à travers la mise en place de pôles stratégiques de distribution dans les services de santé, les organisations de la société civile et à proximité des lieux de rencontres et d'activités sexuelles, articulée à une formation sur leur utilisation,
• la mise en œuvre des stratégies de communication à travers les médias, avec une adaptation des messages ainsi qu'une forte implication des religieux avec l'approche basée sur la foi.

Afin d'adapter les interventions et de les focaliser sur les zones géographiques pertinentes, la cartographie des principaux sites de vulnérabilité sera réalisée en vue de les répertorier au préalable pour planifier les interventions de prévention (zones d'activités économiques, sites de stationnement des camionneurs, casernes, sites de réfugiés …). L'offre de service sera promue dans les centres de santé en partenariat avec les associations communautaires et sur les lieux de regroupement de ces populations. De même, l'accent sera mis sur le renforcement du partenariat avec les centres de santé du MINSANTE, les ONG et le secteur privé pour la fourniture de services adaptés.

3.5.1.4 *Effet 1.4 : d'ici 2022, 80 % les personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES) ou violence sexuelle bénéficient d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE) au VIH*

Au Cameroun, aucun cas de transmission du VIH par le biais de la transfusion sanguine n'a été documenté dans les banques de sang ces 4 dernières années. L'innocuité transfusionnelle est assurée depuis la mise en place du Programme National de Lutte contre le Sida et récemment avec le Programme National de Transfusion Sanguine. Cet acquis sera renforcé.

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

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

• specific information and communication targeting couples and other vulnerable populations to encourage communication on issues of HIV, sex negotiation techniques between discordant couples and occasional partners,

• scaling up testing and counselling especially through local interventions such as contact-tracing and family-based testing,

• access to condoms through the establishment of strategic distribution centres in health services, civil society organizations and in places close to sexual encounters and activities, coupled with training on their usage,

• implementation of the communication strategy through the media, with an adaptation of the messages as well as a strong implication of religious authorities with the faith-based approach.

In order to adapt and focus the interventions on the relevant geographical areas, the mapping of the main sites of vulnerability will be listed beforehand to plan prevention interventions (economic activity zones, truckers' parking sites, barracks, refugee sites etc). Delivery of appropriate services will be encouraged in health centres and in partnership with community associations as well as at these populations' meeting points. Similarly, emphasis will be placed on strengthening partnership with MINSANTE health centres, NGOs and the private sector for delivery of appropriate services.

3.5.1.4 *Outcome 1.4: By 2022, 80% of victims of accidental exposure to blood and body fluids (AEB) or sexual violence receive care and treatment including HIV Post Exposure Prophylaxis (PEP)*

In Cameroon, no case of HIV transmission through blood transfusion has been documented in blood banks over the last 4 years. Transfusion safety has been guaranteed with the establishment of the National AIDS Control Programme and recently with the National Blood Transfusion Programme. This achievement will be consolidated.

Nevertheless, victims of AEB and sexual violence as well as service providers in contact with these victims rarely report such cases in hospital services.

To achieve these results, the following strategies will be implemented:

• Updating the national protocol for the management of AEB and sexual violence;

• Strengthening communication on the prevention of the risks of transmission with providers in care practice sites through information, sensitization and training for behaviour change;

• Strengthening communication with the populations in order to benefit from the national system services;

• Strengthening the reporting system for AEB and sexual violence in hospitals in order to ensure immediate referral to post-exposure prophylaxis;

• Strengthening HIV protection measures at the workplace to eliminate the transmission of the infection in the healthcare setting;

• Strengthening collaboration between ART sites and social welfare centres to manage sexual violence;

la disponibilité des kits de prophylaxie dans tous les sites de dispensation des ARV et la formation des prestataires ;

• l'amélioration de l'hygiène et de la gestion des déchets biomédicaux et infectieux en milieux de soins hospitaliers et/ou communautaires à travers le renforcement des capacités des agents de santé.

3.5.1.5 *Effet 1.5 : d'ici 2022, la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant est réduite à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois*

L'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME) au Cameroun est considérée comme une priorité nationale qui vise « zéro nouvelle infection » (taux résiduel < 2% à 6 semaines et < 5% à 18 mois) chez les enfants nés des mères séropositives d'ici 2022. Les stratégies à mettre en œuvre sont :

• le renforcement de la communication à travers des messages et outils d'information adaptés pour les prestataires des secteurs public, privé et communautaire ;

• le développement des stratégies de communication et de plaidoyer adaptées aux contextes régionaux pour l'implication des conjoints/partenaires des femmes enceintes afin de leur offrir le dépistage et le conseil du VIH ;

• le renforcement de l'implication de l'action communautaire dans la mobilisation / sensibilisation des femmes enceintes pour la consultation prénatale et l'offre de service de PTME au travers de leurs pairs, des leaders religieux, des agents de santé communautaires et des familles ;

• la mise en place d'un système solide et fonctionnel de référence et de contre-référence entre les intervenants communautaires, les centres de santé et les maternités avec des outils opérationnels pour le suivi et l'évaluation ;

• le renforcement des capacités en services de qualité PTME et des prestataires de services ainsi que l'intégration de la PTME dans les services de santé de la reproduction ;

• le renforcement de l'offre systématique de test de dépistage VIH à toutes les consultations prénatales, y compris la décentralisation du test au niveau de tous les postes de santé intégrant la CPN. Un accent particulier sera mis dans les zones d'épidémie ;

• le renforcement de la prise en charge des femmes enceintes et allaitantes, des enfants exposés à travers la mise en œuvre des directives de l'Option B+ ;

• le renforcement de la disponibilité des ARV et du cotrimoxazole pour les femmes enceintes et allaitantes séropositives ;

• la promotion de l'utilisation continue des services PTME par les femmes enceintes/allaitantes séropositives à travers des solutions innovantes utilisant les TIC pour l'amélioration de la rétention en soins ainsi que la recherche active des irréguliers et perdues de vue ;

• la promotion de l'accouchement assisté par un prestataire qualifié ;

• l'amélioration de l'accueil des enfants exposés en salle d'accouchement et de leur suivi par le renforcement des capacités des prestataires à l'offre systématique du paquet complet des services à ces enfants pendant toute la période de leur suivi;

• les recherches opérationnelles pour accompagner, évaluer et améliorer constamment la mise en œuvre du plan d'élimination de la TME.

L'intégration de ces interventions à haut impact dans le paquet minimum d'activités (PMA) de la SMI/PF permettra à toutes les femmes en âge de procréer qui fréquentent ces services de bénéficier de la prévention, le dépistage du VIH et la PTME.

• Strengthening the management of AEB in healthcare settings through the availability of post-exposure prophylaxis kits in all ARTsites and training of healthcare providers;

• Improving the hygiene and management of biomedical waste in hospital and / or community care environments through capacity building of health workers.

3.5.1.5 *Outcome 1.5: By 2022, Mother-to-Child transmission of HIV is reduced to less than 2% at 6 weeks and less than 5% at 18 months*

Eliminating Mother - to- Child Transmission (eMCT) of HIV in Cameroon is considered a national priority for "zero new infections" (residual rate <2% at 6 weeks and < 5% at 18 months) in children born from HIV-positive mothers by 2022. The strategies to be implemented are as follows:

• Strengthening communication through appropriate messages and information tools for public, private and community sector providers;

• Developing communication and advocacy strategies adapted to regional contexts for the involvement of spouses / partners of pregnant women in order to offer them HIV testing and counselling;

• Strengthening the involvement of community action in mobilizing/sensitizing pregnant women for antenatal consultation and PMTCT service delivery through their peers, religious leaders, community health workers and families;

• Establishing a solid and functional referral and counter referral system between community workers, health centres and maternity hospitals with operational tools for monitoring and evaluation;

• Capacity building in quality PMTCT services and service providers as well as the integration of PMTCT into reproductive health services;

• Strengthening systematic HIV testing at all antenatal consultations, including the decentralization of testing at all health posts including ANC with special emphasis on epidemic areas;

• Strengthening the care of pregnant and breastfeeding mothers and exposed children through the implementation of Option B + guidelines;

• Strengthening the availability of ARVs and cotrimoxazole for HIV-positive pregnant and breastfeeding mothers;

• Promoting the continuous use of PMTCT services by HIV-positive pregnant / and breastfeeding mothers through innovative solutions using ICTs to improve retention in care and the active search for missed appointments or lost to follow-up;

• Promoting skilled healthcare provider-assisted deliveries.

• Improving the care of HIV- exposed children in the delivery room and during follow-up by building the capacities of service providers to systematically offer a comprehensive package of services to such children with appropriate documentation of all activities conducted as well as HIV status at the end of the follow-up period,

• Carrying out operational research to accompany, evaluate and constantly improve the implementation of the eMTCT plan,

Integrating these high-impact interventions into the minimum package of activities (MPA) of the MCH/FP will enable all women of childbearing age attending these services to benefit from HIV testing, prevention, and PMTCT.

3.5.1.6 *Effet 1.6 : d'ici 2022, 80% des personnes présentant des signes d'IST ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge*

La prophylaxie et la prise en charge des IST sont assurées dans les FOSA, les structures communautaires (ONG) qui reçoivent les personnes qui consultent pour une IST. Les algorithmes de prise en charge préconisent un examen systématique, le traitement syndromique des IST, la promotion du préservatif comme moyen de prévention et le conseil et test de dépistage du VIH. L'approche syndromique de prise en charge des IST est renforcée pour la population générale dans toutes les structures de santé publique et parapublique. Le dépistage sérologique de la syphilis est intégré dans le bilan de la CPN chez les femmes enceintes. Des services de prise en charge des IST/VIH chez les HSH et les TS sont intégrés dans les services de santé au niveau des régions. Toutes ces stratégies seront accompagnées par un approvisionnement régulier en médicaments, réactifs et produits médicaux spécifiques aux populations clés. Par ailleurs, il s'agira de mettre en œuvre les stratégies ci-après :

- l'actualisation des protocoles de prise en charge IST selon les recommandations de l'OMS incluant la formation des prestataires de soins au niveau public, privé et communautaire ;
- l'intégration du dépistage par test rapide et la prise en charge de la syphilis dans le paquet de services pour les TS, HSH et autres groupes vulnérables ;
- le renforcement de l'implication des organisations communautaires dans la référence et la contre-référence des cas d'IST.

3.5.2 Résultat d'impact 2 : d'ici 2022, la mortalité liée au VIH est réduite de 70%

Le Cameroun s'est doté d'un plan d'accélération de la réponse au VIH et au Sida de 2017 à 2019. C'est dans le cadre de ce plan que le pays chemine vers les objectifs intermédiaires 90.90.90 d'ici 2020 soit :

1) 90% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique pour le VIH ;

2) 90% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral ;

3) 90% des PVVIH adultes, adolescents et enfants traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois.

Le résultat d'impact 2, consistant à réduire la mortalité de 70% d'ici 2022 s'inscrit dans cette perspective et sera atteint grâce à la réalisation des 04 effets et produits ci-dessous :

3.5.2.1 Effet 2.1 : d'ici 2022, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique pour le VIH

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

- renforçant la décentralisation des tests VIH au niveau des centres de santé et communautaires en intégrant le CDIP dans les structures de santé privée, publique et confessionnel ;
- renforçant la proposition du dépistage systématique dans toutes les portes d'entrée des formations sanitaires, y compris les banques de sang, à l'endroit de la population générale particulièrement les jeunes âgés de 15-24 ans, les femmes enceintes, les enfants exposés, les patients atteints de tuberculose, d'IST, les PVVIH et leurs partenaires (partenaires sexuels ou conjoints) en utilisant entre autres les

3.5.1.6 Outcome 1.6: By 2022, 80% of people with signs of STIs use prevention and care services for their treatment

Prophylaxis and management of STIs are provided in HFs, community-based organizations(NGOs) that receive people who consult for an STI. Treatment algorithms recommend a systematic clinical assessment, syndromic treatment of STIs, promotion of condom use as a means of prevention and HIV testing and counseling. The syndromic approach to the management of STIs is strengthened for the general population in all public and semi-public health facilities. Serological screening for syphilis is integrated into the ANC laboratory investigation of pregnant women.

STI / HIV care and treatment services for MSM and sex workers are integrated into health services at the regional level. All these strategies will be accompanied by a regular supply of medicines, reagents and specific medical commodities for key populations.

This will involves implementing the following strategies:

- Updating STI management protocols according to WHO recommendations including training of health care providers at the public, private and community levels;
- Integrating syphilis rapid test screening and management into the package of services for FSWs, MSM and other vulnerable groups;
- Strengthening the involvement of community organizations in the referral and counter referral of STI cases.

3.5.2 Impact 2: By 2022, HIV-related mortality is reduced by 70%

Cameroon has adopted a plan to accelerate the response to HIV and AIDS from 2017 to 2019.

It is within the framework of this plan that the country is moving towards the 90.90.90 intermediate objectives by 2020:

1) 90% of PLHIV adults, adolescents and children living with HIV know their HIV status;

2) 90% of PLHIV adults, adolescents and children with diagnosed HIV infection receive antiretroviral therapy;

3) 90% of PLHIV (adults, adolescents and children receiving ART have viral suppression at 12 months

Impact 2, which consists in reducing mortality by 70% by 2022, is consistent with this perspective and will be reached through the achievement of the following four outcomes and output

3.5.2.1 Outcome 2.1: By 2022, 92% of PLHIV adults, adolescents and children living with HIV know their HIV status

This outcome will be achieved through the implementation of an expanded coverage of HIV testing and counselling by:

- strengthening the decentralization of HIV tests at the level of health and community centres by integrating the PITC into private, public and religious health facilities,
- strengthening routine PITC at all health facility point of entry, including blood banks, for the general population, particularly youths aged 15-24, pregnant women, HIV exposed children, patients with Tuberculosis, STIs, PLHIV and their partners (sexual partner or spouses) using, new technologies such as integrated PCR / Viral load POC etc.;
- improving the quality of testing and counselling services in hospitals and communities;

nouvelles technologies telles que le recours aux POC intégrés PcR/charge virale ;

• renforçant la qualité des services de dépistage conseil en milieu hospitalier et communautaire ;

• renforçant la promotion du conseil et dépistage du VIH auprès des adolescentes, des jeunes filles et des femmes âgées de 15-49 ans en milieu communautaire, y compris les centres d'écoute et de conseil des jeunes par des agents communautaires et de santé formés ;

• renforçant le dépistage en couple et selon l'approche famille à partir d'un sujet index (partenaire sexuel et enfants de sujet index, parents (père et mère) et fratries des enfants index)) ;

• renforçant les capacités des pairs éducateurs et conseillers communautaires pour le conseil et dépistage des populations clés ;

• renforçant la mobilisation des populations clés suivie du dépistage par les pairs éducateurs et les conseillers communautaires ;

• renforçant l'approvisionnement régulier en réactifs et consommables pour les services de CDV.

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

3.5.2.2 Effet 2.2 : d'ici 2022, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral

Le Cameroun a opté pour la stratégie TasP chez les couples séro- différents, ainsi que la stratégie ***« Test and treat »*** au niveau national. Il s'agit de proposer le traitement ARV immédiatement après l'établissement du diagnostic positif et sans tenir compte du niveau de CD4. C'est la principale orientation du dispositif « Traitement pour Tous[1] ». Il s'agit d'orienter et/ou d'accompagner (linkage) le plus tôt possible les personnes nouvellement dépistées VIH+ ainsi que les patients identifiés en pré-TARV à intégrer les services de soins et traitement du VIH. Toutes les opportunités doivent être utilisées pour la mise précoce des patients sous traitement ARV, aussi bien pour ceux dépistés en communauté que pour ceux dans les formations sanitaires (FOSA).

La mise sous traitement ARV se fera selon le principe de la décentralisation et de la délégation des tâches par le tutorat. Toutes les formations sanitaires offrant le dépistage du VIH offriront également les services de traitement ARV. Le suivi des patients sous TARV sera fait selon l'approche des soins différenciés, étant entendu que le personnel ait été formé à la prise en charge par les ARV.

Cette prise en charge sera mise en œuvre par une équipe multidisciplinaire constituée de personnels soignant formés à la PEC du VIH (médecins, paramédicaux, techniciens labos, pharmaciens, commis de pharmacie), les personnels dans les organisations à base communautaire, les agents de santé communautaire, les APS et les patients VIH experts. Ainsi, le lien (linkage) entre les services de dépistage et de prise en charge est assuré pour éviter les perdus de vue parmi les PVVIH nouvellement dépistées (amélioration de la cascade), par le renforcement de l'orientation avec un système d'accompagnement. Cette prise en charge prendra également en compte la recherche active des patients dépistés VIH positifs et non encore enrôlés au TARV.

Afin d'accroitre les capacités des formations sanitaires dans l'accomplissement de leurs tâches au regard de l'augmentation de la demande de soins, la délégation des tâches est mise en œuvre sur tout le territoire.

Les stratégies pour atteindre les objectifs sont les suivantes :

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

• stepping up the promotion of HIV testing and counseling for adolescent girls, young girls and women aged 15-49 in community settings, including youth friendly centres by trained community health workers;
• reinforcing couple- and family-based screening from an index case (Sex partner and and children of index case, Parents (father and mother) and siblings of index children);
• building the capacity of peer educators and community counsellors for testing and counseling key populations;
• reinforcing the mobilization of key populations followed by HIV testing by peer educators and community counsellors;
• Strengthening the regular supply of reagents and other commodities for VCT services.
Summarily, this involves promoting the geographic- and population-based targeting approach for all defined testing strategies according to the epidemic.

3.5.2.2 Outcome 2.2: By 2022, 92% of PLHIV adults, adolescents and children living with HIV who know their status receive antiretroviral therapy

Cameroon has adopted the TasP strategy for sero-discordant couples, as well as the "***Test and treat***" strategy at the national level. This involves offering ART immediately after HIV diagnosis irrespective of the CD4 level. This is the main focus of the « Treat All[2] » strategy. The aim is to link as soon as possible all persons newly diagnosed with HIV infection and identifies PLHIV not yet on treatment to care and treatment services

Initiation of ART will be based on the principle of decentralization and task shiftingby mentoring. All health facilities offering HIV testing will also offer ART services. The follow-up of patients on ART will be done according to the differentiated care approach after the staff would have been trained in ART.
This management will be implemented by a multidisciplinary team of caregivers trained in HIV Care (doctors, paramedics, laboratory technicians, pharmacists, pharmacy attendants), staff in community-based organizations, community health workers, Psychosocial workers and HIV expert patients. Thus, the linkage between testing and care and treatment services is effecive to avoid loss to follow-up among the newly diagnosed PLHIV (improvement of the cascade), by strengthening the referrals with a support system. This care will also take into account the active search of HIV-positive patients who have not yet been enrolled into ART.
To increase the capacity of health facilities in carrying out their duties with regard to increasing the demand for care, task shifting will also be implemented across the country.
The following strategies will be used to achieve the goals:

• Updating national guidelines for HIV care to international recommendations (2015 WHO Guidelines, UNAIDS fast_track);
• Implementing the “TreatAll “strategy according to the national guide;
• improving the availability of ARVs at all ART sites (community or hospital);

2 Guide for the Implementation of the "Treat All" Strategy in Cameroon March 2017

• l'actualisation des directives nationales de prise en charge VIH aux recommandations internationales (Directives OMS 2015, fast-track ONUSIDA) et aux orientations nationales ;
• la mise en œuvre de la stratégie « Traitement Pour Tous » selon le guide national ;
• le renforcement de la disponibilité des ARV sur l'ensemble des sites de prise en charge VIH (communautaire ou hospitalier) ;
• le renforcement de l'offre de prise en charge globale de qualité aux PVVIH dans toutes les formations sanitaires et en milieu communautaire ;
• l'optimisation du tutorat des structures de prise en charge vers les structures à base communautaire qui offrent le dépistage ;
• l'intégration de la prise en charge par les ARV dans toutes les structures de santé incluant l'accompagnement psychosocial pour une plus grande estime de soi et une réduction de risque de perdus de vue à travers la contribution des accompagnateurs psycho-sociaux et des prestataires de santé ;
• la mise en œuvre effective de la délégation des tâches ;
• l'extension des services conviviaux pour les adolescents à l'ensemble des sites de prise en charge ;
• le renforcement de l'implication des communautaires pour l'aide à l'observance, la dispensation communautaire des ARV et la recherche des perdus de vue ;
• l'intégration de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans la prise en charge ;
• l'intégration de la prise en charge des enfants et adolescents dans tous les services de santé maternelle et infantile et services de prise en charge adulte ;
• le renforcement du suivi et évaluation des activités de prise en charge du VIH ;
• l'intégration de l'offre de services de diagnostic du VIH chez les enfants et de prise en charge pédiatrique du VIH à toutes les portes d'entrée des établissements de santé où des enfants sont accueillis;
• la promotion de l'utilisation continue des services de prise en charge adulte et pédiatrique par les femmes séropositives et leurs enfants, les jeunes et adolescents et les adultes sous traitement à travers des solutions innovantes utilisant les TIC ;
• la mise en œuvre des interventions intégrant entre autres les TIC, l'accompagnement psychosocial pour l'amélioration de la rétention en soins dans toutes les FOSA ;
• le renforcement du système de référence entre les FOSA et les communautés vers les FOSA avec la recherche active des patients dépistés VIH+ et non encore enrôlés et les lier au TARV, des irréguliers et des perdues de vue au traitement, ainsi que la mise en place d'un circuit d'accompagnement des PVVIH dépistées en milieu hospitalier, y compris dans les banques de sang et en milieu communautaire, impliquant les pairs navigateurs, les accompagnateurs psycho-sociaux et ASC issus des associations;
• le renforcement des concertations au niveau des districts avec les communautaires et les prestataires de santé sur la problématique du VIH pédiatrique ;
• le renforcement des interventions communautaires de sensibilisation orientées sur le couple mère - enfants et adolescents et la recherche active des cas de VIH pédiatrique dans la communauté.

3.5.2.3 Effet 2.3 : d'ici 2022, 92% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois

Pour assurer l'accès à l'examen de charge virale, le plan de passage à l'échelle de la charge virale sera mis

• Strengthening the delivery global management services to PLHIV in all health facilities and in community settings;
• Optimizing the mentoring of of the community_based organizations offering testing by by health facilities
• Integrating ARTs in all health facilities including psychosocial support for greater self-esteem and reduced risk of loss to follow-up through the contribution of psychosocial workers and healthcare providers;
• Effectively implementing task shifting;
• extending of adolescent-friendly services to all ART sites;
• Strengthening the involvement of community stakeholders in adherence support, community dispensation of ARVs and search for lost to follow-up;
• Integrating Patient Therapeutic Education (PTE) in the management of cases;
• Integrating child and adolescent care and treatment in all maternal, infant, and adult care services;
• Strengthening the monitoring and evaluation of HIV care and treatments;
• Integrating the provision of HIV diagnostic services for children and HIV pediatric care at all points of entry to health facilities where children are received;
• Promoting the continuous use of adult and pediatric care services by HIV-positive women and their children, youths and adolescents and adults on treatment through innovative solutions using ICTs;
• Implementing interventions that combines, among others, the ICTs, psychosocial support to PLHIV for the improvement of retention in care in all HFs;
• Strengthening the referral system between HFs, and communities with the active search for persons diagnosed with HIV but not on treatment, defaulters and lost to follow-up, and linking them to ART, in addition, to establishing a support system for those diagnosed with HIV infection in the hospital blood banks and communities, involving peer navigators, psychosocial workers and CHWs from associations;
• Strengthening consultations at district level with community and health care providers on pediatric HIV issues;
• Strengthening community sensitization interventions focused on the mother-child pair and adolescents and the active search for pediatric HIV cases in the community.

3.5.2.3 Outcome 2.3: By 2022, 92% adults, adolescents and children living with HIV on ART achieve viral suppression at 12 months

To ensure access to the viral load test, the scale up plan for viral load will be implemented. To achieve the objective of 95% retention of PLHIV on ART, the prevention and active search for patients lost to follow-up will be implemented as part of the retention mechanism that will be developed with the various associations to ensure coverage in all ART sites (ATC/ MU, PMTCT sites, DTC). The strategies to be adopted include:

en œuvre. Pour atteindre l'objectif de 95% de rétention des PVVIH sous TARV, la prévention et la recherche active des perdus de vue sera mise en œuvre dans le cadre du dispositif de rétention qui sera élaboré avec les différentes associations pour assurer une couverture dans tous les sites de prise en charge (CTA/UPEC, sites PTME, CDT). Les stratégies à adopter seront :

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

3.5.2.4 Effet 2.4 : d'ici 2022, 100% des cas de co-infections et comorbidités sont pris en charge suivant les directives nationales

Dans le cadre de la prise en charge de l'infection à VIH et les comorbidités, toutes les PVVIH bénéficient d'une recherche active de la TB et le cas échéant d'une prophylaxie à l'INH et sont traitées. Les autres infections opportunistes et comorbidités (y compris les hépatites) seront également recherchées et prises en charge. Cela nécessite de rendre systématique l'offre de dépistage de la TB/Hépatites/syphilis chez les PVVIH et la formation des prestataires de santé des sites de prise en charge VIH (pneumologues, infectiologues, gastro-entérologues, paramédicaux, etc.), dans la PEC des co-infections (TB/VIH, hépatites/VIH). L'intégration des services VIH, TB et hépatites sera renforcée pour la proposition systématique du test VIH pour tous les patients tuberculeux et la référence systématique des patients dépistés positifs vers les structures de prise en charge. La mise en œuvre de cette recommandation passe par le renforcement des mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse dans les structures de prise en charge TB et VIH et implique une étroite collaboration entre les programmes VIH, TB et hépatites.

3.5.3 Résultat d'impact 3 : d'ici 2022, la qualité de vie des personnes infectées et / ou affectées par le VIH est améliorée de 50%

L'atteinte de cet impact se traduit par une amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et leur famille. Il s'agit de créer un environnement favorable pour accompagner la mise en œuvre du PSN 2018-2022, et permettre de lever les obstacles qui entravent l'accès à la prévention et aux soins. Les décideurs et les leaders d'opinion seront aussi sollicités à la fois pour faciliter la création d'un environnement protecteur pour les populations, mais aussi pour assurer la protection des intervenants qui travaillent sur le terrain auprès des PVVIH, des populations en contexte de vulnérabilité et des populations clés.

• Scaling up deployment of viral load platforms at national and regional levels;
• Organizing the networking of decentralized sites to viral load platforms for the transport and giving viral load results;
• Strengthening the capacity of healthcare providers to collect samples and perform viral load test;
• Taking advantage of deployed Point of Care (POC) machines acquired for earTB and early infant diagnosis by PCR for use as viral load platforms;
• increasing demand for viral load by healthcare providers and patients;
• Continuous supply of reagents and other VL commodities for
• Capacity building for management of resistance to ARVs;
• Establishing a resistance surveillance system at all levels;
• Increasing the availability of third-line ARVs;
• Improving financial accessibility to VL and HIV resistance testing.

3.5.2.4 Outcome 2.4: By 2022, 100% of co-infections and co-morbidity cases are managed according to national guidelines

As part of the management of HIV infection and co-morbidities, every PLHIV is systematically screened for TB and, where appropriate, receive INH prophylaxis or treatment
Other opportunistic infections and co-morbidity (including hepatitis) will also be screened for and managed. This requires the systematic provision of TB / Hepatitis / syphilis screening in PLHIV and the training of healthcare providers at ART sites (pneumonologists, infectiologists , gastroenterologists, paramedics, etc.), in the management of these co-infections

The integration of HIV, TB and hepatitis services will be strengthened for the systematic proposal of HIV testing to all TB patients and the systematic referral of persons diagnosed with HIV infection to treatment centres. The implementation of this recommendation calls for the strengthening of TB infection control measures in TB and HIV treatment centres and involves close collaboration between HIV, TB and hepatitis programmes.

3.5.3 Impact Result 3: By 2022, the quality of life of people infected and / or affected by HIV is improved by 50%

Achievement of this impact will be reflected in improved quality of life for people living with HIV and their families. The aim is to create a conducive environment to facilitate the implementation of 2018-2022 NSP, and to remove barriers to prevention and care. Decision-makers and opinion leaders will also be called upon to facilitate the creation of a protective environment for the populations and also to ensure the protection of those working in the field with PLHIV PLHIV, vulnerable and key populations.

3.5.3.1 Effet 3.1 : d'ici 2022, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des populations clés et vulnérables sont réduites de moitié

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

Les PVVIH et les représentants des populations clés, seront impliqués et associés à la mobilisation de la communauté afin que la société civile contribue à lever les barrières politiques et juridiques et renforcer l'accès à la prévention et aux soins. L'information sur les droits des PVVIH, des populations clés et autres populations vulnérables sera développée afin de permettre à chacun de se protéger contre les discriminations et la stigmatisation. Un système de veille et un observatoire des dysfonctionnements seront mis en place pour faciliter le recours aux droits.

3.5.3.2 Effet 3.2: d'ici 2022, 60% des personnes infectées et affectées par le VIH suivies bénéficient du paquet d'accompagnement psychologique et social

Un modèle innovant devra être créé définissant le paquet de services de soutien psychologique et social aux PVVIH leur permettant de bénéficier des appuis correspondant à leurs besoins et à ceux de leur famille. Le partenariat entre les ministères concernés et les associations communautaires sera promu pour que les personnes concernées accèdent aux différents dispositifs sociaux. Le renforcement de la mobilisation des ressources pour le soutien socio-économique aux PVVIH (autonomisation) sera recherché à travers des conventions avec les ministères et programmes sociaux concernés (Ministère des Affaires Sociales et autres ministères).

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

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

3.5.4 Résultat d'impact 4 : d'ici 2022, la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé de 50%

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

3.5.3.1 Outcome 3.1: By 2022, Stigma and discrimination against PLHIV, key and vulnerable populations are reduced by half

This involves developing advocacy and training interventions with decision-makers and opinion leaders to reduce stigma and discrimination in all settings, including institutional and care facilities. By building the capacities of healthcare providers on the rights of PLHIV and other vulnerable populations, human rights will be respected. Support to persons will provided as part of the legal protection of the rights of PLHIV and vulnerable groups (legal assistance, legal training ...).

PLHIV and representatives of key populations will be involved in community mobilization so that civil society contributes to removing political and legal barriers and increasing access to prevention and care. Information on the rights of PLHIV, key and other vulnerable populations will be developed to enable everyone to protect themselves against discrimination and stigma. A monitoring system and an observatory of flaws will be set up to facilitate the use of rights.

3.5.3.2 Effect 3.2: By 2022, 60% of HIV infected and affected people in care receive the psychological and social support package

An innovative model will have to be created defining the package of psychological and social support services for PLHIV enabling them to benefit from supports that meets their needs and those of their families. The partnership between the concerned ministries and community associations will be promoted so that the people concerned can access the various social mechanisms. Strengthening the mobilization of resources for socio-economic support to PLHIV (empowerment) will be sought through agreements with relevant ministries and social programmes (Ministry of Social Affairs and other Ministries).

In this context, orphans and vulnerable children and adolescents will also benefit from the package of services tailored to their educational, social and economic needs. Guidelines for the management of OVC will be updated, and training modules developed for stakeholders.

The dynamics of psychosocial support to children / adolescents living with HIV need to be developed, in order to respond to the needs in support of (i) the disclosure of HIV status, (ii) the management of life projects in the context of HIV, Life kills interventions ... This will contribute to the emergence of youths / adolescents living with HIV who will become leaders and models to boost both the prevention and use of testing and treatment services by this age group.

3.5.4 Impact 4: By 2022, the quality of governance of the national response has increased by 50%

This impact on the quality of governance will be achieved through the strengthening of the national leadership of the NACC as the multi-sector coordinating body for the national response.

3.5.4.1 Effet 4.1 : d'ici 2022, la coordination et le leadership de la réponse nationale au VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé d'ici 2022

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

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

Le CNLS assure également la coordination avec les partenaires techniques et financiers, qui dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale sont alignés aux orientations stratégiques et aux priorités du PSN 2018-2022. Aussi, seront-ils organisées des rencontres régulières pour évaluer et /ou reprogrammer les axes de coopération.

3.5.4.2 Effet 4.2 : d'ici 2022, toutes les ressources financières nécessaires sont mobilisées et utilisées de façon efficiente

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

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

Un plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers (PTF) et secteurs pour un rapportage financier régulier au GTC-CNLS est capital afin d'avoir un paysage financier complet.
Le suivi budgétaire annuel du PSN (rapport financier consolidé) doit être réalisé afin d'élaborer un plan de travail qui prend en compte les gaps financiers identifiés. Pour cela, il est indispensable d'établir un lien entre le suivi programmatique et le suivi financier pour assurer une meilleure priorisation des interventions

3.5.4.1 Outcome 4.1: By 2022, Coordination and leadership of the national response to HIV is effectively ensured at central and decentralized levels

The proposed strategies aim at strengthening coordination, state leadership and its lasting commitment for the sustainability of the resources mobilized at the national and international levels. Achieving the outcomes mentioned below will lead to the alignment of sectors and partners in the response to HIV within the framework of multi-sectoriality and decentralization. The multi-sectol coordination of the national response is fundamental and will be ensured by the Central Technical Group (CTG) at central level and Regional Technical Groups (RTGs) in the 10 Regions of the country as far as the decentralized level is concerned. The CTG is the executive body of the National Aids Control Committee. It is responsible for coordinating the implementation of the national strategy and monitoring the achievement of the results of the sectors contributing to this response.

The mobilization of Cameroon's major cities in the national response to HIV, through Local and Regional Authorities, particularly City Councils and Councils, is essential for the achievement of results.

The NACC also coordinates technical and financial partners, which in bilateral and multilateral cooperation are aligned with the strategic guidelines and priorities of the 2018-2022 NSP. Thus, regular meetings will be organized to evaluate and / or reprogramme the areas of cooperation.

3.5.4.2 Outcome 4.2: By 2022, all necessary financial resources are mobilized and used efficiently

The mobilization of national financial resources is ensured through the involvement of the government alongside the main technical and financial partners, namely PEPFAR and the Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis, whose respective contributions represent approximately 46% and 40% of funds mobilized. At the national level, most of the resources identified are mobilized by the State.

The main strategies that will be developed will focus on strengthening both internal and external resource mobilization, management and reporting on the funding of the NSP and other parts of the CTG/ NACC coordination at the community level communication and consolidation of financial information. Strategic monitoring will be developed to direct funding according to the dynamics of the epidemic. This will be possible with coordination developed at central, decentralized, sectoral levels and continuous advocacy and strong leadership.

Leading advocacy towards technical and financial partners (TFP) and sectors for regular financial reporting to the CTG/ NACC is essential in order to have a complete financial landscape. The annual budget monitoring of the NSP (consolidated financial report) must be carried out in order to develop a work plan that takes into account the identified financial gaps. To this end, it is essential to establish a link between programmatic

à haut impact. Dans le cadre des mécanismes innovants de financement de la lutte, il s'agira également de redynamiser le patronat et autres partenaires du secteur privé ainsi que les collectivités territoriales décentralisées entre autres.

Enfin, dans le cadre de la transparence dans la gestion des ressources disponibles et le devoir de rendre compte, un système de gestion des risques programmatiques et financiers sera élaboré. La réponse nationale à l'épidémie de VIH doit être efficace et efficiente à tous les niveaux pour garantir l'atteinte des résultats de la mise en œuvre, le suivi et la qualité des interventions. L'étude EF-REDES sera réalisée régulièrement pour analyser comment l'affectation des ressources correspond aux priorités nationales identifiées dans le présent PSN 2018-2022.

3.5.4.3 Effet 4. 3 : d'ici 2022, la contribution du système communautaire dans la riposte atteint 30% sur le plan stratégique et opérationnelle

La mise en œuvre d'une politique de partenariat avec les acteurs communautaires (associations et réseaux de PVVIH, associations des groupes de populations les plus exposées, ONG et réseaux impliqués dans la réponse nationale au VIH, etc.) pour renforcer leur contribution et leur participation active à la réponse nationale est déterminante au regard des résultats escomptés par le PSN 2018-2022, en vue de la réduction des nouvelles infections, et la mortalité liées au VIH ainsi que l'appui social et psychologique aux personnes infectées et affectées par la VIH.

Le renforcement des capacités institutionnelles, organisationnelles et managériales des associations partenaires ainsi que la redynamisation de la plateforme de concertation, vise à accompagner le passage à l'échelle et l'amélioration de la qualité des interventions, afin de contribuer à l'atteinte des 90-90-90.

3.5.4.4 Effet 4.4 : d'ici 2022, les informations stratégiques de qualité sur les IST et le VIH sont permanemment produites et utilisées pour la prise de décision

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

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

Les principaux outils seront revus pour une utilisation efficace des données qui vont générer les bases de

monitoring and financial monitoring to ensure better prioritization of high-impact interventions. In the context of innovative mechanisms for financing the response, it will also involve remobilizing the employers and other partners of the private sector as well as Local and Regional Authorities among others.

Finally, in the context of transparency in the management of available resources and accountability, a programmatic and financial risk management system will be developed. The national response to the HIV epidemic must be effective and efficient at all levels to ensure that the results of the implementation, monitoring and quality of interventions are achieved. The NASA study will be regularly conducted to analyze how the allocation of resources corresponds to the national priorities identified in this 2018-2022 NSP.

3.5.4.3 Outcome 4. 3: By 2022, the contrition of the community system to the HIV response reaches 30% at strategic and operational levels

The implementation of a partnership policy with community stakeholders (PLHIV associations and networks, associations of the most-at-risk populations, NGOs and networks involved in the national response to HIV, etc.) to increase their contribution and active participation in the national response is critical to the results expected by 2018-2022 NSP; for the reduction of new infections, and HIV-related mortality, as well as social and psychological support for those infected and affected by HIV.

The strengthening of the institutional, organizational and managerial capacities of the partner associations as well as the revitalization of the consultation platform, aims at supporting the scale up and improvement of the quality of the interventions, in order to contribute to the achievement of the 90 - 90 - 90.

3.5.4.4 Outcome 4.4: By 2022, quality strategic information on STIs and HIV is continuously produced and used for decision-making according to defined standards

MoH has a routine National Health Information System (NHIS) that covers primary and hospital healthcare services. This system aims at: (i) promoting health information; (ii) implementing modern methods of data collection; (iii) streamlining the organization and management of quality information;(iv) ensuring the quality and comparability of the data. There is a need to revise and integrate the different existing information systems to avoid their verticality linked to that of health programmes (including HIV and TB) and to avoid programmatic overlaps of these systems.

The improvement of the national HIV monitoring and evaluation system focuses on the definition and selection of relevant indicators, the simplification and disaggregation of collection tools, the integration of community data, to enable effective management of strategic information by all institutional and community stakeholders.
Beyond this, the ultimate goal is to use the information for decision making.
The main tools will be reviewed for the effective use of data to generate databases at central and decentralized levels. In addition, it will involve the evaluation of the feasibility and use of a unique identifier code system

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

Enfin, dans le cadre du renforcement du système de santé (RSS), le système d'information concernant le VIH sera intégré progressivement au Système National d'Information Sanitaire (SNIS), permettant ainsi au Ministère de la Santé Publique de disposer de toutes les informations stratégiques relatives aux maladies.
Le développement de la recherche opérationnelle constitue un axe / enjeu important pour le suivi de l'épidémie, la révision annuelle avec des révisions annuelles des estimations de l'épidémie sur la base des nouvelles données. Il s'agit de renforcer la surveillance épidémiologique et comportementale au moyen des études bio-comportementales auprès des populations clés tous les deux ans. Il s'agit aussi de conduire des études de surveillance des résistances aux traitements pour prévenir et gérer les échecs thérapeutiques.

3.5.4.5 Effet 4.5 : d'ici 2022, la disponibilité des équipements de laboratoire, des médicaments et intrants stratégiques est assurée à tous les niveaux

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

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

Par ailleurs, le passage à l'échelle de la charge virale va se poursuivre et le plan opérationnel laboratoire sera finalisé et mis en œuvre ;
Le renforcement des capacités aussi bien qualitative que quantitative, à la DPML/ MINSANTE devrait être effectué afin qu'elle puisse jouer pleinement son rôle, car il apparait assez lourd pour le GTC/CNLS de jouer le rôle de la DPML dans la coordination de toutes les interventions en matière de gestion du médicament et des laboratoires, du fait du manque de personnels à la DPML ou de référent pour le VIH. Cependant, les actions d'amélioration devraient être envisagées dans le cadre plus global du renforcement du système de santé car les problèmes de laboratoires et de la chaîne d'approvisionnement sont transversaux.

for both prevention and medical care and the continuum of HIV care in two regions and finally, generalization will be implemented according to the results achieved.

Lastly, as part of Health System Strengthening (HSS), the HIV information system will gradually be integrated into the National Health Information System (NHIS), thus enabling the Ministry of Public Health to have all the strategic information relating to diseases.

The development of operational research is an important aspect / issue for the monitoring of the epidemic, annual review with annual revisions of the epidemic estimates based on new data. The aim is to strengthen epidemiological and behavioural surveillance through bio-behavioural studies with key populations every two years. It also involves conducting HIV drug resistance studies in order to prevent and manage treatment failures.

3.5.4.5 Outcome 4.5: By 2022, an effective supply chain and management system of drugs and laboratory commodities is in place

With regard to the Procurement and upply Management Management (PS) component, improvements have been made in the system and will be strengthened, including:

- The capacity building of stakeholders at peripheral level,
- Appointment of regional focal points,
- the formalization of objective-based contracting with CENAME and the Regional Funds
- the inclusion of PS indicators / data in the DHIS2.
- the existence of a national sub-committee in charge of HIV supplies led by the DPML.
- the holding of training / retraining seminars for key actors in the management of HIV-commodities, in addition to existing supervision missions,
- The process of rendering operational quality assurance and quality control of HIV products will be completed.
- Furthermore, scaling up the viral load will continue and the laboratory operational plan will be finalized and implemented.

Qualitativ.e and quantitative capacity building at the DPML / MOH should be carried out for it to play its full role because it appears rather heavy for the CTG/ NACC to play this role in the management of medicines and laboratories, due to the lack of staff or HIV focal point at the DPML However, improvement actions should be considered in the broader context of strengthening the health system because laboratory and supply chain issues are cross-cutting

3.6 Matrice de la chaîne des résultats des impacts, des effets, des produits et des stratégies

Tableau 11 : Matrice de la chaîne des résultats des impacts, des effets, des produits et des stratégies

Impact 1 : D'ici à 2022, les nouvelles infections sont réduites de 60%

Effet 1.1 : d'ici 2022, 80% des enfants, adolescent(e)s et jeunes de 4 à 24 ans disposent des compétences adaptées pour se protéger du VIH

Produits	Principales strategies
• **Produit 1.1.1 :** d'ici 2022, 80% des enfants (filles et garçons) de 04 à 09 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance de base du VIH.	• Renforcement de l'information et de l'éducation sur les moyens de prévention du VIH adaptés à l'âge dans les centres d'accueil et les établissements scolaires de niveau maternel et primaire en mettant un accent sur l'abstinence ; • Intégration de la promotion de la santé dans les programmes de niveau maternel et primaire ; • Renforcement des capacités des encadrants/enseignants œuvrant auprès des enfants et des parents du niveau maternel et primaire ;
• **Produit 1.1.2 :** d'ici 2022, 80% des adolescents (filles et garçons) de 10 à 14 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance complète du VIH.	• Renforcement de l'information et de l'éducation sur le VIH adaptées à l'âge dans les centres d'accueil et les établissements de niveau maternel et primaire (adaptation de la stratégie des 10-14 ans aux âges de la petite enfance) • Renforcement de l'information et de l'éducation sexuelle adaptée à l'âge et sensible au genre dans les centres fréquentés par les adolescent(e)s et dans les établissements scolaires • Intégration de la problématique du VIH dans les programmes scolaires d'éducation sexuelle, de santé sexuelle et reproductive et de prévention de la violence liée au genre • Sensibilisation des adolescent(e)s du milieu scolaire et extrascolaire avec l'implication des établissements sociaux, de la protection de l'enfance et des OSC • Renforcement du ciblage des adolescents(es) les plus vulnérables et à risque avec un paquet de services adaptés • Renforcement du leadership des adolescents pour une participation active dans la réponse nationale
Produit 1.1.3 : d'ici 2022, 80% des adolescents (filles et garçons) et jeunes de 15 ans à 24 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour l'adoption des comportements à moindre risque.	• Intégration de la question de négociation de rapports sexuels sécurisés dans toutes les composantes du programme de CCC en direction des jeunes filles et garçons du milieu scolaire/universitaire et extrascolaire avec l'implication des établissements sociaux et des OSC, en prenant en compte les normes liées à la féminité et à la masculinité dans les messages de prévention • Renforcement du « vaccin social » en milieu universitaire • Renforcement de la lutte contre les IST, y compris les conseils de prévention et de prise en charge des IST et VIH dans les Centres multifonctionnels de promotion de jeunes, ainsi que des clubs amis des jeunes et centres conviviaux du MINJEC, constitués de jeunes encadreurs appartenant à la même cible • Renforcement du marketing social du préservatif, y compris la formation sur les techniques de négociation pour des rapports protégés • Renforcement de l'information et de l'éducation sexuelle adaptée à l'âge et sensible au genre dans les centres fréquentés par les jeunes et dans les établissements scolaires et universitaires • Extension, équipement et renforcement des centres offrant les services adaptés aux besoins des jeunes • Renforcement des capacités des encadreurs œuvrant auprès des jeunes en milieu scolaire/universitaire et extrascolaire • Renforcement du leadership des jeunes filles et garçons pour une participation active dans la réponse nationale • Utilisation des technologies de l'information et de communication et sensibilisation adaptée au niveau de maturité des adolescents

3.6 Impact, outcome and output strategy matrix chain

Table 12 : Matrix of impacts, outcome, output and strategy matrix chain

Impact 1: By 2022, new infections are reduced by 60%

Outcome 1.1: By 2022, 80% of children, adolescents and young people aged 4 to 24 have adequate skills to protect them-

Outputs	Main strategies
Output 1.1.1: By 2022, 80% of children (boys and girls) aged 4 to 9 years benefit from specific quality prevention programmes and acquire basic knowledge about HIV.	• Strengthening information and education on age-appropriate HIV prevention options in and adolescent-friendly centres and nursery and primary schools with focus on abstinence; • Integrating health promotion into maternal and primary school curricula; • Building the capacities of supervisors / teachers working with children and parents at the nursery and primary levels;
Output 1.1.2: By 2022, 80% of children (boys and girls) aged 10 to 14 benefit from specific quality prevention programmes acquire complete knowledge about HIV.	• improving information and strengthening age-appropriate HIV education in adolescent-friendly centres and nusery and primary schools (adapting theearly childhood strategy to the 10-14-year-old) • Strengthening age-appropriate and gender-sensitive information and education in adolescent-frindly centres and in schools • Integrating the topic of HIV into school curricula for: sex education, sexual and reproductive health and prevention of gender-based violence • Sensitizing adolescents in school and out-of-school with the involvement of social institutions, child protection and CSOs • Extending, equipping and strengthening centers offering services that are tailored to the needs of adolescents • Building the capacities of mentors working with adolescents within and out-of-school settings
Output 1.1.3: By 2022, 80% of adolescents (boys and girls) and young people aged 15 to 24 benefits from quality-specific prevention programmes for the adoption of safer behaviours.	• Integrating the topic of safe sex negotiation in all components of the BCC programme for boys and girls in school / universities and out of school with the involvement of social institutions and CSOs, taking gender-based norms into account in prevention messages; • Strengthening the "social vaccine" campaign in university setttings • Strengthening the fight against STIs, including STIs and HIV prevention and care counselling in the multi-purpose youth empowerment centres, as well as in MINJEC youth-friendly clubs and centers, whose mentors are of the same in the same target group • increasing social marketing for condoms, including training in safe sex negotiation skills Strengthening age-appropriate and gender-sensitive information and education in youth-friendly centres schools and universities • Extending, equipping and strengthening centres offering services tailored to the needs of young people • strengthening the capacities of monitors working with young people inand out of the school / university setting • Strengthening the leadership of boys and girls for active participation in the national response • Using information and communication technologies to raise age-specific awareness inadolescents.

Résultat d'impact 1 : D'ici à 2022, les nouvelles infections sont réduites de 60%

Effet 1.2 : d'ici 2022, 90% des populations clés utilisent le paquet de services de prévention combinée

Produits	Principales strategies
Produit 1.2.1 : d'ici 2022, 90% des PS et des HSH ont accès à un paquet complet de services de prévention combiné dans tous les sites.	• Renforcement de la communication pour le changement de comportement à travers les TIC et l'action d'éducation par les pairs des populations clés pour augmenter les capacités de négociation et d'utilisation du préservatif • Renforcement de l'accès aux préservatifs et au gel lubrifiant à travers la mise en place des pôles stratégiques de distribution, articulée à une formation sur leur utilisation • Renforcement de la prévention et de la prise en charge des IST • Renforcement du dépistage et conseil du VIH pour la connaissance du statut sérologique particulièrement à travers les interventions de proximité telles que le contact-tracing et family-based testing, l'auto-dépistage dans un contexte d'évaluation • Sensibilisation et orientation vers les services de prévention et de prise en charge adapté à cette cible • Mise en place sous forme évaluative de stratégies d'interventions biomédicales telles que la prophylaxie pré-exposition (PrEp) pour les HSH et TS à risque substantif d'exposition au VIH • Renforcement de l'accompagnement psychosocial des HSH, TS et CDI pour une plus grande estime de soi et une réduction de risque avec la contribution des pairs éducateurs et des accompagnateurs psychosociaux • Renforcement de l'accès aux soins et aux services de santé sexuelle et reproductive • Actualisation des cartographies des sites de rencontres ou d'activités (« hots-pots ») pour les interventions (approche population et location) • Mise en œuvre et extension des interventions de mobilisation et sensibilisation avec des approches novatrices et de qualité intégrant les normes et les standards nationaux • Renforcement de la coordination et du réseautage entre les acteurs impliqués dans l'offre de services de prévention combinée pour les TS et les HSH dans les sites d'intervention.
Produit 1.2.2 : d'ici 2022, 90% de la population en milieu carcéral sont sensibilisés et ont accès à un paquet adapté de services de prévention dans les prisons	• Renforcement de la communication pour le changement de comportement à travers l'action d'éducation par les pairs • Renforcement de la prévention et de la prise en charge des IST • Renforcement du dépistage et conseil du VIH pour la connaissance du statut sérologique • Renforcement de l'accompagnement psychosocial pour une plus grande estime de soi et une réduction de risque à travers la contribution des pairs éducateurs • Renforcement de l'analyse des comportements à risque en milieu carcéral • Intégration de la problématique du VIH dans les programmes de formation des élèves des écoles de l'administration pénitentiaire
Produit 1.2.3 : d'ici 2022, 90% des personnes qui utilisent les drogues sont sensibilisées et ont accès à un paquet adapté de services de réduction des risques.	• Mise en place d'un programme pilote de réduction des risques (RdR) pour les usagers de drogue • Collaboration et système de référence avec d'autres programmes nationaux pour assurer l'accès à la prévention

Impact 1: By 2022, new infections are reduced by 60%

Outcome 1.2: By 2022, 90% of key populations use the combined prevention package of service

Outputs	Main strategies
Output 1.2.1: By 2022, 90% of FSWs and MSM have access to a comprehensive package of combined prevention services in all the sites	• Strengthening behaviour change communication through ICTs and peer education of key populations to increase the skills for negotiation and use of condoms, • improving access to condoms and lubricant gels by setting up strategic distribution centres, fortraining on the use of these products • Strengthening prevention and management of STIs, • promoting HIV testing and counseling for awareness of HIV status, particularly through local interventions such as contact-tracing and family-based, and self-testing in the context of evaluation, • Sensitization and referral to prevention and care services tailored to this target, • Evaluative implementation of biomedical intervention strategies such as pre-exposure prophylaxis (PrEp) for MSM and FSWs at substantia risk of exposure to HIV, • Strengthening psychosocial support of MSM, FSWs and IDUs for greater self-esteem and risk reduction with the contribution of peer educators and psycho-social workers, • improving access to sexual and reproductive health care services, • Updating the mapping of meeting sites (”hot spots”) for interventions (population and location approach), • Implementing and extending mobilization and awareness raising interventions with innovative and quality approaches taking into consideration national norms and standards, • Strengthening coordination and networking among the actors involved in providing combined prevention services for FSWs and MSM in intervention sites.
Output 1.2.2: By 2022, 90% of the population in prisons are sensitized and have access to an adapted package of prevention services in prisons	• Strengthening behavior change communication through peer education, • promoting prevention and management of STIs, • increasing HIV testing and counseling for awareness of HIV status, • increasing psychosocial support for greater self-esteem and risk reduction through the contribution of peer educators, • Strengthening the Analysis of Risk Behaviours in Prisons, • Integrating the topic of HIV in the training curricula of student warders
Output 1.2.3: By 2022, 90% of drug users are sensitized and have access to an adapted package of services for risk reduction.	• Establishing a Pilot Risk Reduction Program (RRP) for drug users, • Collaboration and referral system with other national programmes to ensure access to prevention.

Résultat d'impact 1 : D'ici à 2022, les nouvelles infections sont réduites de 60%

Effet 1.3 : d'ici 2022, 90% des populations en contexte de vulnérabilité utilisent le paquet de services de prévention

Produits	Principales strategies
Produit 1.3.2 : d'ici 2022, les femmes et les hommes en situation de vulnérabilité (travailleurs des sites économiques, camionneurs, personnel en uniforme, les personnes en situation de handicap, les réfugiés ou déplacés, les populations autochtones pygmées, bororo, et autres) sont sensibilisés et ont accès aux services de prévention du VIH	• Intégration de la question de négociation de rapports sexuels sécurisés dans toutes les composantes du programme de CCC en direction des jeunes femmes et hommes en situation de vulnérabilité en prenant en compte les spécificités des groupes dans les messages de prévention • Sensibilisation et orientation vers les services de prévention et de prise en charge adapté à chaque cible • Renforcement de la lutte contre les IST, y compris les conseils de prévention et de prise en charge des IST et VIH dans les centres de soins où sont vus chaque cible ; • Utilisation des technologies de l'information et de la communication et sensibilisation adaptée au contexte social • Renforcement et développement du partenariat public- privé pour une participation active du secteur privé dans la réponse nationale • Renforcement de l'implication des forces de défense et de sécurité dans la réponse nationale pour la réduction de la vulnérabilité des hommes en tenue • Renforcement de l'implication du personnel des services médicaux du travail et des inspecteurs du travail dans la lutte contre les IST/VIH • Renforcement des capacités des acteurs intervenants auprès des réfugiés à s'approprier les programmes de prévention du VIH, du sida et des IST et de promotion du dépistage • Renforcement des interventions auprès des camionneurs et autres populations mobiles (motos) • Renforcement des interventions en matière de lutte contre les violences sexuelles basées sur le genre • Renforcement des capacités des intervenants dans la lutte contre le VIH/Sida en milieu travail
Produit 1.3.3 : d'ci 2022, 90% des besoins en préservatifs (féminins et masculins) et en gels lubrifiants pour la prévention du VIH sont couverts sur tout le territoire national	• Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des préservatifs (masculin et féminin) et du gel lubrifiant dans les points de distribution situés dans les services de santé, les organisations de la société civile, les hotspots, les DIC • Renforcement du système de gestion des approvisionnements et des stocks en préservatifs et gels lubrifiants • Renforcement de la promotion de l'utilisation correcte du préservatif féminin et masculin et du gel lubrifiant à travers la communication de masse et de proximité • Opérationnalisation de la stratégie de distribution à base communautaire des préservatifs

Impact 1: By 2022, new infections are reduced by 60%

Outcome 1.3: By 2022, 90% of vulnerable populations use a package of services for prevention

Outputs	Main strategies
Output 1.3.2: By 2022, vulnerable women and men (economic site workers, truck drivers, uniformed personnel, persons with disabilities, refugees or displaced persons, indigenous (Pygmies, Mbororos, and others) are sensitized and have access to HIV prevention services	• Integrating the topic of safe sex negotiation in all the components of the BCC programme for young women and men in vulnerable situations by taking into account the specificities of the groups in the prevention messages; • Sensitization and referral to prevention and care services tailored to each target, • Reinforcing the fight against STIs, including counselling on prevention and management of STIs and HIV in health centers where each target is seen; • Using new information and communication technologies to raise social context-specific awareness. • Strengthening and developing the public-private partnership for active private sector participation in the national response • Strengthening the involvement of defence and security forces in the national response to reduce the vulnerability of uniform personnel Strengthening the involvement of the staff of occupational health services and labor inspectors in the fight against STI / HIV; • Building the capacities of stakeholders in refugee settings to take ownership of HIV, AIDS and STIs prevention and promotion of testing programmes • strengthening interventions with truck drivers and other mobile populations (motorcycles) • Strengthening interventions in the fight against gender-based sexual violence • Building the capacities of stakeholders in the fight against HIV / AIDS in the workplace;
Output 1.3.3 : By 2022, 90% of needs for condoms (female and male) and lubricant gels for HIV prevention are met nationwide	• Increased availability and accessibility of male and female condoms and lubricant gels at distribution points in health services, civil society organizations, hotspots, DIC. • Strengthening the supply and stock management system of condoms and lubricantg gels • Enhancing the promotion of the correct use of the female and male condom and lubricant gel through mass and proximity communication • Renering operational the community-based strategy of condom distribution

Résultat d'impact 1 : D'ici à 2022, les nouvelles infections sont réduites de 60%

Effet 1.4 : 80% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES/LB) ou sexuelle bénéficient d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE)

Produits	Principales strategies
Produit 1.4.1 : d'ici 2022, tous les sites de dispensation des ARV offrent la PPE en cas d'accidents d'exposition sanguine ou à d'autres liquides biologiques (AES/LB) selon des procédures standardisées	• Renforcement de la communication sur la prévention des risques de transmission auprès des prestataires en milieu de soins à travers l'information, la sensibilisation et la communication pour le changement de comportement • Renforcement du système de documentation des AES/LB et violences sexuelles en milieu hospitalier afin d'opérer une orientation immédiate vers une prophylaxie • Renforcement des mesures de protection contre l'infection à VIH en milieu de travail pour l'élimination de la transmission de l'infection en milieu de soins • Renforcement de la collaboration entre sites de dispensation des ARV et centres sociaux pour la prise en charge des violences sexuelles • Renforcement de la prise en charge des cas d'accidents d'AES/LB dans les milieux de soins à travers la disponibilité des kits de prophylaxie dans tous les sites de dispensation des ARV et la formation des prestataires
Produit 1.4.2 : d'ici 2022, les personnes victimes d'AES/LB sont sensibilisées et informées pour l'accès à la prévention	• Utilisation des technologies de l'information et de la communication et sensibilisation adaptée au contexte social pour faire bénéficier les populations cibles des prestations du dispositif national • Renforcement de la sensibilisation des prestataires de soins et de la population sur le dispositif existant de prise en charge des AES
Effet 1.5 : en 2022, la transmission Mère – Enfant du VIH est réduite à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois	
Produit 1.5.1 : d'ici 2022, 100% des femmes qui fréquentent les services de SMNI/PF sont sensibilisées sur la prévention, le dépistage du VIH et la PTME dans le cadre de la SSR	• Intégration de la sensibilisation et mobilisation communautaire sur le VIH dans les services de SMNI • Renforcement des capacités des prestataires de SMNI/PF à la prévention et dépistage du VIH en PTME, y compris les prestataires du secteur privé • Utilisation des technologies de l'information et de la communication pour renforcer la sensibilisation des femmes enceintes et leurs partenaires en matière de PTME • Renforcement de l'intégration des services de prévention du VIH dans le paquet des services SMNI/PF/PTME en direction des femmes et leurs partenaires
Produit 1.5.2 : d'ci 2022, 95%des femmes enceintes sont dépistées pour le VIH dans les structures de santé publiques et privées et retirent le résultat	• Renforcement de l'intégration systématique du dépistage et conseil des femmes enceintes et leurs conjoints/partenaires dans le PMA de la consultation prénatale • Renforcement de l'intégration de l'offre du dépistage de la syphilis dans le paquet des services offerts aux femmes enceintes en consultation prénatale • Renforcement de la collaboration entre les FOSA et les OBC pour la référence, la contre référence et l'accompagnement social des femmes enceintes • Renforcement des actions communautaires en faveur de l'utilisation des services de PTME/SMNI • Renforcement de la mise à disposition des intrants PTME particulièrement le test de dépistage du VIH

Impact 1: By 2022, new infections are reduced by 60%

Outcome 1.4: 80% of victims of accidental exposure to blood and body fluids receive care including Post Exposure Prophylaxis (PEP)

Products	Principales strategies
Output 1.4.1: By 2022, all ART sites sites offer PEP in the event of accidental exposure to blood and body fluidss (AEB) according to standardized procedures	• Strengthening communication on the prevention of the risks of transmission with services providers in care settings through information, sensitization and behaviour change communication Strengthening the of AEB and sexual violence reporting system in hospitals in order to immediately refer victims for post-exposure prophylaxis, • Strengthening HIV prevention measures at workplace to eliminate the transmission of HIV infection in the healthcare setting, • Strengthening collaboration between ARTsites and social welfare centres to manage cases t of sexual violence, • Strengthening the management of AEB in healthcare settings through the availability of post-exposure prophylaxis in all ART sites and the training of service providers;
Output 1.4.2: By 2022, victims of AEB are sensitized and informed on access to prevention	Use of information and communication technologies to raise awareness tailored to the social context for the benefit of the target populations Increased awareness of healthcare providers and the population on the existing AEB management system

Outcome 1.5: By 2022, Mother-to-Child transmission of HIV is reduced to less than 2% at 6 weeks and less than 5% at 18 months

Output 1.5.1: By 2022, 100% of women using MNCH/FP services are sensitized on HIV prevention, testing and PMTCT under SRH	• Integrating HIV awareness and community mobilization into MNCH services • Building the capacities of MNCH/FP providers in PMTCT HIV prevention and testing including private sector providers • Using information and communication technologies to raise awareness on PMTCT among pregnant women and their partners • Strengthening integration of HIV prevention services into the MNCH/FP/PMTCT package of services for women and their partners.
Outcome 1.5.2: By 2022, 95% of pregnant women are tested for HIV in public and private health facilities and receive their results	• Strengthening the systematic integration of screening and counselling of pregnant women and their spouses/partners in the antenatal consultation MPA • Strengthening the integration of the provision of syphilis screening into the package of services offered to pregnant women in antenatal care • Strengthening collaboration between HFs and CBOs for reference, counter-reference and social support to pregnant women, • Strengthening community actions for the use of PMTCT /MNCH services • increasing the availability of PMTCT commodities, especially HIV test kits

Résultat d'impact 1 : D'ici à 2022, les nouvelles infections sont réduites de 60%

Effet 1.5 : en 2022, la transmission Mère – Enfant du VIH est réduite à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois

Produits	Principales strategies
Produit 1.5.3 : d'ici 2022, 95% des femmes enceintes qui sont dépistées séropositives reçoivent des ARV pour leur traitement et pour réduire le risque de transmission du VIH à leur enfant	• Renforcement des capacités en services de qualité PTME et des prestataires de services ainsi que l'intégration de la PTME dans les services de santé de la reproduction • Renforcement de la mise en œuvre des directives de l'Option B+ • Renforcement de la disponibilité des ARV et du cotrimoxazole pour les femmes enceintes et allaitantes séropositives à toutes les structures offrant les services de la PTME • Promotion de l'utilisation continue des services PTME par les femmes enceintes/allaitantes séropositives à travers l'utilisation des TIC pour l'amélioration de la rétention aux soins ainsi que la recherche active des irréguliers et perdues de vue • Renforcement du lien entre les services de dépistage et de prise en charge ARV pour les FEC et les femmes allaitantes séropositives • Renforcement des capacités des prestataires sur les thématiques PTME/Option B+ pour la réduction des délais de mise sous traitement ARV des FEC testées séropositives au VIH
Produit 1.5.4 : d'ici 2022, 95% des enfants exposés sont testés à la PCR à partir de la 6ème semaine de vie	• Renforcement de la disponibilité continue du diagnostic précoce du VIH par plateforme conventionnelle ou point of care (POC) dans toutes les FOSA offrant la PTME • Renforcement du plateau technique pour le prélèvement, le conditionnement et l'acheminement des échantillons de DBS au laboratoire de référence • Renforcement du système de transport des DBS et de rendu des résultats de la PCR • Renforcement du système d'information rapide des parents/tuteurs à la réception des résultats de la PCR et de la liaison des cas positifs à la prise en charge par les ARV • Renforcement du système de suivi du couple mère enfant • Intégration du système de suivi des enfants exposés avec celui du Programme Elargi de Vaccination • Mise en place d'un système de tracking des enfants nés de mères séropositives avec des approches innovantes (SMS, téléphone, implication de la mère et des conjoints, etc.) • Renforcement de l'accès au diagnostic précoce du VIH à toutes les portes d'entrée des FOSA • Renforcement du système de documentation du diagnostic par la PCR des enfants exposés
Produit 1.5.5 : d'ici 2022, 100% des enfants exposés sont mis sous ARV prophylactiques et cotrimoxazole	• Renforcement des capacités des prestataires en PTME/SMNI, y compris la prescription de l'ARV prophylactique et du cotrimoxazole chez les enfants exposés • Renforcement de la mise à disposition des ARV prophylactiques à tous les nouveaux nés de mères VIH+ dans tous les sites PTME

Impact 1: By 2022, new infections are reduced by 60%

Outcome 1.5: By 2022, Mother-to-Child transmission of HIV is reduced to less than 2% at 6 weeks and less than 5% at 18 months

Output	Principales strategies
Output 1.5.3: By 2022, 95% of pregnant women who are tested positive for HIV receive ART for for their health and to reduce the risk of HIV transmission to their child	• Building the capacities of service providers in quality PMTCT services and integrating PMTCT into reproductive health services, • Enhancing the implementation of Option B+ guidelines, • improving the availability of ARVs and cotrimoxazole for HIV-positive pregnant and breastfeeding women at all PMTCT sites • Promoting the continuous use of PMTCT services by HIV-positive pregnant/breastfeeding women using ICTs to increase the retention in care and the active search for missed appointments or lost to follow-up • Improving the linkage between and HIV testing care and treatment for HIV pregnant and p breastfeeding women, • Building the capacities of service providers on PMTCT/Option B+ to reduce delays in ART initiation for HIV-positive women
Output 1.5.4: By 2022,95% of HIV-exposed children are tested by PCR from the 6th week of life	• Strengthening the continuous availability of early infant diagnosis of HIV by the conventional platform or point of care (POC) in all PMTCT sites; • Strengthening the technical platform for sample collection, packaging and transportation of DBS to reference laboratories • Strengthening the DBS transport and PCR results reporting system • Strengthening the information systemfor rapid reception of PCR results by parents/guardians and linking positive cases to ARV management • strengthen the mother- child pair follow-up system • Integrating the system for the follow-up of HIV-exposed children intof the expanded programme on immunization • Establishing a tracking system for HIV-exposed children s with innovative approaches (SMS, telephone, involvement of mothers and their parners, etc.) • Increasing access to early infant diagnosis of HIV points of entry in HFs to reduce missed opportunities • Improving the reporting system for diagnosis by PCR in HIV- exposed infants
Output 1.5.5: By 2022, 100% of HIV-exposed children are put on ARV prophylaxis and cotrimoxazole	• Building the capacities of service providers on PMTCT/MNCH including the prescription of ARV prophylaxis and cotrimoxazole for exposed children. • Improving the availability of prophylactic ARVs for every HIV-exposed new borns n all PMTCT sites.

Résultat d'impact 1 : D'ici à 2022, les nouvelles infections sont réduites de 60%

Effet 1.6 : d'ici 2022, 80% des personnes présentant des signes d'IST ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge

Produits	Principales strategies
Produit 1.6.1 : d'ici 2022, 80% des personnes présentant des comportements à risque d'infection par les IST (gonococcie, syphilis, infection à HPV) ont accès aux services de prévention	• Renforcement du système de l'offre des services de prise en charge des IST en tenant compte des nouvelles orientations du programme • Renforcement de la mise à disposition des kits pour la prise en charge des IST au niveau des FOSA • Renforcement des capacités des prestataires de soins dans le public, privé et communautaire au diagnostic et au traitement de l'infection à HPV (condylomes)
Produit 1.6.2 : d'ici 2022, 80%des personnes présentant des signes d'IST sont prises en charge selon les directives nationales	• Renforcement de l'implication des OBC dans la référence et la contre référence des cas d'IST • Renforcement de la prise en charge syndromique des IST chez les jeunes et les femmes enceintes dans les services communautaires et de santé public, confessionnel et privé • Renforcement des capacités des prestataires à la prise en charge des IST dans les formations sanitaires • Amélioration de la disponibilité des intrants pour le traitement des IST

Impact 1: By 2022, new infections are reduced by 60%

Outcome 1.6: By 2022, 80% of people with of signs STI use prevention and care services for their treatment

Output	Principales strategies
Output 1.6.1: By 2022, 80% of people at risk of STIs infections (gonorrhea, syphilis, HPV infection) have access to prevention services	•Strengthening the provision of STI management services taking into account the new programme guidelines • Increasing the availability of STI treatment kits in HFs • Strengthening the capacity of healthcare providers in the public, private and community-based sector for diagnosis and treatment of HPV infection (condyloma)
Output 1.6.2: By 2022, 80% of people with signs of STIs receive care according to national guidelines	• Strengthening the involvement of community-based organizations in referral and counter -referral of STI cases • Improving syndromic management of STIs in youths and pregnant women using community, public, religious and private health services. • Building the capacities of health providers for STI management in health facilities • Improved availability of commodities for STI treatment

Résultat d'impact 2 : d'ici 2022, la mortalité liée au VIH est réduite de 70%

Effet 2.1 : en 2022, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH

Produits	Principales strategies
Produit 2.1.1 : d'ici 2022, 90% des populations clés et vulnérables bénéficient d'une offre de dépistage adaptée à travers des approches ciblées et de proximité	• Renforcement de la qualité des services de dépistage conseil en milieu hospitalier et communautaire pour toutes les populations • Renforcement du dépistage en couple et selon l'approche famille à partir d'un sujet index (partenaires sexuels et enfants de sujet index, parents (père et mère) et fratries des enfants index)) • Renforcement des capacités des pairs éducateurs et conseillers communautaires pour le conseil et dépistage des populations clés et populations vulnérables • Renforcement et promotion du conseil et dépistage durant toutes les interventions de prévention combinée auprès des populations clés dans les centres de santé et communautaire • Exploration de l'approche auto-test et sa promotion pour les populations clés avec une offre d'accompagnement
Produit 2.1.2 : d'ici 2022, l'offre permanente de dépistage du VIH, initiée par le prestataire est étendue dans toutes les structures de santé publiques, privées et communautaires	• Renforcement du dépistage-conseil systématique à l'initiative du prestataire dans toutes les portes d'entrée des formations sanitaires • Renforcement des capacités du personnel pour le dépistage à visée diagnostique (reconnaissance des symptômes,) • Renforcement du dépistage-conseil auprès des partenaires des PVVIH (partenaires sexuels ou conjoints) et selon l'approche famille (fratries des enfants index) • Mise en œuvre de campagnes de dépistage multi-maladies (VIH, hépatites, syphilis, tuberculose et autres) • Mise en œuvre d'un système d'assurance-qualité des activités de dépistage communautaire et dans les structures de santé

Effet 2.2 : en 2022, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral

Produit 2.2.1 : d'ici 2022, 100% des PVVIH (adultes, enfants et adolescents) nouvellement diagnostiquées sont mises sous traitement	• Décentralisation des services de traitement jusqu'au CSI • Renforcement de la mise en œuvre de la stratégie « Traitement Pour Tous » selon le guide national • Renforcement de la disponibilité des ARV sur l'ensemble des sites de prise en charge VIH (communautaire ou hospitalier) • Renforcement de l'offre de prise en charge globale de qualité aux PVVIH dans toutes les formations sanitaires et en milieu communautaire • Création d'un environnement favorable aux adolescents et jeunes dans les structures de prise en charge du VIH • Mise en œuvre effective de la délégation des tâches • Promotion de l'utilisation continue des services de prise en charge adulte et pédiatrique par les femmes séropositives et leurs enfants, les jeunes et adolescents et les adultes sous traitement à travers des solutions innovantes utilisant les TIC • Renforcement du système de référence entre les FOSA et les communautés pour renforcer le lien au traitement et la recherche des PVVIH sous ARV perdues de vue • Renforcement de la disponibilité continue des intrants à tous les sites de PEC et de traitement • Renforcement de la mise en œuvre de la délégation des tâches • Mise en place du lien avec les banques de sang pour la confirmation des cas suspects

Impact Result 2: By 2022, HIV-related mortality is reduced by 70%

Outcome 2.1: By 2022, 92% of adults, adolescents and children living with HIV know their their HIV status.

Output	Main strategies
Output 2.1.1: By 2022, 90% of key and vulnerable populations receive appropriate testing services through targeted and local approaches	• improving the quality of testing/counseling services in hospital and community settings for all populations, • promoting testing in couples according to the family approach from an index case (sexual partners and children of index case, parents and siblings of index children)) • Building the capacities of peer educators and community counsellors for counselling and screening of key and vulnerable populations • Strengthening and promoting counselling and testing during all combined prevention interventions with key populations in health and community centres. • Exploring, and promoting the self-test approach for key populations and their follow-upt
Output 2.1.2: By 2022, continuous offer of provider-initiated HIV I counseling and testing r is extended to all public, private and community health facilities	• Strengthening systematic provider-initiated testing/counselling/ at allpoints of entry in health facility.; • Building the capacities of staff for diagnostic screening (recognition of symptoms) • Enhancing testing/counselling for partners of PLHIV (sexual partners or spouses) according tothe family approach (siblings of index children) • Implementing multi-disease screening campaigns (HIV, hepatitis, syphilis, tuberculosis and others) • Establishing a t quality assurance system for community-based and health facility screening activities

Outcome 2.2: By 2022, 92% of PLHIV adults, adolescents and children living with HIV who know their status receive antiretroviral therapy

Output 2.2.1: By 2022, 100% of newly diagnosed PLHIV (adults, children and adolescents) are placed on treatment	• Decentralizing treatment services right down to IHCs; • Strengthening the implementation of the "Treat All" strategy according to the national guide; • Improving the availability of ARVs at all ART (community or hospital) sites; • Improving the provision of quality global management for PLHIV in all health facilities and in community settings; • Creating a youth- and adolescent-friendly environment in ART sites • Effectively implementing the task shifting; • Promoting the continuous use of adult and pediatric care services by HIV-positive mothers and their children, youths and adolescents and adults on treatment using innovative ICT solutions; • Strengthening the referral system between HFs and communities to improve linkage to h treatment and search for lost to follow-up PLHIV • improving the continuous availability of commodities at all ART sites Enhancing the implementation of task shifting Establishing the link with blood banks for confirmation of cases.

Résultat d'impact 2 : d'ici 2022, la mortalité liée au VIH est réduite de 70%

Effet 2.2 : en 2022 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral

Produits	Principales strategies
Produit 2.2.2 : d'ici 2022, 90% des PVVIH adultes sont maintenues sous traitement	• Renforcement du système de suivi clinique et psychosocial des patients selon les nouvelles directives nationales de prise en charge • Renforcement de l'implication des communautaires, y compris des confessionnels dans le suivi des adultes sous traitement (aide à l'observance, dispensation communautaire des ARV et recherche des perdus de vue) • Intégration de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans la prise en charge en milieu hospitalier et communautaire • Renforcement du système de recherche des patients irréguliers et perdus de vue • Renforcement de la disponibilité continue des médicaments ARV de 1ère et 2ème ligne dans toutes les structures de santé et communautaire offrant la dispensation des ARV • Promotion de l'utilisation continue des services de prise en charge adulte et pédiatrique par les femmes séropositives et leurs enfants, les jeunes, les adolescents et les adultes sous traitement à travers des solutions innovantes utilisant les TIC • Mise en œuvre des interventions intégrant entre autres les TIC, l'accompagnement psychosocial pour l'amélioration de la rétention en soins dans toutes les FOSA • Mise en place des traitements ARV pour la gestion des échecs de première et de deuxième ligne • Renforcement des capacités des prestataires à la gestion des résistances aux ARV adultes • Mise en place d'un système de surveillance des résistances aux ARV adultes de routine • Mise en œuvre du système de pharmacovigilance des médicaments ARV
Produit 2.2.3 : d'ici 2022, 90% des PVVIH (adolescents et enfants) sont maintenues sous traitement	• Renforcement du système de suivi clinique et psychosocial des enfants et adolescents selon les nouvelles directives nationales de prise en charge • Paiement basé sur la performance pour la qualité des soins offerts par les prestataires • Implication des structures communautaires, y compris les confessionnels dans le suivi des enfants et adolescents sous traitement • Extension des services conviviaux pour les adolescents à l'ensemble des sites de prise en charge • Renforcement de l'implication des communautaires pour l'aide à l'observance, la dispensation communautaire des ARV et la recherche des perdus de vue • Intégration de la prise en charge des enfants et adolescents dans tous les services de santé maternelle et infantile et services de prise en charge adulte • Renforcement du système de recherche des enfants et adolescents irréguliers et perdus de vue au traitement • Renforcement de la disponibilité continue des médicaments ARV pédiatriques de 1ère et 2ème ligne dans toutes les structures de santé et communautaire offrant la dispensation des ARV • Création d'un environnement de soins attractif pour les enfants et les adolescents • Promotion de l'utilisation continue des services de prise en charge adulte et pédiatrique par les jeunes et adolescents sous traitement à travers des solutions innovantes utilisant les TIC • Renforcement des capacités des prestataires à la gestion des résistances aux ARV pédiatriques • Mise en place d'un système de surveillance de résistances aux ARV pédiatriques

Impact Result 2: By 2022, HIV-related mortality is reduced by 70%

Outcome 2.2: By 2022, 92% of PLHIV adults, adolescents and children living with HIV who know their status receive antiretroviral therapy

Output	Main strategies
Output 2.2.2: By 2022, 90% of adult PLWHA are maintained on treatment	• Strengthening the system for clinical and psychosocial follow-up of patients according to the new national guidelines; • strengthening the implication of the community actors including religious leaders in the follow-up of adults on ART adherence counseling, community dispensation of ARVs and search for lost-to-follow-up) • Integrating Patient Therapeutic Education (PTE) in management in hospital and community settings; • Improving the system for the search for missed appointments and lost to follow-up; • Improving the continuous availability of 1st and 2nd line ARVs in all health and community-based facilities offering them; • Promoting the continuous use of adult and pediatric care services by HIV-positive women and their children, youths and adolescents and adults on ART through innovative ICT solutions; • Implementing interventions including ICTs, psychosocial support to improve retention in care in all HCs; • providing ARVs T for the management of first and second line treatment failures • Building the capacities of healthcare providers for the management of resistance to ARVs in adults • Establishing a system for routine monitoring of ARV resistance in adults • Establishing a system of pharmacovigilance for ARV drugs.
Output 2.2.3: By 2022, 90% of newly diagnosed PLHIV (adolescents and children) are maintained on treatment	• Strengthening the system of the clinical and psychosocial follow-up system of children and adolescents according to the new national case management guidelines • Providing performance-based financing for the quality of healthcare services • Involving community –based and religious organizations in the follow-up of children and adolescents on treatment • Extending adolescent-friendly services to all treatment sites; • increasing community involvement in adherence support, community dispensation of ARVs and active search for lost to follow-up • Integrating Patient Therapeutic Education (PTE into case management; • Integrating case management of children and adolescents in all maternal and infant, and adult care services ; • improving the system for the active search for r i children and adolescents who miss appointments and are lost to follow-up; • improving the continuous availability of 1st and 2nd line pediatric ARVs in every health unit and community-based facility offering ARVs • Creating a child- and adolescent-friendly care environment • Promoting the continuous use of adult and pediatric care services by HIV-positive youths and adolescents on treatment through innovative solutions using ICTs; • Building the capacities of healthcare providers in the management of resistance to pediatric ARVs • Implementing pharmacovigilance of paediatric ARV drugs

Résultat d'impact 2 : d'ici 2022, la mortalité liée au VIH est réduite de 70%

Effet 2.3 : en 2022, 92% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) traitées par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois

Produits	Principales strategies
Produit 2.3.1 : d'ici 2022, 100% des PVVIH suivies bénéficient de la CV selon les directives nationales	• Passage à l'échelle du déploiement des plateformes de charge virale au niveau national et régional en lien avec le plan d'extension de la CV • Organisation du réseautage des sites décentralisés vers les plateformes de charge virale pour le transport et le rendu des résultats de charge virale • Renforcement des capacités des prestataires de santé au prélèvement et à l'utilisation de la charge virale selon les normes établies • Capitalisation du déploiement des Points of Care (POC) acquis dans le cadre du diagnostic de la TB et le diagnostic précoce de l'enfant par PCR en vue de leur utilisation comme plateformes de charge virale • Promotion pour susciter la demande de charge virale par les prestataires de soins et les patients • Mise à disposition continue des réactifs et autres consommables de la CV • Amélioration de l'accessibilité financière à la CV et aux tests de résistance du VIH • Renforcement des capacités des laboratoires nationaux et régionaux (RH, assurance qualité) pour assurer la régularité du suivi biologique
Produit 2.3.2 : d'ici 2022, 100% des PVVIH qui ont une charge virale indétectable sont prises en charge suivant les recommandations	• Renforcement des capacités à la gestion des résistances aux ARV • Mise en place d'un dispositif de surveillance des résistances à tous les niveaux • Renforcement de la disponibilité des ARV de troisième ligne • Amélioration de l'accessibilité financière à la CV et aux tests de résistance du VIH
Produit 2.3.3 : d'ici 2022, 100% des laboratoires accrédités respectent les normes de qualité de réalisation de la charge virale aux PVVIH	• Mise en place d'un système de certification et d'accréditation du personnel et des laboratoires • Actualisation et diffusion du GBEA • Formation des formateurs sur l'assurance-qualité selon les normes SLIPTA (15189) • Mise en place d'un système de maintenance préventive et curative des équipements de laboratoire pour la CV • Renforcement du système de gestion des déchets produits par ces appareils • Mise en place d'un système d'évaluation interne et externe de la CV
Effet 2.4 : d'ici 2022 ; 100% des cas de co-infections et comorbidités sont pris en charge suivant les directives nationales	
Produit 2.4.1 : d'ici 2022, 100% des patients co-infectés TB/VIH reçoivent à la fois les antituberculeux et les ARV	• Renforcement du dépistage/diagnostic de la TB chez les PVVIH et vice versa • Intégration de l'offre de service de prévention, de dépistage et de PEC du VIH dans les services TB et vice versa • Renforcement de la disponibilité continue des ARV et des antituberculeux et autres intrants dans les différents services des FOSA • Systématisation du dépistage de la TB chez les PVVIH.
Produit 2.4.2 : d'ici 2022, 80% des patients infectés bénéficient des mesures de prévention de la tuberculose	• Renforcement de l'offre de service pour la prophylaxie à l'INH chez les PVVIH • Renforcement des mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse dans les structures de prise en charge TB et VIH

Impact Result 2: By 2022, HIV-related mortality is reduced by 70%

Outcome 2.3: By 2022, 92% of PLHIV adults, adolescents and children living with HIV on ART achieve viral suppression at 12 months

Output	Main strategies
Output 2.3.1: By 2022, 100% of PLHIV on ART do viral load test according to national guidelines	• Scaling up the VL platforms at national and regional levels according t to the VL extension plan; • Organizing the network of decentralized sites to VL platforms for the transport and giving of VL results; • Building the capacities of Healthcare providers to collect samples and perform in VL tests according to standards; • taking advantage of the deployed Point of Care (POC) machines acquired for TB and early infant diagnosis by PCR for use as VL platforms; • Encouraging viral load prescription by service providers and uptake by patientsy • Continuous supply of reagents and other VL commodities; • Improving financial accessibility to VL and HIV drug resistance testing. • Building the capacities of National and Regional Laboratories (HR, quality assurance) to ensure regular of laboratory follow-up surveillance
Output 2.3.2: By 2022, 100% of PLHIV who have are not virally suppressed receive care according to national guidelines	• Building the capacities for the management of resistance to ARVs • Establishing a surveillance system for ARV drug resistance at all levels • Increasing the availability of third line ARVs • Improving financial accessibility to VL and HIV drug resistance testing. .
Output 2.3.3: By 2022, 100% of accredited laboratories meet quality standards for measuring of the viral load for PLHIV	• Establishing a certification and accreditation system for staff and laboratories • Updating and disseminating standard operating procedures (SOPs) • Training of trainers on quality assurance according to SLIPTA (ISO 15189) • Establishing a system for preventive and curative maintenance of laboratory equipment for VL • improving the system for the management of waste produced by these devices • Establishing an internal and external evaluation system for VL testing

Outcome 2.4: By 2022, 100% of co-infection and co-morbidity cases are managed according to national guidelines

Output 2.4.1: By 2022, 100% of TB/HIV co-infected patients receive both anti-TB medicines and ART	• Improving screening / diagnosis of TB in PLHIV and vice versa • Incorporating the service for HIV prevention, testing care and treatment into TB units and vice versa • Improving continuous supply of ARVs and TB medicines and other commodities in the respective units in HFs • Systematizing TB screening among PLHIV.
Output 2.4.2: By 2022, 80% of HIV infected patients receive services for tuberculosis prevention	• Improving the offer of INH prophylaxis in PLHIV • Improving control measures for TB infection in TB and HIV care settings

Résultat d'impact 2 : d'ici 2022, la mortalité liée au VIH est réduite de 70%

Effet 2.4 : d'ici 2022 ; 100% des cas de co-infections et comorbidités sont pris en charge suivant les directives nationales

Produits	Principales strategies
Produit 2.4.3 : d'ici 2022, au moins 80% des patients ayant une infection opportuniste sont pris en charge selon les directives nationales	• Renforcement des capacités des prestataires au diagnostic et à la prise en charge des infections opportunistes • Renforcement de l'offre de service pour la prophylaxie au cotrimoxazole • Renforcement des capacités des médecins et paramédicaux des centres référents (pneumologues, infectiologues, gastro-entérologues, etc.), dans la PEC des coïnfections (TB/VIH, Hépatites/VIH) • Renforcement de la prise en charge (diagnostic et traitement) des PVVIH dépistées positives pour l'HVB/HVC • Renforcement de la prise en charge des pathologies les plus morbides (TB, cryptococcoses neuromeningée, toxoplasmose cérébrale, candidose œsophagienne)
Produit 2.4.4 : d'ici 2022, tous les PVVIH sous TARV qui sont éligibles bénéficient d'une prophylaxie à l'INH et sont traitées pour les infections opportunistes et comorbidités (y compris les hépatites)	• Systématisation de la recherche active de la TB chez les PVVIH • Dépistage ciblé des hépatites chez les patients VIH • Passage à échelle de la prophylaxie à l'INH • Renforcement des capacités des médecins et paramédicaux des centres référents (pneumologues, infectiologues, gastro-entérologues, etc.), dans la PEC des coïnfections (TB/VIH, Hépatites/VIH) • Renforcement de la prise en charge (diagnostic et traitement) des PVVIH dépistées positives pour l'HVB/HVC • Renforcement de la prophylaxie au cotrimoxazole à toutes les PVVIH • Renforcement de la prise en charge des pathologies les plus morbides (TB, cryptococcoses neuromeningée, Toxoplasmose cérébrales, candidose œsophagiennes)

Résultat d'impact 3 : d'ici 2022 la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH est améliorée de 50%

Effet 3.1 : d'ici 2022, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des populations clés et vulnérables sont réduites de moitié

Produit 3.1.1 : d'ici 2022, 90% des personnes cibles secondaires (personnels de santé, magistrats, policiers) reçoivent un paquet de service adapté pour réduire la discrimination des PVVIH et les populations vulnérables	• Sensibilisation et renforcement des capacités des professionnels de santé en matière de non-stigmatisation et non-discrimination des PVVIH et droits d'accès aux services • Sensibilisation et renforcement des capacités des autorités juridiques en matière de non-stigmatisation et non-discrimination des PVVIH et droits d'accès aux services • Promotion des politiques de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH au niveau national, sectoriel et en milieu de travail • Renforcement du leadership national et local, et mise en œuvre d'activités de plaidoyer pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination des PVVIH et des populations vulnérables
Produit 3.1.2 : d'ici 2022, les PVVIH bénéficient des services de protection relatifs aux droits humains	• Communication autour des dispositifs de protection des droits humains en direction des PVVIH • Renforcement du dispositif d'assistance juridique au profit des PVVIH • Protection juridique des droits des PVVIH et des groupes vulnérables (assistance juridique, formation juridique…) • Mise en place d'un observatoire et de mécanisme de recours en cas de vilation des droits d'accès aux services des PVVIH

Impact Result 2: By 2022, HIV-related mortality is reduced by 70%

Outcome 2.4: By 2022, 100% of co-infection and co-morbidity cases are managed according to national guidelines

Output	Main strategies
Output 2.4.3: By 2022, at least 80% of patients with opportunistic infections receive care according to national guidelines	• Capacity building of healthcare providers on the diagnosis and the management of opportunistic infections • Improving the offer of cotrimoxazole prophylaxis • Capacity building for doctors and paramedics of reference centres (pneumologists, infectiologists diseases, gastroenterologists, etc.), in the management of co-infections (TB/HIV, Hepatitis/HIV). • Improving the management (diagnosis and treatment) of PLHIV tested positive for HBV/HCV • Improving the management of the most morbid pathologies (TB, cryptococcal meningitis, cerebral toxoplasmosis, oesophageal candidiasis)
Output 2.4.4: By 2022, all PLHIV on ART receive INH prophylaxis and are treated for opportunistic infections and co-morbidities (including hepatitis)	• Systematic active TB screening in PLHIV. • Testing hepatitis in HIV patients • Scaling up INH prophylaxis • Building the capacities of doctors and paramedics of reference centres (pneumologists, infectiologists gastroenterologists, etc.), in the management of co-infections (TB/HIV, Hepatitis/HIV). • Improving the management (diagnosis and treatment) of PLHIV tested positive for HBV/HCV • Improving co-trimoxazole prophylaxis to all PLHIV • Improving the management of the most morbid pathologies (TB, cryptococcal meningites, cerebral toxoplasmosis, esophageal candidiasis)

Impact 3: By 2022, the quality of life of people infected and / or affected by HIV is improved by 50%

Outcome 3.1: By 2022, Stigma and discrimination against PLHIV, key and vulnerable populations are reduced by half

Output 3.1.1: By 2022, 90% of secondary target persons (health workers, magistrates, police) receive appropriate package of services to reduce discrimination against PLHIV and vulnerable populations	• Sensitizing and building the capacities of health professionals to end stigma and discrimination against PLHIV and sensitize on their rights to access services • Sensitizing and building the capacities of health legal authorities to end stigma and discrimination against PLHIV and sensitize on their rights to access services PLHIV Promoting policies against stigma and discrimination against PLHIV at national and sectoral level and at workplace • Strengthening national and local leadership, and implementing advocacy activities to reduce stigmat and discrimination against PLHIV and vulnerable populations
Output 3.1.2: By 2022, PLHIV receive human rights protection services	• Communication about human rights protection for PLHIV • Strengthening legal assistance for PLHIV • Legal protection of the rights of PLHIV and vulnerable groups (legal assistance, legal training ...) • Establishing an observatory and mechanisms for legal redress in the event of violation of the right to service of PLHIV

Résultat d'impact 3 : d'ici 2022 la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH est améliorée de 50%

Effet 3.1 : d'ici 2022, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des populations clés et vulnérables sont réduites de moitié

Produits	Principales strategies
Produit 3.1.3 : d'ici 2022, l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la discrimination	• Intégration de l'approche genre dans le processus de programmation et de suivi-évaluation du PSN, et élaboration d'une budgétisation sensible au genre • Plaidoyer pour renforcer l'intégration de la dimension VIH dans les programmes de lutte contre la violence à l'égard des femmes • Mise en place de partenariat avec les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux pour la promotion de l'égalité et de la lutte contre les violences basées sur le genre • Mobilisation des leaders d'opinion pour l'égalité dans l'accès aux soins • Intégration des diverses populations cibles lors de la planification, la mise en œuvre des interventions et la prise de décision à tous les niveaux du système
Effet 3.2: d'ici 2022, 60% les PVVIH suivies bénéficient du paquet d'accompagnement psychologique et social	
Produit 3.2.1 : d'ici 2022, 60% des PVVIH dans le besoin bénéficient d'un accompagnement psychosocial	• Renforcement de l'offre de services psychologique et social pour les PVVIH suivies dans tous les sites de prise en charge (soutien psychologique et social, autonomisation…) • Mise en œuvre des interventions communautaires d'accompagnement et de soutien aux PVVIH à travers la contractualisation • Renforcement du partenariat entre les structures de prise en charge pour l'accompagnement psychosocial des PVVIH • Soutien aux associations et réseaux de PVVIH
Produit 3.2.2 : d'ici 2022, 60% des PVVIH indigentes bénéficient d'un accompagnement socio-économique	• Renforcement de la mobilisation des ressources pour le soutien socio-économique aux PVVIH (autonomisation) • Renforcement de l'accès aux mécanismes et dispositifs nationaux de protection sociale aux PVVIH indigentes • Mise en œuvre de partenariat et conventions avec les ministères et programmes sociaux concernés (Ministère des Affaires Sociales et autres ministères) • Soutien nutritionnel aux PVVIH sous traitement détenues dans les prisons et centre de détention
Produit 3.2.3 :d'ici 2022, 60% des OEV identifiés reçoivent le paquet minimum de services adaptés à leurs besoins suivant les normes en vigueur	• Renforcement des interventions communautaires d'accompagnement et de soutien holistique aux OEV prenant en compte le caractère multiforme des risques et des vulnérabilités à travers des ONG et associations spécialisées • Mise en place de système de partenariat avec les structures de prise en charge des OEV

Impact 3: By 2022, the quality of life of people infected and / or affected by HIV is improved by 50%

Outcome 3.1: By 2022, Stigma and discrimination against PLHIV, key and vulnerable populations are reduced by half

Output	Main Strategies
Output 3.1.3: By 2022, the social and legal environment protects PLHIV and vulnerable populations against discrimination	• Integrating gender mainstreaming in the NSP programming and monitoring-evaluation process and budgeting • Advocacy to improve the integration of HIV into programmes to end violence against women • Establishing partnership with governmental and non-governmental organizations for the promotion of equity and the fight against gender-based violence • Mobilizing opinion leaders for equity in access to care • Integrating diverse target populations in planning, and implementation of interventions and decision-making at all levels of the system

Outcome 3.2: By 2022, 60% of HIV infected and affected persons receive the psychological and social support package

Output 3.2.1: By 2022, 60% of needy PLHIV receive psychosocial support	• Improving the psychological and social service offered to PLHIV followed up in all ART sites (psychological and social support, empowerment, ...) • Implementing community and support interventions for PLHIV through contracting; • Strengthening partnership between ART sites for the psychosocial support of PLHIV • Giving support to PLHIV associations and networks
Output 3.2.2: By 2022, 60% of needy PLHIV receive social and economic support	• Improving resource mobilization for socio-economic support to PLHIV (empowerment) • Improving access of national social protection mechanisms to needy PLHIVs • Implementing partnerships and agreements with relevant ministries and social programmes (Ministry of Social Affairs and other Ministries) • Providing the nutritional support to PLHIV on treatment in detention
Output 3.2.3: By 2022, 60% of identified OVCs receive the standard minimum package of services tailored to their needs	• Increasing community-based and holistic support to OVCs through NGOs and specialized associations taking into account the multifaceted nature of their risks and vulnerabilities • Establishing partnership systems with OVC case management facilities

Résultat d'impact 4 : d'ici 2022, la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé de 50%

Effet 4.1 : d'ici 2022, la coordination et le leadership de la réponse nationale au VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé

Produits	Principales strategies
Produit 4.1.1 : d'ici 2022 100% des organes de coordination de la riposte aux niveaux national et régional sont fonctionnels et la multisectorialité est renforcée	• Développement et mise en œuvre des plans régionaux intégrés multisectoriels • Renforcement de l'implication des leaders religieux, communautaires, politiques et locaux dans la lutte • Renforcement des capacités techniques des leaders nationaux et locaux • Renforcement des capacités des structures de coordination au niveau national et régional • Renforcement des capacités de riposte (humaines, techniques et financières) des principaux secteurs de développement pour améliorer la qualité des services de prévention, de soins et de soutien aux PVVIH • Renforcement de la synergie d'actions entre le secteur public, privé, société civile • Mise en place d'un cadre de coordination et de partenariat avec la communauté et la société civile • Renforcement du partenariat national et international dans le soutien aux interventions de lutte contre le VIH
Produit 4.1.2 : d'ici 2022, 100% des grandes villes ciblées sont mobilisées à travers les collectivités territoriales décentralisées (communautés urbaines et mairies) pour la lutte contre le VIH	• Renforcement du plaidoyer auprès des collectivités territoriales décentralisées et mobilisation des mairies • Intégration de la composante VIH dans les plans communaux de développement • Renforcement de l'accompagnent et du suivi-évaluation des actions locales de lutte contre le VIH
Produit 4.1.3. d'ici 2022, 100% des secteurs mettent en œuvre des plans opérationnels en cohérence avec le PSN	• Intégration de la composante Santé/VIH dans les stratégies sectorielles avec un système de suivi et de redevabilité des ministères selon leur mandat • Elaboration et mise en œuvre des plans sectoriels et opérationnels en fonction du mandat de chaque secteur et mise en place et/ou redynamisation des comités de coordination sectoriels
Produit 4.1.4 : d'ici 2022, 100% des programmes de coopération bi et multilatéraux sont alignés aux orientations du PSN	• Mise en place d'un cadre de collaboration et d'un système de redevabilité avec les PTF pour l'orientation des interventions selon le PSN • Mise en place d'un système de suivi et évaluation des axes de coopération des PTF • Renforcement de la concertation avec les PTF et la coopération bi- et multilatérale pour l'orientation des interventions selon le PSN

Impact 4: By 2022, the quality of national response governance will progress by 50%

Outcome 4.1: By 2022, coordination and leadership of the National response to HIV are effectively guaranteed at the central and decentralized levels

Output	Main Strategies
Output 4.1.1: By 2022, 100% of the national and regional response coordinating bodies are operational and multi-sectorality is strengthened	• Developing and implementing multi-sector integrated regional plans • Strengthening the involvement of religious, community, political and local leaders in the response to HIV • Building the technical capacities of national and local leaders. • Building the capacities of coordination units at national and regional levels. • Strengthening the response capacity (human, technical and financial) of key development sectors to improve the quality of prevention, care and support to PLHIV • Strengthening the synergy of actions between the public, private and civil society sectors. • Establishing a coordination and partnership framework with the community and civil society • Strengthening national and international partnership in support of HIV response interventions
Output 4.1.2: By 2022, 100% of the major target cities are mobilized for the HIV response through Regional and Local Authorities (city councils and councils)	• Promoting advocacy with Regional and Local Authorities and mobilizing councils • Integrating the HIV component into council development plans • Increasing support and monitoring / evaluation of local HIV response interventions
Output 4.1. 3. By 2022, 100% of the sectors implement operational plans in accordance with the NSP	• Integrating the Health / HIV component into sectoral strategies with a system of follow-up and accountability by ministries in accordance with their mandate • Developing and implementing sectoral and operational plans in accordance with the mandate of each sector • Creating and / or revitalizing sectoral coordination committees
Output 4.1.4 By 2022, 100% of bilateral and multilateral cooperation programmes are aligned with the NSP guidelines	• Establishing a collaboration framework and an accountability system with the TFPs for the orientation of interventions according to the NSP • Establishing a monitoring and evaluation system in the area of TFP cooperation • promoting consultation with TFPs and bilateral and multilateral cooperation for the orientation of interventions according to the NSP

Résultat d'impact 4 : d'ici 2022, la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé de 50%

Effet 4.2 : toutes les ressources financières nécessaires sont mobilisées et utilisées de façon efficiente

Produits	Principales strategies
Produits 4.2.1: d'ici 2022, 100% des ressources requises internes et externes sont mobilisées pour la mise en œuvre du PSN prenant en compte la transition et la durabilité des financements	• Mise en place d'un plan de mobilisation des ressources prenant en compte un plan de transition et de pérennisation des financements • Renforcement du partenariat avec les entreprises et les organisations du secteur privé conformément à la recommandation 200 du BIT dans le cadre de la mobilisation des ressources et leur diversification • Promotion et création des financements innovants (mutuelles, pourcentage sur des taxes proposées par exemple sur des appels téléphoniques, sur des billets d'avion, sur des produits nuisibles à la santé, sur les produits d'extraction minière, etc.) • Suivi de l'engagement budgétaire de l'Etat assuré par le comité des partenaires et l'ICN • Développement d'actions de plaidoyer et d'information en direction des parlementaires pour faciliter l'affectation de ressources financières récurrentes dans les cadres de dépenses des différents ministères
Produit 4.2.2 : d'ici 2022, un système de gestion des risques programmatiques et financiers est mis en place et est opérationnel	• Mise en place un système de gestion des risques programmatiques et financiers • Développement d'un système fonctionnel d'alerte sur la gestion • Décentralisation de la gestion financière et de la mise en œuvre jusqu'au niveau local • Renforcement du contrôle de l'utilisation efficiente des fonds, de la qualité et de la transparence de l'information financière

Effet 4. 3 : la contribution du système communautaire dans la riposte atteint 30% sur le plan stratégique et opérationnel

Produits	Principales strategies
Produit 4.3.1 : d'ici 2022, la fonctionnalité du cadre de coordination du système communautaire progresse de 50%	• Formalisation du cadre de coordination du système communautaire • Renforcement des capacités managériales des organisations communautaires (OBC, ONG, associations) sur le développement de document de politique, sur le management associatif, la gestion, le suivi-évaluation, la gestion axée sur les résultats, la gestion financière, la mobilisation des ressources • Renforcement du réseautage au moyen des ONG faîtières • Harmonisation et renforcement du système d'information stratégique communautaire • Mise en œuvre d'un système d'accréditation des ONG par le Ministère de la Santé Publique • Renforcement du cadre institutionnel de la plateforme du renforcement du système communautaire (RSC)
Produit 4.3.2 : d'ici 2022, le cadre de partenariat et le système de contractualisation entre les institutions gouvernementales et les ONG sont établis	• Mise en œuvre de partenariats et conventions-cadres entre les OSC et les institutions gouvernementales • Renforcement de l'accès du système communautaire aux financements publics et des collectivités territoriales décentralisées dans le cadre de l'approche « Villes» • Renforcement de la communication sociale pour une meilleure adhésion des autorités locales et leaders communautaires dans la lutte • Mise en place de mécanisme de redevabilité des ONG

Impact 4: By 2022, the quality of national response governance will progress by 50%

Outcome 4.2: By 2022, all necessary financial resources are mobilized and used efficiently

Output	Main Strategies
Output 4.2.1: By 2022, 100% of the required internal and external resources are mobilized for the implementation of the NSP taking into account funding transition and sustainability	• Establishing a resource mobilization plan taking into account funding transition and sustainability plan Strengthening partnership with private sector companies and organizations in line with ILO Recommendation 200 in the context of resource mobilization and diversification • Promoting and creating innovative financing (mutual associations, percentage on Taxes imposed for example on phone calls, air tickets, products harmful to health, mining products, etc.) • Following up State budget commitment by the committee of partners and the Country Coordinating Mechanism (CCM) • Advocating for and informing parliamentarians to facilitate the budgetary allocation for recurrent expenses in various ministries
Output 4.2.2: By 2022, a programmatic and financial risk management system is established and functional	• Establishing a programmatic and financial risk management system • Developing a functional management warning system • Decentralizing financial management and implementation up to the local level • Enhancing the audit of the efficient use of funds, the quality and transparency of financial reporting

Outcome 4. 3: By 2022, the contribution of the community system in the HIV response reaches 30% at the strategic and operational levels

Output	Major strategies
Output 4.3.1: By 2022, the functionality of the community coordinating system increases by 50%	• Formalizing the community system coordination framework • Strengthening the managerial capacities of community-based organizations (CBOs, NGOs, Associations) on the development of policy documents, management of groups management, management, monitoring and evaluation, results-based management, financial management, mobilization of resources • Strengthening networking through umbrella NGOs • Harmonizing and strengthening the Community Strategic Information System
Output 4.3.2: By 2022, the partnership framework and the contracting system between government institutions and NGOs are established	• Implementing a system of accreditation of NGOs by the Ministry of Public Health • Consolidating the institutional framework of the community system Strengthening platform (CSSP) • Implementing framework agreements between CSOs and government institutions, • Facilitating access of the community system to public and Regional and Local Authorities funding, within the framework of the "Cities" approach • Strengthening social communication, for a better subscription of local authorities and community leaders to the response • Establishing an accountability mechanism for NGOs

Résultat d'impact 4 : d'ici 2022, la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé de 50%

Effet 4.4 : les informations stratégiques de qualité sur les IST et le VIH sont produites et utilisées pour la prise de décision

Produits	Principales strategies
Produit 4.4.1 : d'ici 2022, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) sur les IST/VIH/sida est opérationnel et efficace	• Mise en place d'un système électronique unique de suivi des patients au niveau des sites de prise en charge • Renforcement des capacités des prestataires sur la collecte et l'assurance-qualité des données • Amélioration du système de collecte des données santé et communautaire • Renforcement de la coordination et la mise en œuvre des travaux de recherche selon les axes identifiés
Produit 4.4 2 : d'ici 2022, un agenda de recherche national en matière d'IST/VIH/sida est développé et mis en œuvre	• Renforcement des capacités organisationnelles des services impliqués dans la surveillance du VIH et des IST. • Renforcement de la surveillance épidémiologique, comportementale et des résistances au moyen des études bio-comportementales pour suivre la dynamique des nouvelles infections parmi les populations plus exposées aux risques • Renforcement du partenariat avec les universités et institutions de recherche pour la mise en œuvre des travaux de recherche et la capitalisation des résultats
Produit 4.4.3 : d'ici 2022, le partenariat entre les parties prenantes dans la production et l'utilisation de l'information stratégique de qualité sur le VIH est renforcé	• Renforcement de la communication institutionnelle entre les différentes parties prenantes de la riposte nationale • Renforcement du partenariat avec les médias pour la diffusion de l'information stratégique sur la lutte contre le VIH • Renforcement des capacités des associations et des autres entités qui participent à la riposte dans le suivi -évaluation et la production de données stratégiques fiables • Renforcement de la coordination entre les partenaires en matière d'information stratégique

Effet 4.5 : d'ici 2022, un système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments et intrants de laboratoire est assuré

Produit 4.5.1 : d'ici 2022, 100% des établissements offrant les services de prévention, soins et traitements du VIH sont dotés de médicaments et autres produits de santé de qualité en quantité suffisante	• Renforcement du partenariat pour la planification, la gestion et le suivi de la mise en œuvre des approvisionnements ARVs et autres commodités VIH (tests rapides, réactifs charge virale, isoniazide et cotrimoxazole, condoms et lubrifiants) • Amélioration de l'efficience des achats et augmentation du financement interne • Renforcement du système d'assurance de la qualité des ARVs et autres commodités VIH • Intensification de la surveillance de contrôle des stocks selon les minimums et maximums à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement • Renforcement des capacités de distribution en ARVs et autres commodités VIH (tests rapides, réactifs charge virale, isoniazide cotrimoxazole, condoms), dans le respect des procédures opérationnelles nationales
Produit 4.5.2 : d'ici 2022, 100% des médicaments et intrants traceurs pour les actions de prévention et de prise en charge du VIH sont stockés selon les bonnes pratiques de stockage	• Amélioration et optimisation des capacités de stockage des ARVs et autres produits de santé de qualité pour la prévention, les soins et traitements du VIH, au niveau de la CENAME et des Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé • Renforcement de la gestion des médicaments et intrants stratégiques pour la prise en charge des PVVIH au niveau de la centrale d'achat et au niveau décentralisé (des pharmacies des établissements sanitaires publics) • Amélioration de la chaîne de froid pour le stockage de certains intrants au niveau central et au niveau décentralisé

Impact 4: By 2022, the quality of national response governance will progress by 50%

Outcome 4.4: By 2022, quality information on STIs and HIV is produced and used for decision making

Output	Main Strategies
Output 4.4.1: By 2022, the National Health Information System (NHIS) on STIs / HIV / AIDS is functional and effective	• Establishing a single electronic patient tracking system at ART sites • Building the capacities of service providers on data collection and quality assurance • Improving the health and community data collection system • Strengthening the coordination and implementation of research according to identified domains
Output 4.4 2: By 2022, a national research agenda on STI / HIV / AIDS is developed and implemented	• Building the institutional capacities of services involved in HIV and STI surveillance. • Strengthening behavioural, epidemiological, and drug resistance surveillance using bio-behavioural studies to monitor the dynamics of new infections in most-at-risk populations • Strengthening partnership with universities and research institutions for the application of research and exploitation of results
Output 4.4.3: By 2022, partnership among stakeholders in the production and use of quality HIV strategic information is strengthened	• Strengthening institutional communication among the different stakeholders of the national response • Strengthening partnership with the media for the dissemination of strategic information on HIV response • Building the capacities of associations and other entities involved in the response, monitoring and evaluation and production of reliable strategic data • Strengthening coordination between partners on strategic information

Outcome 4.5: By 2022 an effective supply and management system of drugs and laboratory commodities is assured

Output 4.5.1: By 2022, 100% of institutions providing HIV prevention, care and treatment are provided with medicines and other quality health in sufficient quantity	• Strengthening partnership for planning, managing and monitoring the implementation of the supply of ARVs and other HIV commodities (rapid tests, viral load reagents, isoniazid and cotrimoxazole, condoms and lubricant gels) • Improving purchasing efficiency and increasing internal funding • Strengthening the quality assurance system for ARVs and other HIV commodities • Improving stock monitoring according to minimum and maximum stock at all levels of the supply chain • Strengthening distribution capacities for ARVs and other HIV commodities (rapid tests, viral load reagents, isoniazid, cotrimoxazole and condoms), in accordance with national operational procedures
Output 4.5.2: By 2022, 100% of medicines and tracer commodities for HIV prevention, care and treatment are stocked according to good storage practices	• Improving and optimizing the storage capacity of ARVs and other quality health products for HIV prevention, care and treatment at CENAME and Regional Funds for Health Promotion • Improving the management of drugs and strategic commodities for the management of PLHIV at the procurement centre and at devolved points (pharmacies of public health facilities) • Improving the cold chain for the storage of certain commodities at the central and decentralized levels

Résultat d'impact 4 : d'ici 2022, la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé de 50%

Effet 4.5 : d'ici 2022, un système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments et intrants de laboratoire est assuré

Produits	Principales strategies
Produit 4.5.3 : d'ici 2022, les informations logistiques de qualité sur la gestion des ARVs et autres commodités VIH (tests rapides, réactifs charge virale, isoniazide et cotrimoxazole, condoms) sont produites et utilisées pour la prise des décisions et l'amélioration de la performance de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux	• Développement d'un SIGL national automatisé et intégré (Renforcement du SIGL et coordination et harmonisation des différents systèmes d'information) qui permettra d'assurer la traçabilité des médicaments ARV, IO, des réactifs et d'avoir une vision régulière sur les tableaux des comparateurs des médicaments et réactifs pour l'infection à VIH et le sida • Amélioration de la qualité, la promptitude, la complétude et la remontée des informations logistiques essentielles au niveau périphérique • Renforcement des capacités des acteurs centraux, régionaux et de districts dans la retro-information et la production des rapports logistiques de qualité • Renforcement du suivi en routine des indicateurs de performance de la chaîne d'approvisionnement VIH
Produit 4.5.4 : d'ici 2022, la coordination et le leadership de la chaîne d'approvisionnement VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé	• Institutionnalisation et mise en œuvre du cadre de coordination nationale et décentralisée de la chaîne d'approvisionnement VIH • Renforcement des capacités humaines et techniques des structures de coordination au niveau national, et décentralisé (DPML, points focaux régionaux GAS et districts) • Renforcement de la synergie d'actions entre le secteur public, la société civile et les partenaires techniques et financiers, y compris les bailleurs des fonds
Produit 4.5.5 : d'ici 2022, les ressources humaines de qualité pour la chaîne d'approvisionnement sont disponibles à tous les niveaux	• Développement et mise en œuvre d'un plan de supervision formative et mentorat du personnel de la CNAME, des FRPS et formations sanitaires incluant les communautés • Renforcement des capacités (quantitatif et qualitatif) du personnel de la DPML/MINSANTE, CNLS, CENAME, des Fonds Régionaux de Promotion de la Santé et formations sanitaires en logistique de santé publique • Amélioration du déploiement des ressources humaines de qualité de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux.

Impact 4: By 2022, the quality of national response governance will progress by 50%

Outcome 4.5: By 2022, an effective supply and management system of drugs and laboratory commodities is assured

Output	Major Strategies
Output 4.5.3: By 2022, quality logistical information on the management of ARVs and other HIV commodities (rapid tests, viral load reagents, isoniazid, cotrimoxazole and condoms) is produced and used for decision-making and improvement of the performance of. the supply chain at all levels	• Developing an automated and integrated national Logistic Management Information System(LMIS) (Strengthening LMIS coordinating and harmonizing various information systems) that will ensure the traceability of ARV and medicines for OIs, reagents and have a regular view on the comparators tables of medicines and reagents for HIV/AIDS. • Improving the quality, timeliness and completeness of essential logistical information reporting at the peripheral level • building the Capacities of central, regional and district stakeholders in the production of quality logistics reports • Enhancing routine monitoring of performance indicators for the HIV supply chain
Output 4.5.4: By 2022, coordination and leadership of the HIV supply chain are efficiently in place at central and decentralized levels	• Institutionalizing and implementing the national and decentralized coordinating framework of the HIV supply chain • Strengthening the human and technical capacities of coordination units at national and decentralized levels (DPML, PSM regional and district focal points districts). • Strengthening synergy of actions between the public sector, civil society, and technical and financial partners including donors
Product 4.5.5: By 2022, quality human resources for the supply chain are available at all levels	• Developing and implementing a training, supervision and mentoring plan for staff of CENAME, Regional Funds for Health Promotion (RFHP), health facilities and communities • Building the capacities (quantitative and qualitative) of the staff of DPML / MoH, NACC, CENAME, Regional Funds for Health Promotion and health facilities logistics in public health • Improving deployment of quality human resources in the supply chain at all levels.

4. Mise en œuvre du Plan Stratégique National IST/VIH 2018 – 2022

4.1 Cadre institutionnel et organisationnel de la mise en œuvre au Cameroun

Le PSN constitue la référence pour tous les programmes qui seront mis en œuvre dans le cadre de la riposte au VIH. Sa mise en œuvre se fait dans un cadre organisationnel et institutionnel en pleine mutation :

- renforcement des rôles de planification, de coordination, de plaidoyer et de mobilisation des ressources du Secrétariat Permanent du CNLS et restructuration (changement de statuts et réorganisation interne) ;
- renforcement du rôle et du leadership du Ministère de la Santé Publique au plan stratégique comme opérationnel ;
- consolidation et responsabilisation accrue du niveau régional.

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

Pour une mise en œuvre harmonieuse de la riposte au Sida entre 2018 et 2022, le Groupe Technique Central du CNLS sera recentré dans ses activités de coordination telles que définies dans le cadre du « Three Ones». Le GTC/CNLS recentre ses interventions dans la coordination de l'élaboration, la révision et les revues des stratégies nationales. L'appui aux instances de coordination et réseaux de la société civile, aux secteurs et d'animation du cadre de concertation des partenaires sera également assuré. Enfin, le GTC/CNLS coordonne les sous système de suivi et évaluation, et assure le leadership du système national de suivi et évaluation ainsi que la mise en œuvre du plan de recherche et d'études d'envergure nationale.

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

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

4. Implementation of the 2018-2022 National Strategic Plan for HIV/AIDS and STIs

4.1 Institutional and organizational framework for the implementation in Cameroon

The NSP is the reference for all programmes executed within the framework of the HIV response, in a changing organizational and institutional context. Its effective implementation:

- Reorganisation of the NACC, and strengthening of its Permanent Secretariat in its planning, coordination, advocacy and resource mobilization roles;
- Strengthening the role and leadership of the Ministry of Public Health at both strategic and operational levels;
- Extending and consolidating decentralisation at the regional level.

The National AIDS Control Committee is the ultimate political, decision-making and strategic orientation body for the fight against AIDS in Cameroon. It is relies on the Permanent Secretariat of the Central Technical Group and the Forum of Partners, that make recommendations to the Committee. The NACC has a working relation with the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS which is the UN coordinating body that supports the National AIDS Response and the CCM (National body for the Coordination of the Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria) which monitors Global Fund projects.

For a smooth implementation of the AIDS response from 2018 to 2022, the Central Technical Group of NACC will focus on its coordination activities as defined under the "Three Ones" framework. The CTG/NACC will refocus its interventions in the coordination, drawing up and revision of the national strategies. Support will also be provided to coordinating mechanisms, civil society networks, and other sectors as well as the facilitation of a platform for consultation of partners. Finally, the CTG / NACC coordinates and provides leadership for the national monitoring and evaluation system as well as the implementation of national research study plans.

Eliminating HIV in Cameroon is possible by implementing a new paradigm that involves national commitment and leadership at the highest level; efficiency in the allocation and use of resources, community and health systems strengthening, governance and national collaboration.

In line with multi-sectorality, stakeholders in all sectors of development will be mobilized within the framework of sector operational strategies for the implementation of the 2018-2022 Strategic Plan. These include the Public Sector, the Private Sector and all the community stakeholders (associations and networks of PLHIV, associations of the most at risk population groups, NGOs and networks involved in the national HIV response etc.). Multilateral and Bilateral Partners will provide technical and financial support for the implementation of the NSP

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

4.2 Modalités de mise en œuvre

Le Plan stratégique 2018 - 2022 sera mis en œuvre à partir d'un plan opérationnel budgétisé, élaboré avec tous les partenaires impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida selon l'approche axée sur les résultats.

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

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

Les principales structures/secteurs de mise en œuvre sont :

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

4.2.1 Au niveau du secteur public

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

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

Regional decentralization of the response to mobilize the various local stakeholders will be established and strengthened. The implementation of the regional plans to fight against AIDS, will allow the strategies to be adapted to the local context to offer prevention and treatment opportunities for the most at risk populations and PLHIV according to the dynamics of the epidemic in Cameroon.
The Regional Governor chairs the RACC.

4.2 Methods of implementation

The 2018 - 2022 Strategic Plan will be implemented from a budgeted operational plan developed with all partners involved in the HIV response according to the results-based approach.
The "top-down" planning strategy will be implemented by rolling out the national operational plan into national multi-sector annual plans which will be broken-down into regional and sectoral plans, following defined priorities and according to the results-based approach, with the involvement of all stakeholders.
The objective of these annual plans will be to guide the implementation of the NSP. They will provide more details on the prioritization of actions, the targeting of interventions, geographical coverage, and the budgeting of programmed activities. Each of the peripheral, regional and national levels identifies the actions it will undertake by referring to the NSP and taking into account the context in which the interventions will be carried out.
The key implementation units / sectors are:

- the health sector (public and private);
- Non-health public and private services (in particular sectors in charge of education, youth, the armed forces, women, labour, tourism, interior, justice, mining, agriculture and livestock etc);
- HIV treatment centres (health and community);
- non-governmental organizations;
- Community-based organizations including PLHIV and key populations

4.2.1 At the Public-Sector level

All the ministries and major state institutions, in addition to their traditional public service missions, will through their respective sectoral committees, carry out HIV / AIDS interventions directed towards their staff, their families, and their users. The purpose here is to seek a synergy of actions so that PLWHIV and other vulnerable groups should take advantage of existing social services. (Social insurance, health insurance, social rights, aid to paupers ...)
Each sector will have as major guideline to offer a response directed towards the general public taking into consideration its primary missions. For example, the ministry in charge of education will give priority to the teaching of HIV, while the Ministry of Health will be concerned with treatment and, etc….

4.2.2 Le Ministère de la Santé Publique : une place essentielle dans la mise en œuvre du PSN IST/VIH 2018-2022.

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

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

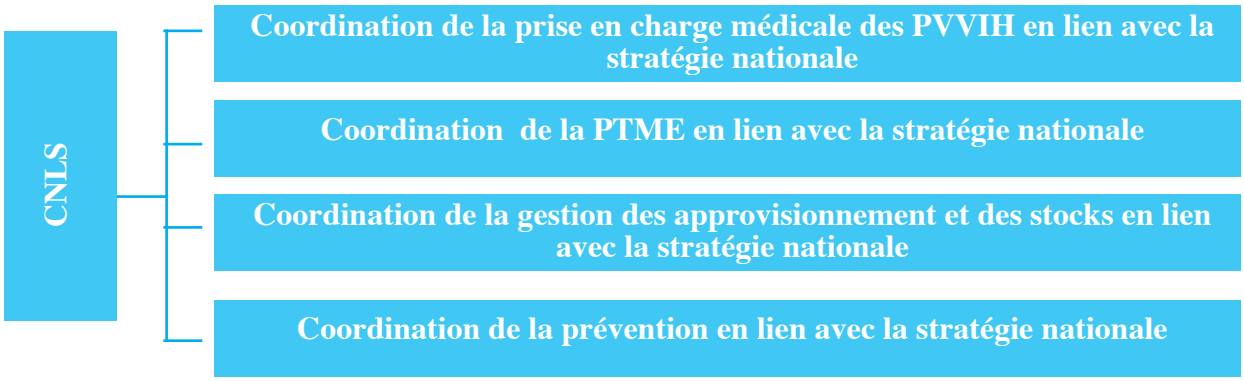


Tableau 13 : Responsables de la mise en œuvre du PSN secteur santé

MINSANTE	Domaine d'intervention	Contribution au PSN
DLMEP	Mise en œuvre des interventions de prise en charge globale	**Impact 2**
DSF	Mise en œuvre des interventions de PTME et PECP	**Impact 1 et 2**
DROS	Mise en œuvre des interventions, recherche et Suivi-Evaluation	**Impact 3**
DPML	Mise en œuvre des interventions VIH en matière d'assurance qualité des laboratoires et d'approvisionnement	**Impact 2 et 4**
DPS	Mise en œuvre des interventions de promotion de la santé	**Impact 1**

La coordination du secteur santé concerne essentiellement trois aspects, à savoir : i) la prise en charge médicale des PVVIH, ii) la PTME et iii) le volet gestion des approvisionnements et stocks (GAS) en intrants.

4.2.3 Sous-secteur éducation et jeunesse

Ce sous-secteur occupe une place centrale dans la mise en œuvre des interventions en vue de la réduction des nouvelles infections chez les jeunes et les adolescents en milieu scolaire et extrascolaire. Il regroupe les

4.2.2 The Ministry of Public Health: an essential place in the implementation of the 2018-2022 HIV/AIDS and STIs NSP

The Ministry of Public Health plays a predominant role in the HIV response in Cameroon. Its actions cover all the major sectors of intervention. First, it provides leadership in the Health Sector (PMTCT, testing and global management); then as Chair of the NACC, the Minister of Public Health ensures the coordination of HIV interventions.

To assure the effectiveness of the health response to HIV, the technical departments of the Ministry of Health, each within the framework of its primary missions interact with the Health Sector Support Section of the CTG / NACC to ensure equitable access to HIV services. Under the authority charge of a Section Head, the Health Sector Support Section is responsible for providing the Ministry of Public Health with technical support in the implementation of the health sector response through the development of norms, guidelines and strategic documents for global management of HIV, PMTCT and the management of supplies. The diagram below summarizes the roles and interactions of the departments of the Ministry of Public Health in the AIDS response.

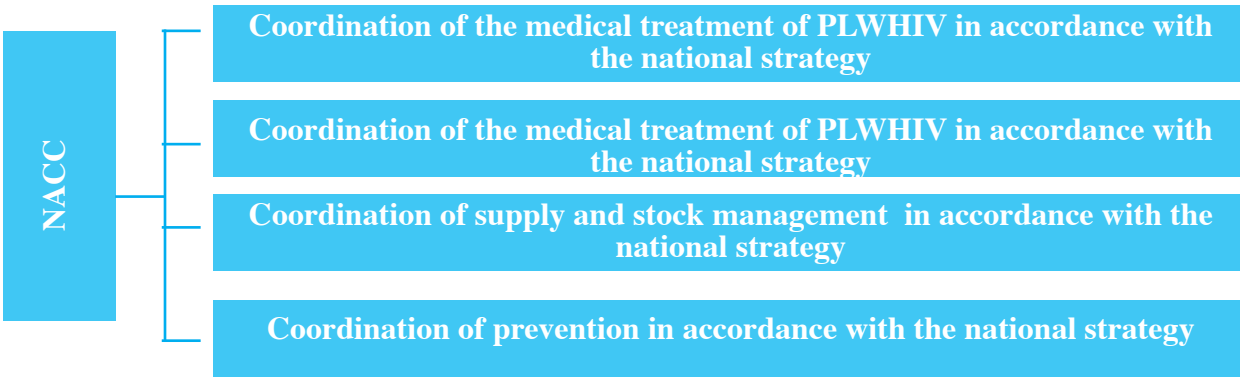


***Table 14* : Departments in charge of implementing the NSP health sector**

MoH	Intervention domain	Contribution to the NSP
DLMEP	Implementation of Global management interventions	**Impact 2**
DSF	Implementation of PMTCT and Pediatric management interventions	**Impact 1 and 2**
DROS	Implementation of Research and Monitoring-Evaluation Interventions	**Impact 3**
DPML	Implementation of HIV interventions in laboratory quality assurance and procurement	**Impacts 2 and 4**
DPS	Implementation of health promotion interventions	**Impact 1**

The coordination of the health sector concerns mainly three aspects: i) the medical care of PLHIV, ii) PMTCT and iii) Procurement and Supply Management (PSM) of commodities.

4.2.3 Education and Youth Sub-Sector

This sub-sector occupies a central position in the implementation of interventions to reduce new infections among youths and adolescents within and outside the school setting. It consists of the Ministries in charge

Ministères des Enseignements Secondaires, l'Education de base, la Jeunesse et l'Education Civique et le Ministère de l'Enseignent Supérieur etc. De façon spécifique, les Ministres en charge des questions d'éducation auront la responsabilité d'intégrer l'information et l'éducation en matière de VIH/sida dans les curricula de formation des élèves de tous les niveaux et des interventions en faveur des enseignants, parallèlement le Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique coordonnera les interventions qui ciblent les jeunes déscolarisés et non scolarisés.

4.2.4 Sous-secteur social (MINAS, MINPROFF)

Ce sous-secteur sera responsable de la promotion de l'équité et de l'égalité entre les sexes dans la lutte contre le VIH/sida en faveur des populations vulnérables. Le MINPROFF sera en charge de la mobilisation des femmes pour la demande des services de prévention de soins en mettant l'accent sur le milieu rural.

4.2.5 Sous-secteur finance et coopération

Il incombe à ce secteur la responsabilité d'assurer que la mobilisation des ressources domestiques (Etat) et les ressources internationales dans le cadre des coopérations bi et multilatérales. Il s'agira entre autres de s'assurer de l'inscription des lignes budgétaires pour la lutte contre le VIH.

4.2.6 Sous-secteur justice, défense, droit humain

Dans ce secteur, on retrouve comme principaux intervenants le Ministère de la Justice, le Ministère de la Défense, la DGSN. Ce secteur est chargé de mettre en œuvre la politique nationale du respect des droits humains et de protection juridique aux PVVIH et autres populations en contexte de vulnérabilité (détenus, réfugiés). En plus, ils mettront en œuvre les interventions de prévention en faveur des différentes forces de sécurité et des personnes en uniforme et leurs familles.

4.2.7 Sous-secteur communication et télécommunications

Ce secteur contribuera à la diffusion de l'information à travers les différents canaux de communication. En outre, il harmonisera et mutualisera les différents messages pour renforcer la prise de conscience.

4.2.8 Sous-secteur emploi travail et formation professionnelle

Ce secteur aura en charge de mobiliser le monde du travail (public et privé) autour de la problématique du VIH et du sida, ceci pour garantir la réduction de l'impact du VIH sur la force de travail. Les principaux intervenants de ce secteur public sont le MINTSS, le MINEFOP et le MINFOPRA. Le MINTSS sera chargé de faire le plaidoyer et de créer une synergie et une appropriation de la lutte par les entreprises et travaillera au renforcement de la protection des travailleurs, notamment ceux vivant avec le VIH, afin de prévenir les risques de discrimination et de stigmatisation. Le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale assure la mobilisation des acteurs du monde du travail pour accroître l'offre de service de dépistage en faveur des travailleurs et leurs familles, promeut la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, et la protection des droits liés au VIH en milieu de travail et renforce l'intégration de la lutte contre le VIH dans les missions d'inspection des Comités d'Hygiène et de Santé, etc.

of education (Basic Education, Secondary education, Youth and Civic Education and Higher Education, etc.). Specifically, the ministries in charge of education will be responsible for integrating information and education on HIV / AIDS into the curricula for the training of students at all levels and interventions for teachers. Similarly, the Ministry of. Youth and Civic Education will coordinate interventions that target youths that have dropped out of school and those that have never been to school.

4.2.4 Social Sub-sector (MINAS, MINPROFF)

This sector will be responsible for promoting both gender equity and equality in the HIV / AIDS response for vulnerable populations. MINPROFF will be in charge of mobilizing women to demand for care and prevention services with a focus on rural areas.

4.2.5 Finance and cooperation sub-sector

It is the responsibility of this sector to ensure the mobilization of national resources (State) and international resources within the framework of bilateral and multilateral cooperation. This comprises among others the inclusion of budgetary allocations for the HIV response.

4.2.6 Justice, Defence and human rights sub-sector

The main stakeholders in this sector are the Ministry of Justice, the Ministry of Defence, and the General Delegation for National Security. The sector is charged with implementing the national policy for the respect of human rights and legal protection of PLHIV and other populations in vulnerable settings (refugees, prisoners). In addition, they will implement prevention interventions in favour of the different security forces, uniform officers and their families.

4.2.7 Communications and telecommunications sub sector

This sector will contribute to the dissemination of information through the different communication channels. In addition, it will harmonise and harness the various messages to boost awareness.

4.2.8. Employment Labour and Vocational Training Sub-sector.

This sector will be responsible for mobilizing workers (public and private) around the topic of HIV and AIDS to reduce the impact of HIV on the workforce. The main players in this public sector are MINTSS, MINEFOP and MINFOPRA. MINTSS will be responsible for advocacy and creating synergy and appropriation of the response by companies and will work to strengthen the protection of workers, especially those living with HIV, in order to prevent the risks of discrimination and stigma.

The Ministry of Labour and Social Security will mobilize stakeholders of the labour world to increase the availaibility of screening services for workers and their families, promote the fight against stigmatization and discrimination, and ensure the protection of HIV-related rights at workplace, reinforce the integration of the against HIV response in Health and Hygiene Committee inspection missions, etc.

4.3 Au niveau du secteur privé

Du fait de leurs engagements en matière de responsabilité sociale, les entreprises du secteur privé ont un rôle important à jouer pour protéger les employés et leurs familles du VIH et du sida. Cependant, le secteur privé dispose d'un riche potentiel jusqu'ici faiblement exploité dans la réponse au sida. De nombreuses compagnies multinationales et nationales ont beaucoup investi dans l'infrastructure sanitaire, dans l'accès au diagnostic, et la formation du personnel à fournir des soins efficaces de qualité à leurs employés, leurs familles et parfois aux communautés riveraines.

Dans le cadre spécifique de la lutte contre le sida, les entreprises du secteur privé telles que PHP, CAMRAIL, ALUCAM, CIMENCAM, SABC, etc. contribuent à la réponse nationale en offrant des services de prévention, de prise en charge (et soutien par le biais du mécanisme d'assurance maladie) en assurant le cofinancement des interventions.

D'autres actions réalisées au travers de partenariats avec les firmes de téléphonie mobile (ORANGE, Camtel, MTN, NEXTEL, etc.) contribuent à faciliter le paiement des salaires des APS des programmes SIDA-PALU-TB, avec AFRICA-Logistic assure le dédouanement du Pooled Procurement Mechanism du FM. Ces initiatives devront être renforcées au cours du quinquennat 2018-2022, tout en identifiant d'autres niches de Partenariat Public-Privé (PPP) dans les domaines de l'extension de la couverture du programme, de l'appui à la chaîne d'approvisionnement, le co-investissement dans l'offre de services de prévention et de prise en charge, la mobilisation des ressources, etc.
Cependant, il importe de dresser une cartographie des interventions de lutte contre le VIH et le sida dans le secteur privé, de documenter les opportunités de PPP, afin de mieux capitaliser sur les opportunités que disposent les entreprises, et d'apporter des appuis à la coordination, la mise en œuvre et le suivi de la contribution du secteur privé à la riposte.

4.4 Au niveau de la société civile

La mise en œuvre d'une politique de partenariat avec les acteurs communautaires (associations et réseaux de PVVIH, associations des groupes de populations les plus exposées, ONG et réseaux impliqués dans la réponse nationale au VIH, etc.) pour renforcer leur contribution et leur participation active à la réponse nationale est déterminante au regard des résultats escomptés par le PSN 2018-2022 en vue de la réduction des nouvelles infections, et la mortalité liée au VIH, ainsi que l'appui social et psychologique aux personnes infectées et affectées par la VIH et de sa participation active dans la mise en œuvre des 90-90-90.

4.5 Au niveau des partenaires au développement

En vue de faciliter la coordination nationale et le suivi de la traçabilité des interventions, les partenaires au développement soutiendront les efforts à travers un appui technique et financier des acteurs des secteurs public, privé et de la société civile en conformité avec le PSN.

4.3. At the level of the Private Sector

Owing to their social responsibility commitments, private sector companies have an important role to play in protecting employees and their families from HIV and AIDS. However, the private sector has a rich potential that has so far been poorly harnessed in the response to AIDS. Many multinational and national companies have invested heavily in health infrastructure, access to diagnosis, and training of staff to provide effective and quality care to their employees, their families and sometimes to neighboring communities.
In the specific context of the AIDS response, private sector companies such as PHP, CAMRAIL, ALUCAM, CIMENCAM, SABC, etc. contribute to the national response by providing prevention, care (and support through the health insurance scheme) and by co-financing interventions.

Other actions carried out through partnerships with mobile phone companies (ORANGE, Camtel, MTN, NEXTEL, etc.) contribute in facilitating the payment of salaries for PSC in the AIDS-MALARIA-TB programmes, with AFRICA-Logistic ensuring the customs clearance of Pooled Procurement Mechanism of the Global Fund. These initiatives need to be strengthened during the five-year period from 2018 to 2022, while identifying additional Public-Private Partnership (PPP) niches in the areas of extending programme coverage, support to the supply chain, co-investment in the provision of prevention and treatment services, resource mobilization, etc.
However, it is important to map HIV and AIDS interventions in the private sector, and to document PPP opportunities, in order to take advantage of opportunities offered by enterprises, and to provide support for coordination, implementation and monitoring of the private sector's contribution to the response.

4.4 At the level of the Civil Society

Implementing the partnership policy with community stakeholders (associations and networks of PLHIV, associations of most- at- risk population groups, NGOs and networks involved in the national response to HIV, etc.) increasing their contribution and active participation in the national response is critical, achieving the results expected in 2018-2022 NSP; and reducing new infections, HIV-related mortality and social and psychological support to those infected and affected by HIV. This will contribute to the achievement of the 90-90-90 targets.

4.5 At the level of Development Partners

In order to facilitate national coordination and follow-up of the traceability of interventions, development partners will offer technical and financial support to public, private sector and civil society stakeholders in line with the NSP.

Le forum des partenaires est un espace de dialogue et de concertation qui a pour mission de favoriser la coordination des actions et des appuis de l'ensemble des partenaires en réponse au VIH au Cameroun.

Le forum des partenaires aura pour tâches spécifiques de : a) faciliter les échanges d'informations sur les actions de chaque partenaire, b) échanger sur les priorités nationales de chaque année en matière de réponse au VIH, c) s'assurer de la synergie, de la complémentarité et l'absence de duplication dans l'appui à la mise en œuvre de la réponse nationale, d) convenir l'allocation des ressources allouées à la lutte contre le VIH en vue d'assurer l'équité géographique dans la fourniture des services de lutte contre le VIH, e) apprécier les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la réponse nationale, f) planifier les supervisions conjointes et convenir des modalités de leur organisation, g) assurer une assistance technique avec tous les autres partenaires.

4.6 Approche Villes au Cameroun

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

Les élus municipaux sont mobilisés pour participer à la réduction de la stigmatisation. Cette approche doit contribuer à mettre fin à l'épidémie de VIH à l'horizon 2030, en accélérant la riposte au VIH d'ici 2022 en particulier pour l'élimination du VIH chez les enfants.

Le PSN 2018-2022 vise la réduction des nouvelles infections parmi les adultes, les adolescents(es), l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la réduction de la mortalité liée au VIH, le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH, la lutte contre toutes les formes de discrimination. A travers cette approche, les principales villes du Cameroun peuvent contribuer à l'atteinte des résultats nationaux en développant des actions locales à partir des sites urbains et de leurs périphéries.

The forum of partners is a platform for dialogue and consultation aimed at promoting coordination of the actions and support of all partners in the HIV response t in Cameroon.

The forum of partners will have the specific tasks of: a) facilitating the sharing of information on the actions of each partner, b) exchanging on the national priorities of each year in the HIV response, c) ensuring synergy, complementarily and the absence of duplication in supporting the implementation of the national response, d) agreeing on the allocation of resources devoted to the f HIV response with a view to ensuring geographical equity in the provision of HIV services, e) assessing the progress made in the implementation of the national response, f) planning joint supervisions and agreeing on the methods of their organization, ,g) providing technical assistance with all other partners.

4.6 Cities approach in Cameroon

The strategy aims to mobilize elected representatives in major cities and city councils to solicit their civic contribution to the national response. This is an innovative approach which enables institutional stakeholders to be accountable based on the magnitude of the epidemic in their locality. This consists of building the appropriate local response inscribed in the council and city council development plans to respond to the needs of the population in the areas in which they live.

Municipal councillors are mobilized to participate in reducing stigma. This approach should contribute to ending the HIV epidemic by 2030 by accelerating the response to HIV by 2022 in particular for the elimination of HIV in children.

The 2018-2022 NSP seeks to reduce new infections among adults, adolescents, eliminate mother to child transmission of HIV, reduce HIV related mortality, provide support for the improvement of the quality of life of PLHIV, and fight against all forms of discrimination. Through this approach, the major cities of Cameroon can contribute to achieving the national results by developing local actions from urban centres and their surroundings.

5. Cadre de suivi et évaluation du PSN 2018-2022

Le cadre de suivi-évaluation du PSN s'inscrit dans les trois principes directeurs d'harmonisation et de coordination de la réponse nationale au VIH/sida (Three One's).

Au cours de la mise en œuvre du présent PSN, le suivi et l'évaluation constitueront la clé de voûte d'un "management basé sur les résultats », et permettront d'apprécier l'efficience et l'efficacité des différents plans d'action. Le système de suivi et d'évaluation permettra en effet d'apprécier la pertinence, l'efficience et l'efficacité des interventions, ainsi que le niveau d'atteinte des cibles et des résultats attendus du PSN. Il devra fournir régulièrement des informations pertinentes en temps réel qui permettront d'opérer si nécessaire, des changements indispensables, pour une utilisation optimale des ressources. De même, le suivi et l'évaluation permettront de documenter les meilleures pratiques en vue de leur dissémination.

Le suivi et l'évaluation de l'actuel PSN sera conduit aux niveaux national et régional par la section technique, au sein du GTC/CNLS et ses démembrements régionaux, en charge de la planification et de la gestion de l'information stratégique. Cette section sera responsable de la coordination de l'information stratégique sur le VIH, des processus de planification stratégique, de la coordination de la mise en œuvre du plan de suivi-évaluation, de la coordination des revues nationales, semestrielles et annuelles. Elle sera également chargée de l'appui aux revues sectorielles et régionales, de la coordination des études et recherche au plan national, de l'élaboration, du suivi des rapports périodiques et du niveau d'atteinte des indicateurs et enfin de la mise en place d'un système d'information et de rétro information sur la réponse nationale.

Ce suivi/évaluation se fera de manière participative, avec le développement de partenariats avec les différents acteurs et programmes et l'animation d'un groupe technique qui appuiera le GTSE dans l'examen des rapports envoyés par les acteurs. Le système de suivi-évaluation s'appuiera également sur les acteurs de chaque niveau (district, régional et communautaire) qui jouent un rôle fondamental dans l'opérationnalisation du système national de suivi et évaluation.

La qualité des données sera améliorée tout le long du processus entre autres par le renforcement des capacités des acteurs, la généralisation du code d'identification unique et la validation des données à tous les niveaux de la pyramide, y compris dans les formations sanitaires. L'informatisation du système de collecte des données au niveau des formations sanitaires facilitera la gestion des données et le suivi des patients.

Le dispositif de suivi-évaluation produira les différents rapports de progrès sur la lutte contre le VIH/Sida (rapport annuel, rapports annuels de progrès de la PTME) à l'organe de coordination nationale (ministères, société civile, secteur privé, organismes bilatéraux et multilatéraux). Au niveau des rapports annuels, l'accent sera mis sur la présentation des résultats par secteur à l'image de la structuration de la réponse. Cela permettra de mieux apprécier les interventions, les résultats et les contributions de chaque secteur et permettra un meilleur ciblage des recommandations dans le sens de renforcer ces réponses.

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSN, le dispositif de recherche sera également renforcé à travers une plus grande implication des institutions universitaires, le renforcement de la surveillance épidémiologique et comportementale auprès des moteurs de l'épidémie. De même, des études de surveillance des résistances au traitement et les analyses budgétaires et cout-efficacité seront également menées.

Le PSN 2018-2022 se dotera d'un plan de suivi-évaluation budgétisé et d'un cadre de performance incluant les indicateurs et leurs détails ainsi que le circuit des données.

5. Monitoring – Evaluation Framework of the 2018-2022 NSP

The NSP Monitoring and Evaluation Framework is part of the three guiding principles for harmonizing and coordinating the national response to HIV / AIDS (Three One's).

During the implementation of this NSP, monitoring and evaluation will be the cornerstone of "results-based management", and will assess the efficiency and effectiveness of the various action plans.
The monitoring and evaluation system will assess the relevance, efficiency and effectiveness of the interventions, as well as the attainment of the targets and expected results of the NSP. It should provide relevant information to effect the necessary changes, for optimal use of resources. Similarly, monitoring and evaluation will document best practices for dissemination.

The monitoring and evaluation of the current NSP will be done at the national and regional levels by the technical section, of the CTG / NACC and its regional organs, in charge of planning and management of strategic information. This section will be responsible for coordinating strategic information on HIV, strategic planning processes, coordinating the implementation of the monitoring and evaluation plan, coordinating national half-yearly and annual reviews. It will also be responsible for supporting sectoral and regional reviews, coordinating studies and research at the national level, developing, and monitoring periodic reports and the level of achievement of indicators and finally setting up an information and feedback system on the national response.

This monitoring / evaluation will be done in a participatory manner, by developing partnerships with the various players and programmes and heading a technical group that will support the M&E Technical Group in reviewing the reports received from the stakeholders. The monitoring and evaluation system will also rely on stakeholders at each level (district, regional and community) who play a fundamental role in making f the national monitoring and evaluation system functional.
Data quality will among other things be improved throughout the process by, reinforcing the stakeholders' capacities, generalizing the unique identification code and validating the data at all levels of the pyramid and including health facilities. Computerizing the data collection system at the health facilities will facilitate data management and patient follow-up.

The monitoring and evaluation system will produce the various progress reports on the HIV / AIDS response (Annual Report, PMTCT Annual Progress Reports) and submit to the country coordinating body (ministries, civil societies, private sector, bilateral and multilateral agencies). In the annual reports, emphasis will be laid on the presentation of the results by sector similar to the structuring of the response. This will better assess the interventions, results and contributions of each sector and target the recommendations for strengthening these responses.

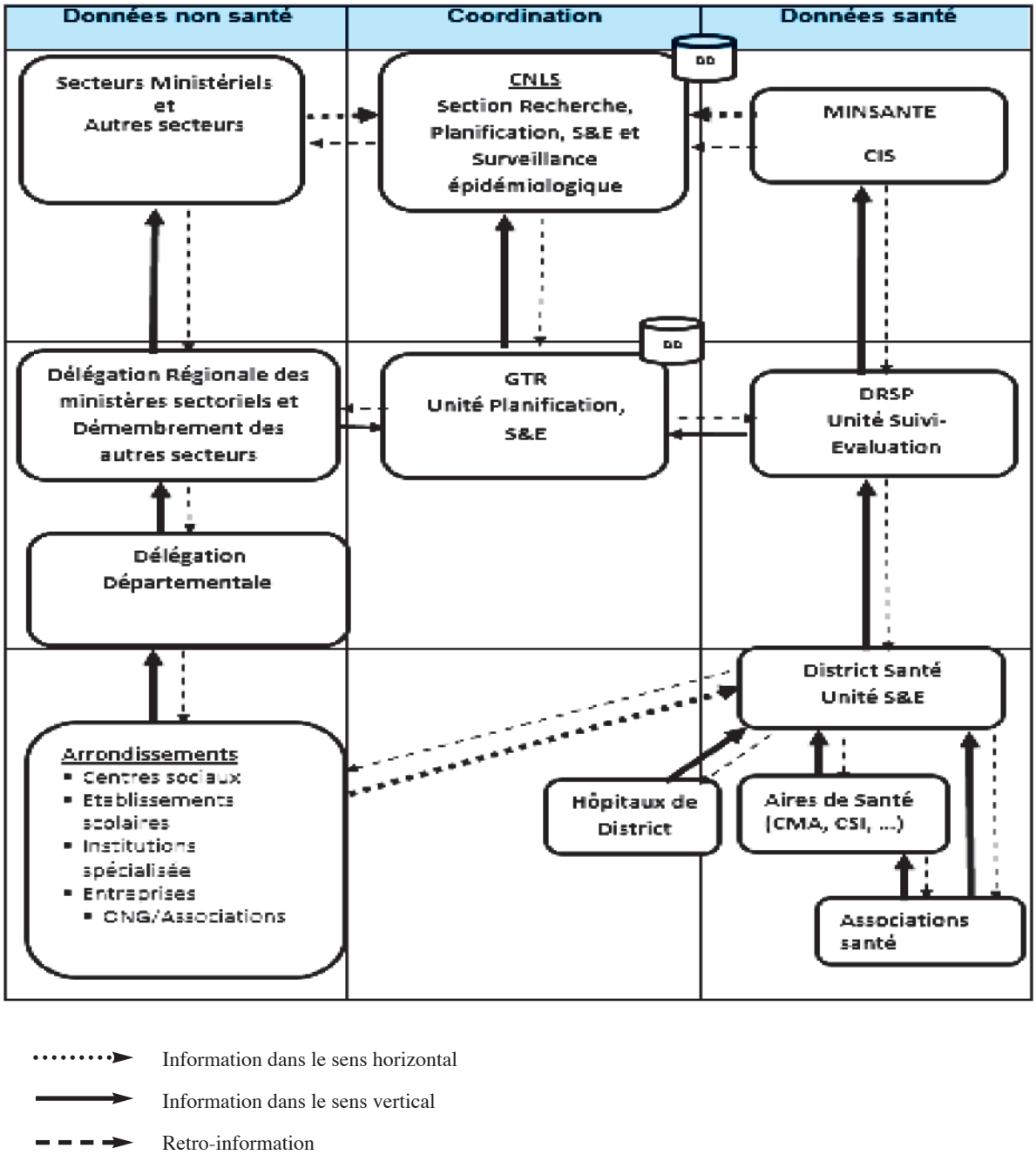
Within the framework of the implementation of the NSP, the research component will also be strengthened through greater involvement of universities and by improving epidemiological and behavioural surveillance of the driving forces of the epidemic. Similarly, surveillance studies on resistance to treatment and budget and cost-effectiveness analyses will also be conducted.

The 2018-2022 NSP will be endowed with a budgeted monitoring and evaluation plan and a performance framework including indicators and their details as well as the data flow.

6. Schéma du dispositif du SE

Une révision du schéma global du dispositif de suivi-évaluation est proposée pour permettre d'optimiser les résultats du PSN 2018-2022

Figure 3 : Dispositif de suivi-évaluation

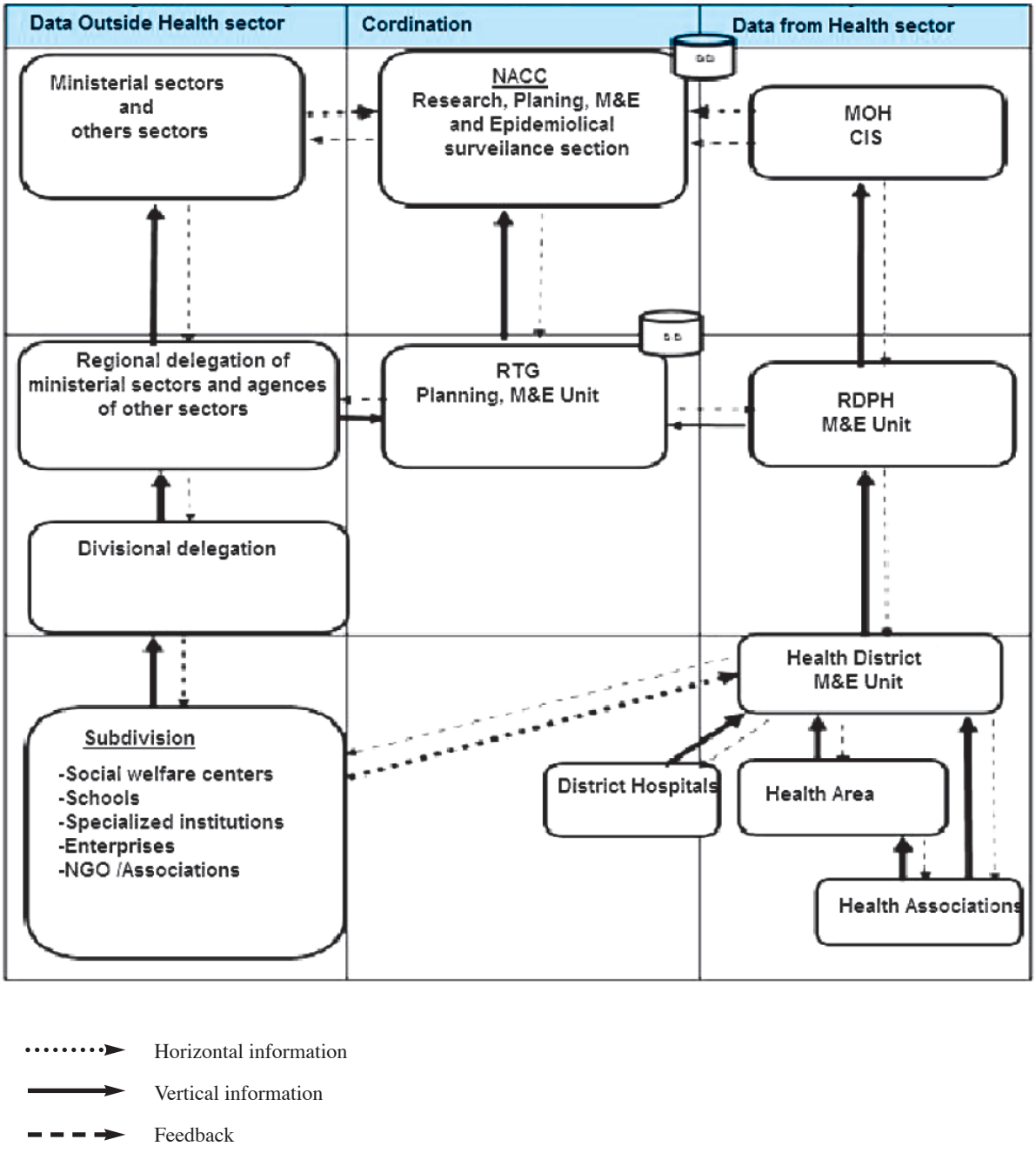


Au niveau central (GTC) et régional (GTR), il existe une section de suivi évaluation dotée de personnels. Des systèmes informatisés bâtis autour du DIHS2 sont utilisés pour capter et faire remonter les données essentiellement sanitaires. Le niveau de disponibilité et de complétude sera renforcé.

6. Sketch of the M&E System

Below is a revised monitoring-evaluation diagram to optimize the 2018- 2022 NSP results

Figure 4 : Monitoring - evaluation diagram



At the central (CTG) and regional (RTG) levels, there is a monitoring and evaluation service endowed with personnel. Computerized systems built around DHIS2 are used to capture and share health data. Data availability and completeness will be strengthened.

7. Cadre de financement du Plan Stratégique National 2018-2022

7.1 Estimation budgétaire du Plan Stratégique National 2018-2022

L'estimation budgétaire réalisée à partir des 04 impacts fait apparaître les masses budgétaires suivantes.

Tableau 15 : Estimation budgétaire du PSN 2018-2022

BUDGET RESUME PAR RESULTAT IMPACT	2018	2019	2020	2021	2022	Total 2018-2022
Résultat d'impact 1 : D'ici 2022, les nouvelles infections sont réduites de 60%	6 483 771 074	7 629 983 642	9 894 264 269	10 040 456 267	4 506 048 582	38 554 523 834
Résultat d'impact 2 : D'ici 2022, la mortalité liée au VIH est réduite de 70%	28 123 885 298	43 754 329 872	47 653 744 689	51 482 919 442	52 854 158 787	223 869 038 088
Résultat d'impact 3 : D'ici 2022, la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH est améliorée de 50%	9 312 673 950	9 260 715 400	11 152 532 400	12 505 653 401	14 834 518 400	57 066 093 551
Résultat d'impact 4 : D'ici 2022, la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé de 50%	16 156 698 103	17 024 639 362	17 504 099 064	18 876 177 491	23 105 173 297	92 666 787 317
TOTAL	**60 077 028 425**	**77 669 668 276**	**86 204 640 422**	**92 905 206 601**	**95 299 899 066**	**412 156 442 790**

BUDGET RESUME PAR EFFETS	2018	2019	2020	2021	2022	Total 2018-2022
Effet 1.1 : En 2022, 80% des enfants et adolescent(e)s de 10 à 24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH	829 869 107	603 852 047	622 584 738	407 232 738	623 631 688	3 087 170 318
Effet 1.2 : D'ici 2022, 90% des populations clés utilisent le paquet de services de prévention combinée	658 226 939	257 466 176	250 356 176	444 123 776	258 664 176	1 868 837 243
Effet 1.3 : D'ici 2022, 90% des populations en contexte de vulnérabilité utilisent le paquet de services de prévention	3 080 096 604	1 587 827 687	1 551 096 737	1 587 034 037	1 567 370 837	9 373 425 904
Effet 1.4 : D'ici 2022, 80% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES/LB) ou sexuelle bénéficient d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE)	5 000 000	2 000 000	2 000 000	4 000 000	2 001 000	15 001 000
Effet 1.5 : D'ici 2022, la transmission Mère – Enfant du VIH est réduite à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois	1 633 856 200	5 169 837 732	7 459 226 618	7 585 104 915	2 045 380 880	23 893 406 345
Effet 1.6 : D'ici 2022, 80% des personnes présentant des signes d'IST ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge	276 722 225	9 000 000	9 000 000	12 960 800	9 000 000	316 683 025
Effet 2.1 : D'ici 2022, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	3 693 552 794	4 486 903 158	4 282 937 463	4 443 309 451	4 743 747 982	21 650 450 849

7. Funding framework for the 2018-2022 National Strategic Plan

7.1 Budget estimate of the 2018-2022 National Strategic Plan

Based on the four impacts, the estimated budget is distributed as follows:

Table 16 : Budget estimate for 2018-2022 NSP

BUDGET SUMMARIZED PER IMPACT	2018	2019	2020	2021	2022	Total 2018-2022
Impact 1 : By 2022 New infections are reduced by 60%	6 483 771 074	7 629 983 642	9 894 264 269	10 040 456 267	4 506 048 582	38 554 523 834
Impact 2 : By 2022, HIV-related mortality is reduced by 70%	28 123 885 298	43 754 329 872	47 653 744 689	51 482 919 442	52 854 158 787	223 869 038 088
Impact 3 :By 2022 the quality of life of those infected and/or affected by HIV is improved by 50%	9 312 673 950	9 260 715 400	11 152 532 400	12 505 653 401	14 834 518 400	57 066 093 551
Impact 4 : By 2022 the quality of national governance response has increased by 50%	16 156 698 103	17 024 639 362	17 504 099 064	18 876 177 491	23 105 173 297	92 666 787 317
TOTAL	**60 077 028 425**	**77 669 668 276**	**86 204 640 422**	**92 905 206 601**	**95 299 899 066**	**412 156 442 790**

BUDGET SUMMARIZED PER OUTCOME	2018	2019	2020	2021	2022	Total 2018-2022
Outcome 1.1 : By 2022, 80% of children, adolescents and young people aged 4 to 24 have adequate skills to protect themselves from HIV	829 869 107	603 852 047	622 584 738	407 232 738	623 631 688	3 087 170 318
Outcome 1.2 : By 2022, 90% of key populations use the combined prevention package of services	658 226 939	257 466 176	250 356 176	444 123 776	258 664 176	1 868 837 243
Outcome 1.3 : By 2022, 90% of vulnerable populations use the package of services for prevention	3 080 096 604	1 587 827 687	1 551 096 737	1 587 034 037	1 567 370 837	9 373 425 904
Outcome 1.4 : By 2022, 80% of victims of accidental exposure to blood and body fluids (AEB) receive care including Post Exposure Prophylaxis (PEP)	5 000 000	2 000 000	2 000 000	4 000 000	2 001 000	15 001 000
Outcome 1.5 : By 2022, Mother-to-Child transmission of HIV is reduced to less than 2% at 6 weeks and less than 5% at 18 months	1 633 856 200	5 169 837 732	7 459 226 618	7 585 104 915	2 045 380 880	23 893 406 345
Outcome 1.6 : By 2022, 80% of people with signs of STI use prevention and care services for their treatment	276 722 225	9 000 000	9 000 000	12 960 800	9 000 000	316 683 025
Outcome 2.1 : By 2022, 92% of adults, adolescents and children living with HIV, know their HIV status	3 693 552 794	4 486 903 158	4 282 937 463	4 443 309 451	4 743 747 982	21 650 450 849

BUDGET RESUME PAR EFFETS	2018	2019	2020	2021	2022	Total 2018-2022
Effet 2.2 : D'ici 2022, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut et reçoivent un traitement antirétroviral	16 950 626 974	30 899 225 976	33 577 105 853	34 842 117 301	35 151 761 783	151 420 837 886
Effet 2.3 : D'ici 2022, 92% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois	5 876 305 440	6 478 507 923	7 936 690 904	10 169 729 110	10 802 930 979	41 264 164 356
Effet 2.4 : D'ici 2022, 100% des cas de co-infections et comorbidités sont pris en charge suivant les directives nationales	1 603 400 090	1 889 692 815	1 857 010 469	2 027 763 580	2 155 718 043	9 533 584 997
Effet 3.1 : D'ici 2022, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des populations clés et vulnérables sont réduites de moitié	50 708 350	23 310 000	42 579 000	18 000 001	24 050 800	158 648 151
Effet 3.2: D'ici 2022, 60% des personnes infectées et affectées par le VIH suivies bénéficient du paquet d'accompagnement psychologique et Social	9 261 965 600	9 237 405 400	11 109 953 400	12 487 653 400	14 810 467 600	56 907 445 400
Effet 4.1 : La coordination et le leadership de la réponse nationale au VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé d'ici 2022	2 918 563 552	933 272 840	979 555 020	977 399 020	977 399 020	6 786 189 451
Effet 4.2 : Toutes les ressources financières nécessaires sont mobilisées et utilisées de façon efficiente	10 745 108 490	12 932 000 327	14 359 046 136	15 471 256 717	16 465 283 878	69 972 695 549
Effet 4.3 : la contribution du système communautaire dans la riposte atteint 30% sur le plan stratégique et opérationnel	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	90 000 000
Effet 4.4 : Les informations stratégiques de qualité sur les IST et le VIH sont produites et utilisées pour la prise de décision	1 776 731 285	2 692 024 945	1 717 707 108	1 975 180 505	5 214 699 599	13 376 343 442
Effet 4.5 : D'ici 2022, un système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments et intrants de laboratoire est assuré	698 294 776	449 341 250	429 790 800	434 341 250	429 790 800	2 441 558 876
	-	-	-	-	-	-
Total	**60 077 028 425**	**77 669 668 276**	**86 204 640 422**	**92 905 206 601**	**95 299 899 066**	**412 156 442 790**

BUDGET RESUME PAR PRODUITS	2018	2019	2020	2021	2022	Total Général 2018-2022
Produit 1.1.1 : d'ici 2022, 80% des enfants (filles et garçons) de 04 à 09 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance de base du VIH.	247 919 288	156 000 000	165 960 450	163 344 950	168 689 400	901 914 088
Produit 1.1.2 : d'ici 2022, 80% des adolescents (filles et garçons) de 10 à 14 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance complète du VIH.	123 454 527	209 883 759	4 000 000	6 000 000	4 000 000	347 338 286
Produit 1.1.3 : d'ici 2022, 80% des adolescents (filles et garçons) de 15 ans à 24 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance complète du VIH.	458 495 292	237 968 288	452 624 288	237 887 788	450 942 288	1 837 917 944

BUDGET SUMMARIZED PER OUTCOME	2018	2019	2020	2021	2022	Total 2018-2022
Outcome 2.2 : By 2022, 92% of of adults, adolescents and children living with HIV, who know their status receive antiretroviral therapy	16 950 626 974	30 899 225 976	33 577 105 853	34 842 117 301	35 151 761 783	151 420 837 886
Outcome 2.3 : By 2022, 92% of adults, adolescents and children living with HIV on ART achieve viral load suppression at 12 months	5 876 305 440	6 478 507 923	7 936 690 904	10 169 729 110	10 802 930 979	41 264 164 356
Outcome 2.4 : By 2022, 100% of co-infections and co-morbidities cases are managed according to national guidelines	1 603 400 090	1 889 692 815	1 857 010 469	2 027 763 580	2 155 718 043	9 533 584 997
Outcome 3.1 : By 2022, stigma and discrimination of PLHIV, key and vulnerable populations are reduced by half	50 708 350	23 310 000	42 579 000	18 000 001	24 050 800	158 648 151
Outcome 3.2: By 2022, 60% of HIV infected and affected people receive the psychological and social support package	9 261 965 600	9 237 405 400	11 109 953 400	12 487 653 400	14 810 467 600	56 907 445 400
Outcome 4.1 : By 2022, coordination and leadership of the national response to HIV is effectively ensured at central and decentralized levels	2 918 563 552	933 272 840	979 555 020	977 399 020	977 399 020	6 786 189 451
Outcome 4.2 : By 2022, all necessary financial resources are mobilized and used efficiently	10 745 108 490	12 932 000 327	14 359 046 136	15 471 256 717	16 465 283 878	69 972 695 549
Outcome 4. 3 : By 2022, the contribution of the community system in the HIV response reaches 30% at strategic and operational levels	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	90 000 000
Outcome 4.4 : By 2022, quality strategic information on STIs and HIV is produced and used for decision-making	1 776 731 285	2 692 024 945	1 717 707 108	1 975 180 505	5 214 699 599	13 376 343 442
Outcome 4.5 : By 2022, an effective supply and management system of drugs and laboratory commodities is assured	698 294 776	449 341 250	429 790 800	434 341 250	429 790 800	2 441 558 876
	-	-	-	-	-	-
Total	**60 077 028 425**	**77 669 668 276**	**86 204 640 422**	**92 905 206 601**	**95 299 899 066**	**412 156 442 790**

BUDGET SUMMARIZED PER OUTPUT	2018	2019	2020	2021	2022	Total General 2018-2022
Output 1.1.1: By 2022, 80% of children (boys and girls) aged 4 to 9 benefit from specific quality prevention programs and acquire basic knowledge about HIV.	247 919 288	156 000 000	165 960 450	163 344 950	168 689 400	901 914 088
Output t 1.1.2: By 2022, 80% of adolescents (boys and girls) aged 10 to 14, benefit from specific quality prevention programs and acquire basic knowledge about HIV.	123 454 527	209 883 759	4 000 000	6 000 000	4 000 000	347 338 286
Output 1.1.3: By 2022, 80 % of adolescents (boys and girls) and young people aged 15 to 24 benefit from specific quality prevention programs for the adoption of low-risk behaviours.	458 495 292	237 968 288	452 624 288	237 887 788	450 942 288	1 837 917 944

BUDGET RESUME PAR PRODUITS	2018	2019	2020	2021	2022	Total Général 2018-2022
Produit 1.2.1 : d'ici 2022, 90% des TS et des HSH ont accès à un paquet complet de services de prévention combinée dans tous les sites.	656 226 939	255 466 176	248 356 176	442 123 776	256 664 176	1 858 837 243
Produit 1.2.2: d'ici 2022, 90% des personnes qui utilisent les drogues sont sensibilisées et ont accès à un paquet adapté de services de réduction des risques	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	10 000 000
Produit 1.3.1 : d'ici 2022, 90% de la population en milieu carcéral sont sensibilisés et ont accès à un paquet adapté de services de prévention dans les prisons	1 623 990 017	102 721 100	101 971 100	131 927 450	111 264 250	2 071 873 917
Produits 1.3.2: d'ici 2022, les femmes et les hommes en situation de vulnérabilité sont sensibilisés et ont accès aux services de prévention du VIH	-	-	-	-	-	-
Produit 1.3.3 : d'ici 2022, 90% des besoins en préservatif (féminin et masculin) et en gels lubrifiants pour la prévention du VIH sont couverts sur tout le territoire national	1 456 106 587	1 485 106 587	1 449 125 637	1 455 106 587	1 456 106 587	7 301 551 987
Produit 1.4.1 : d'ici 2022, tous les sites de dispensation des ARV offrent la PPE en cas d'accidents d'exposition sanguine ou à d'autres liquides biologiques (AES/LB) selon des procédures standardisées	3 000 000	-	-	2 000 000	1 000	5 001 000
Produit 1.4.2: d'ici 2022, les personnes victimes d'AES/LB sont sensibilisées et informées pour l'accès à la prévention	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	10 000 000
Produit 1.5.1 : d'ici 2022, 100% des femmes qui fréquentent les services de SMI/PF sont sensibilisées sur la prévention, le dépistage du VIH et la PTME dans le cadre de la SSR	370 420 220	3 147 749 875	5 768 950 000	5 769 250 000	150 487 375	15 206 857 470
Produit 1.5.2 : d'ici 2022, 95% des femmes enceintes sont dépistées pour le VIH dans les structures de santé publiques et privées et retirent le résultat	655 098 000	431 823 000	434 808 000	434 808 000	434 808 000	2 391 345 000
Produit 1.5.3 : d'ici 2022, 95% des femmes enceintes qui sont dépistées séropositives reçoivent des ARV pour leur traitement et pour réduire le risque de transmission du VIH à leur enfant	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	10 000 000
Produit 1.5.4 : d'ici 2022, 95% des enfants exposés sont testés à la PCR à partir de la 6ieme semaine de vie.	590 155 980	1 572 082 857	1 237 286 618	1 362 864 915	1 441 903 505	6 204 293 875
Produit 1.5.5 : d'ici 2022, 100% des enfants exposés sont mis sous ARV prophylactiques et cotrimoxazole.	16 182 000	16 182 000	16 182 000	16 182 000	16 182 000	80 910 000
Produit 1.6.1 : d'ici 2022, 80% des personnes à risque d'infection par les IST (gonococcie, syphilis, infection à HPV) ont accès aux services de prévention	267 722 225	-	-	3 960 800	-	271 683 025

BUDGET SUMMARIZED PER OUTPUT	2018	2019	2020	2021	2022	Total General 2018-2022
Output 1.2.1: By 2022, 90% of FSW and MSM have access to a comprehensive package of combined prevention services in all the sites.	656 226 939	255 466 176	248 356 176	442 123 776	256 664 176	1 858 837 243
Output 1.2.2: By 2022, 90% of people who use drugs are sensitized and have access to an adapted package services for risk reduction.	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	10 000 000
Output 1.3.1 : By 2022, 90% of the prison population are sensitized and have access to an adapted package of services for prevention in prisons	1 623 990 017	102 721 100	101 971 100	131 927 450	111 264 250	2 071 873 917
Output 1.3.2 : By 2022, vulnerable women and men (economic site workers, truck drivers, uniformed men, persons with disabilities, refugees or displaced persons, indigenous population, Pygmies, Mbororos, etc. and others) are sensitized and have access to HIV prevention services	-	-	-	-	-	-
Output 1.3.3 : By 2022, 90% of needs for condom (female and male) and lubricant gels for HIV prevention are met nationwide	1 456 106 587	1 485 106 587	1 449 125 637	1 455 106 587	1 456 106 587	7 301 551 987
Output 1.4.1 : By 2022, all ART sites offer PEP in the event of accidental exposure to blood and body fluids according to standardized procedures	3 000 000	-	-	2 000 000	1 000	5 001 000
Output 1.4.2 :By 2022, victims of AEB are sensitized and informed on access to prevention	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	10 000 000
Output 1.5.1 : By 2022, 100% of women using MNCH/FP services are sensitized on HIV prevention, testing and PMTCT under SRH	370 420 220	3 147 749 875	5 768 950 000	5 769 250 000	150 487 375	15 206 857 470
Output 1.5.2 : By 2022, 95% of pregnant women are tested for HIV in public and private health facilities and receive the result	655 098 000	431 823 000	434 808 000	434 808 000	434 808 000	2 391 345 000
Output 1.5.3 : By 2022, 95% of pregnant women who are tested positive for HIV, receive ART for their health and to reduce the risk of HIV transmission to their child	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	10 000 000
Output 1.5.4: By 2022, 95% of HIV-exposed children are tested by PCR from the 6th week of life	590 155 980	1 572 082 857	1 237 286 618	1 362 864 915	1 441 903 505	6 204 293 875
Output 1.5.5: By 2022, 100% of HIV-exposed children are put on ARV prophylaxis and cotrimoxazole.	16 182 000	16 182 000	16 182 000	16 182 000	16 182 000	80 910 000
Output 1.6.1 : By 2022, 80% of people at risk of STIs (gonorrhea, syphilis, HPV infection) have access to prevention services	267 722 225	-	-	3 960 800	-	271 683 025

BUDGET RESUME PAR PRODUITS	2018	2019	2020	2021	2022	Total Général 2018-2022
Produit 1.6.2 : d'ici 2022, 80% des personnes présentant des signes d'IST sont prises en charge selon les directives nationales	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
Produit 2.1.1 : d'ici 2022, 90% des populations clés et vulnérables bénéficient d'une offre de dépistage adaptée à travers des approches ciblées et de proximité	1 075 302 867	999 130 700	953 206 117	857 430 850	897 986 367	4 783 056 900
Produit 2.1.2 : d'ici 2022, l''offre permanente de dépistage du VIH, initiée par le prestataire est étendue dans toutes les structures de santé publiques, privées et communautaires	2 618 249 927	3 487 772 458	3 329 731 347	3 585 878 601	3 845 761 615	16 867 393 949
Produit 2.2.1 : d'ici 2022, 100% des PVVIH (adultes, enfants et adolescents) nouvellement diagnostiquées sont mises sous TARV	16 870 456 674	30 866 125 976	33 474 841 703	34 829 517 301	35 136 911 783	151 177 853 436
Produit 2.2.2. d'ici 2022, 92% des PVVIH adultes sont maintenues sous traitement	56 919 000	-	56 919 000	-	-	113 838 000
Produit 2.2.3. d'ici 2022, 92% des PVVIH (adolescents et enfants) sont maintenues sous traitement	23 251 300	33 100 000	45 345 150	12 600 000	14 850 000	129 146 450
Produit 2.3.1 : d'ici 2022, 100% des PVVIH suivies bénéficient de la CV selon les directives nationales	4 374 205 250	4 964 843 473	7 169 331 554	8 964 700 860	9 282 129 079	34 755 210 216
Produit 2.3.2 : d'ici 2022, 100% des PVVIH qui ont une charge virale détectable sont prises en charge suivant les directives nationales	1 449 191 040	1 513 664 450	764 555 200	1 205 028 250	1 517 997 750	6 450 436 690
Produit 2.3.3 : d'ici 2022, 100% des laboratoires accrédités respectent les normes de qualité de réalisation de la charge virale aux PVVIH	52 909 150	-	2 804 150	-	2 804 150	58 517 450
Produit 2.4.1 : d'ici 2022, 100% des patients co-infectés TB/VIH reçoivent à la fois les antituberculeux et les ARV	79 987 532	357 608 950	33 685 000	52 480 000	39 480 000	563 241 482
Produit 2.4.2 : d'ici 2022, 80% des patients infectés bénéficient des mesures de prévention de la tuberculose	83 729 444	88 803 352	76 852 465	108 995 532	107 081 684	465 462 478
Produit 2.4.3 : d'ici 2022, au moins 80% des patients ayant une infection opportuniste sont pris en charge selon les directives nationales	1 430 683 114	1 436 280 514	1 737 473 004	1 859 288 048	2 002 156 359	8 465 881 038
Produit 2.4.4 : d'ici 2022, toutes les PVVIH sous TARV qui sont éligibles bénéficient d'une prophylaxie à l'INH et sont traitées pour les infections opportunistes et comorbidités (y compris les hépatites)	9 000 000	7 000 000	9 000 000	7 000 000	7 000 000	39 000 000

BUDGET SUMMARIZED PER OUTPUT	2018	2019	2020	2021	2022	Total General 2018-2022
Output 1.6.2:By 2022, 80% of people with signs of STI receive care according to national guidelines	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
Output 2.1.1 : By 2022, 90% of key and vulnerable populations receive appropriate testing services through targeted and local approaches	1 075 302 867	999 130 700	953 206 117	857 430 850	897 986 367	4 783 056 900
Output 2.1.2 : By 2022, continuous offer of provider-initiated HIV testing and counselling (PITC) is extended to all public and private health facilities and communities	2 618 249 927	3 487 772 458	3 329 731 347	3 585 878 601	3 845 761 615	16 867 393 949
Output 2.2.1 : By 2022, 100% of newly diagnosed PLHIV (adults, children and adolescents) are placed on treatment	16 870 456 674	30 866 125 976	33 474 841 703	34 829 517 301	35 136 911 783	151 177 853 436
Output 2.2.2 : By 2022, 92% of PLHIV (adults) are maintained on treatment	56 919 000	-	56 919 000	-	-	113 838 000
Output 2.2.3 :By 2022, 92% PLHIV (adolescents and children) are maintained on treatment	23 251 300	33 100 000	45 345 150	12 600 000	14 850 000	129 146 450
Output 2.3.1 : By 2022, 100% of PLHIV on ART do Viral Load test according to national guidelines	4 374 205 250	4 964 843 473	7 169 331 554	8 964 700 860	9 282 129 079	34 755 210 216
Output 2.3.2 : By 2022, 100% of PLHIV who are not virally suppresed receive care according to national guidelines	1 449 191 040	1 513 664 450	764 555 200	1 205 028 250	1 517 997 750	6 450 436 690
Output 2.3.3 : By 2022, 100% of accredited laboratories meet quality standards for measuring the viral load of PLHIV	52 909 150	-	2 804 150	-	2 804 150	58 517 450
Output 2.4.1 : By 2022, 100% of TB-HIV co-infected patients receive both anti-tuberculosis and ART	79 987 532	357 608 950	33 685 000	52 480 000	39 480 000	563 241 482
Output 2.4.2 : By 2022, 80% of HIV-infected patients receive services of tuberculosis prevention	83 729 444	88 803 352	76 852 465	108 995 532	107 081 684	465 462 478
Output 2.4.3 : By 2022, at least 80% of patients with opportunistic infections receive care according to national guidelines	1 430 683 114	1 436 280 514	1 737 473 004	1 859 288 048	2 002 156 359	8 465 881 038
Output 2.4.4 : By 2022, all eligible PLHIV on ART receive INH prophylaxis and are treated for opportunistic infections and co-morbidities (including hepatitis)	9 000 000	7 000 000	9 000 000	7 000 000	7 000 000	39 000 000

BUDGET RESUME PAR PRODUITS	2018	2019	2020	2021	2022	Total Général 2018-2022
Produit 3.1.1 : d'ici 2022, 90% des personnes cibles secondaires (personnels de santé, magistrats, policiers) reçoivent un paquet de service adapté pour réduire la discrimination des PVVIH et des populations vulnérables	13 536 450	14 310 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	54 846 450
Produit 3.1.2 : d'ici 2022, les PVVIH bénéficient des services de protection relatifs aux droits humains	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
Produit 3.1.3 : d'ici 2022, l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la discrimination	28 171 900	-	24 579 000	1	6 050 800	58 801 701
Produit 3.2.1 : d'ici 2022, 60% des PVVIH dans le besoin bénéficient d'un accompagnement psychosocial	12 279 600	58 417 400	8 417 400	8 417 400	62 279 600	149 811 400
Produit 3.2.2 : d'ici 2022, 60% des PVVIH indigents bénéficient d'un accompagnement socio-économique	9 240 686 000	9 169 988 000	11 092 536 000	12 470 236 000	14 739 188 000	56 712 634 000
Produit 3.2.3 : d'ici 2022, 60% des OEV identifiées reçoivent le paquet minimum de services adaptés à leurs besoins suivant les normes en vigueur	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
Produit 4.1.1 : d'ici 2022, 100% des organes de coordination de la riposte aux niveaux national et régional sont fonctionnels et la multisectorialité est renforcée	2 833 123 620	862 591 940	908 874 120	906 718 120	906 718 120	6 418 025 918
Produit 4.1.2 : d'ici 2022, 100% des grandes villes ciblées sont mobilisés est effectif à travers les collectivités territoriales (Communautés urbaines et les Mairies) pour la lutte contre le VIH	42 820 000	42 820 000	42 820 000	42 820 000	42 820 000	214 100 000
Produit 4.1.3: d'ici 2022, 100% des secteurs mettent en œuvre des plans opérationnels en cohérence avec le PSN	25 912 755	16 073 400	16 073 400	16 073 400	16 073 400	90 206 355
Produit 4.1.4: d'ici 2022, 100% des programmes de coopération bi et multilatéraux sont alignés aux orientations du PSN	16 707 178	11 787 500	11 787 500	11 787 500	11 787 500	63 857 178
Produits 4.2.1: 100% Ressources internes et externes (sont mobilisées pour la mise en œuvre du PSN prenant en compte la transition et de durabilité des financements	10 692 339 215	12 889 070 407	14 316 116 216	15 428 326 797	15 831 992 658	69 157 845 294
Produit 4.2.2 : d'ici 2022, un système de gestion des risques programmatiques et financiers est mis en place et est opérationnel	52 769 275	42 929 920	42 929 920	42 929 920	633 291 220	814 850 255
Produit 4.3.1 : d'ici 2022, la fonctionnalité du cadre de coordination du système communautaire progresse de 50%	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000

BUDGET SUMMARIZED PER OUTPUT	2018	2019	2020	2021	2022	Total General 2018-2022
Output 3.1.1 : By 2022, 90% of secondary target persons (health workers, magistrates, police officers) receive an appropriate package of services to reduce the discrimination against PLHIV and vulnerable populations	13 536 450	14 310 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	54 846 450
Output 3.1.2 : By 2022, PLHIV receive human rights protection services	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
Output 3.1.3 : By 2022, the social and legal environment protects PLHIV and vulnerable populations from discrimination	28 171 900	-	24 579 000	1	6 050 800	58 801 701
Output 3.2.1 : By 2022, 60% of needy PLHIV receive psychosocial support	12 279 600	58 417 400	8 417 400	8 417 400	62 279 600	149 811 400
Output 3.2.2 : By 2022, 60% of needy PLHIV receive socioeconomic support	9 240 686 000	9 169 988 000	11 092 536 000	12 470 236 000	14 739 188 000	56 712 634 000
Output 3.2.3 : By 2022,identified OVCs receive the minimum package of services tailored to their needs according to existing standards	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
Output 4.1.1 : By 2022, 100% of coordination bodies of HIV response are operational at central and regional levels and the multi-sector approach is strengthened	2 833 123 620	862 591 940	908 874 120	906 718 120	906 718 120	6 418 025 918
Output 4.1.2 : By 2022, 100% of the major cities targeted are mobilized for the HIV response (City councils and municipal councils)	42 820 000	42 820 000	42 820 000	42 820 000	42 820 000	214 100 000
Output 4.1. 3. By 2022, 100% of all sectors implement operational plans consistent with the NSP	25 912 755	16 073 400	16 073 400	16 073 400	16 073 400	90 206 355
Output 4.1.4 By 2022, 100% of bilateral and multilateral cooperation programs are in line with NSP guidelines.	16 707 178	11 787 500	11 787 500	11 787 500	11 787 500	63 857 178
Output 4.2.1: By 2022, 100% of internal and external resources required for implementating the NSP are mobilized, taking into account the transition and sustainability of funding	10 692 339 215	12 889 070 407	14 316 116 216	15 428 326 797	15 831 992 658	69 157 845 294
Output 4.2.2 : By 2022, a programmatic and financial risk management system is established and functional	52 769 275	42 929 920	42 929 920	42 929 920	633 291 220	814 850 255
Output 4.3.1 : By 2022, the functionality of the Community Coordinating System increases by 50%	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000

BUDGET RESUME PAR PRODUITS	2018	2019	2020	2021	2022	Total Général 2018-2022
Produit 4.3.2 : d'ici 2022, le cadre de partenariat et le système de contractualisation entre les institutions gouvernementales et les ONG sont établis	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
Produit 4.4.1 : d'ici 2022, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) sur les IST/VIH/sida est opérationnel et efficace	1 450 323 335	2 063 141 675	1 556 855 835	1 423 442 235	1 426 460 575	7 920 223 653
Produit 4.4 2 : d'ici 2022, un agenda de recherche national en matière de IST/VIH/sida est développé et mise en œuvre	324 907 950	627 383 270	124 907 950	550 238 270	3 692 492 950	5 319 930 390
Produit 4.4.3 : d'ici 2022, le partenariat entre les parties prenantes dans la production et l'utilisation de l'information stratégique de qualité sur le VIH est renforcé	1 500 000	1 500 000	35 943 324	1 500 000	95 746 075	136 189 398
Produit 4.5.1 : d'ici 2022, 100% des Etablissements offrant les services de prévention, soins et traitements du VIH sont dotés de médicaments et autres produits de santé de qualité en quantité suffisante	598 984 776	345 480 800	330 480 800	330 480 800	330 480 800	1 935 907 976
Produit 4.5.2 : D'ici 2022, 100% des médicaments et intrants traceurs pour les actions de prévention et de prise en charge du VIH sont stockés selon les bonnes pratiques de stockage	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
Produit 4.5.3 : d'ici 2022, les informations logistiques de qualité sur la gestion des ARVs et autres commodites VIH sont produites et utilisées pour la prise des décisions	72 310 000	76 860 450	72 310 000	76 860 450	72 310 000	370 650 900
Produit 4.5.4 : d'ici 2022, la coordination et le leadership de la chaine d'approvisionnement VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
Produit 4.5.5 : d'ici 2022, les ressources humaines de qualité pour la chaine d'approvisionnement sont disponibles à tous les niveaux	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
Total	**60 077 028 425**	**77 669 668 276**	**86 204 640 422**	**92 905 206 601**	**95 299 899 066**	**412 156 442 790**

BUDGET SUMMARIZED PER OUTPUT	2018	2019	2020	2021	2022	Total General 2018-2022
Output 4.3.2 : By 2022, the partnership framework and the contracing system between government institutions and NGOs are established	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
Output 4.4.1 : By 2022, the National Health Information System (NHIS) on STIs / HIV / AIDS is functional and effective	1 450 323 335	2 063 141 675	1 556 855 835	1 423 442 235	1 426 460 575	7 920 223 653
Output 4.4.2 : By 2022, a national research agenda on STI / HIV / AIDS is developed and implemented	324 907 950	627 383 270	124 907 950	550 238 270	3 692 492 950	5 319 930 390
Output 4.4.3 : By 2022, partnership among stakeholders in the production and use of quality HIV strategic information is strengthened	1 500 000	1 500 000	35 943 324	1 500 000	95 746 075	136 189 398
Output 4.5.1 : By 2022, 100% of institutions providing HIV prevention, care and treatment services are provided with medicines and other quality health products in sufficient quantity	598 984 776	345 480 800	330 480 800	330 480 800	330 480 800	1 935 907 976
Output 4.5.2 : By 2022, 100% of medecines and tracer commodities for HIV prevention and care are stocked according to good storage practices	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
Output 4.5.3 : By 2022, quality logistical information on the management of ARVs and other HIV commodities (rapid tests, viral load reagents, isoniazid, cotrimoxazole and condoms) is produced and used for decision-making and the improvement of the performance of the supply chain at all levels	72 310 000	76 860 450	72 310 000	76 860 450	72 310 000	370 650 900
Output 4.5.4 : By 2022, coordination and leadership of the HIV supply chain is efficiently in place at central and decentralized levels	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
Output 4.5.5 : By 2022, quality human resources for the supply chain are available at all levels.	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	45 000 000
Total	**60 077 028 425**	**77 669 668 276**	**86 204 640 422**	**92 905 206 601**	**95 299 899 066**	**412 156 442 790**

7.2 Stratégie pour la mobilisation des ressources

Des opportunités pouvant favoriser la mise en œuvre de ces mesures existent et s'inscrivent dans l'engagement de l'Etat réaffirmé dans les politiques publiques de développement durable et de lutte contre les maladies prioritaires lors de la déclaration de politique devant l'Assemblée Nationale en juin 2016. En effet, au niveau national, il existe plusieurs éléments favorables pour la mise en œuvre efficace du PSN 2018-2022 :

- perspectives favorables de croissance économique, la mise en œuvre des politiques macroéconomiques et des reformes visant la mobilisation des recettes et l'amélioration de la fiscalité offrent des espaces budgétaires et un potentiel réel d'augmentation des ressources publiques en faveur du financement du cadre d'investissement ;
- signature de la demande de financement du Fonds mondial pour le VIH et la tuberculose pour les années 2018-2020 ;
- adoption des nouveaux objectifs de développement durables (ODD) en septembre 2015 par l'ONU avec l'engagement actif des partenaires techniques et financiers au niveau national pour accompagner le Gouvernement dans la mise en œuvre efficace des programmes, notamment dans le secteur de la santé et VIH.

7.3 Financement de transition et de durabilité

Concernant le financement de transition et de durabilité, une analyse sera engagée dans le cadre de sa mise en œuvre dont l'objectif premier est de fournir aux autorités du Cameroun des données factuelles complètes identifiant les besoins et possibilités d'investissement pour la lutte contre le VIH dans le cadre du financement de la santé et du développement. Cette analyse devra mettre en évidence différentes options de politique financières et scénarii d'investissement, selon les données retenues dans la priorisation des programmes relatifs au VIH. Une évaluation et un état des lieux des ressources financières domestiques, ainsi que des opportunités dans le secteur privé seront réalisés pour réduire la dépendance aux financements extérieurs. Le financement du PSN 2018-2022 requiert après l'étape de budgétisation, l'organisation d'une table ronde de mobilisation des ressources où l'ensemble des parties prenantes et partenaires techniques et financiers seront conviés.

7.2 Strategy to mobilize resources

Opportunities to promote the implementation of these measures exist and are contained in the State's commitment to public policies for sustainable development and the fight against priority diseases reaffirmed during the policy declaration before the National Assembly in June 2016. Indeed, at the national level there are several factors favouring the effective implementation of the 2018-2022 NSP:

- Prospects for healthy economic growth, the implementation of macroeconomic policies and reforms aimed at mobilizing revenue and improving taxation will offer budget opportunities and a great potential for increasing public resources to finance the investment framework;
- The signing of the funding request to the Global Fund for HIV and Tuberculosis for the 2018-2020 period;
- The adoption of the new Sustainable Development Goals (SDGs) in September 2015 by the UN with the strong commitment of technical and financial partners at the national level to support the Government in the effective implementation of programmes, particularly in the field of health and HIV.

7.3 Transition and sustainability of funding

With regards to transition and sustainability of funding, an analysis will be undertaken within the framework of the implementation of transition funding with the main objective to provide the Cameroonian authorities with complete factual data identifying investment needs and opportunities for the HIV response within the framework of health financing and development. This analysis should highlight different options of funding policies and investment scenarios, based on the data retained in the prioritization of HIV programmes. An assessment and inventory of domestic financial resources as well as opportunities in the private sector will be implemented to reduce dependence on foreign funding. After the budgeting stage, funding for the 2018-2022 NSP requires the organization of a roundtable to mobilize resources where all stakeholders and technical and financial partners will be invited

REVUE EXTERNE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2014-2017

EXTERNAL REVIEW OF 2014-2017 NATIONAL STRATEGIC PLAN

8.1 Situation géographique

Le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée, entre les 2ème et 13ème degrés de latitude nord et les 9ème et 16ème degrés de longitude est. Le pays s'étend sur une superficie de 475 650 kilomètres carrés. Il présente une forme triangulaire qui s'étire au sud jusqu'au lac Tchad sur près de 1200 km tandis que la base s'étale d'ouest en est sur 800 km. Il possède au sud-ouest une frontière maritime de 420 km le long de l'océan Atlantique. Il est limité à l'ouest par le Nigéria, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'est par la République Centrafricaine, et au nord-est par le Tchad. Enfin, au sommet du triangle, au nord, il est coiffé par le Lac Tchad.

8.2 Situation démographique

Selon les projections des données du troisième Recensement General de la Population et de l'Habitat (RGPH3) de 2005, la population du Cameroun en 2017 est estimée à 24 253 757 habitants avec 49,4% d'hommes et 50,6% de femmes.
Plus de la moitié de la population a moins de 18 ans et le poids démographique des enfants âgés de moins de 15 ans se situe à 43,6%. Selon le milieu de résidence, on observe des variations assez nettes dans la structure par âge de la population. Les enfants âgés de moins de 15 ans représentent 39,2% de la population en milieu urbain et 47,8% en milieu rural. Les personnes âgées (60 ans et plus), qui représentent 5,5% de la population totale du pays, sont particulièrement plus représentées en milieu rural qu'en milieu urbain (6,5% vs 3,4%).

L'urbanisation est certainement le fait démographique le plus marquant que révèlent les résultats définitifs du 3ème RGPH. En effet, le nombre de villes de plus de 100 000 habitants est passé de 6 à 9 entre 1987 et 2005, avec 2 villes, Douala et Yaoundé, qui frôlent chacune les 2 millions d'habitants. De cette situation, le taux d'urbanisation est passé de 37,9% à 48,8% de 1987 à 2005.

8.3 Contexte socio-économique

Au plan social, près de deux personnes sur cinq (37,5%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire (ECAM4, 2014), principalement en zone rurale (environ 90%) et dans les régions septentrionales (plus de 52%). En 2010, 70% de la population était en situation de sous-emploi, c'est-à-dire travaillait involontairement moins de la durée hebdomadaire minimale de 35 heures, ou gagnait moins que le SMIG horaire.

Par ailleurs, le taux net de scolarisation au niveau primaire (personnes ayant un âge compris entre 6 et 11 ans) est resté autour de 80% entre 2005 et 2010. Le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 ans ou plus était estimé à 71% en 2010 (55% chez les femmes). Avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,512, le Cameroun occupait le 153ème rang des pays évalués en 2014. L'Indice de Développement Humain Ajusté aux Inégalités (IDHI) a connu une évolution à la hausse, passant de 0,330 en 2013 à 0,344 en 2015. Cette hausse traduit une augmentation de l'inégalité de niveau de vie notamment dans les domaines des revenus, de la santé et de l'éducation.

8.1 Geographic Situation

Cameroon is located in Central Africa in the Gulf of Guinea, between the 2nd and 13th degree latitude north and the 9th and 16th degree longitude east. The country covers a surface area of 475650 square kilometers. It has a triangular shape that stretches northwards to Lake Chad by nearly 1 200 km while the base stretches from west to east over 800 km. It has a maritime boundary of 420 km along the Atlantic Ocean to the south-west. It is bounded on the west by Nigeria, on the south by Congo, Gabon and Equatorial Guinea, on the east by the Central African Republic, and on the north-east by Chad. Finally, at the top of the triangle, to the north, it is capped by Lake Chad.

8.2 Demographic situation

According to the projections of the third national population and housing census (GPHC3) conducted in 2005, the population of Cameroon is estimated at 24 253 757 inhabitants with 49.4% of men and 50.6% of women among.

More than half of the population is aged below 18 years and the demographic weight of children below 15 years represents 39.2% of the population in cities and 47.8% in rural areas. The older people (aged 60 and above) who make up 5.5% of the entire population of the country is more represented in the rural areas than in the cities (6.5% vs 3.4%).

Urbanisation is the most striking finding of the 3rd Population and Household census. The results reveal that the number of towns with more than 100 000 inhabitants increased from 6 to 9 between 1987 and 2005, with the towns of Douala and Yaounde having close to 2 million inhabitants each. The urbanisation rate increased from 37.9% to 48.8% between 1987 and 2005.

8.3 Socio – economic Context

On the socio-economic scale, two out of three people (37.5%) were living under the poverty line (ECAM4, 24) mainly in the rural zones (about 90%) and in the northern regions (more than 52%). In 2010, 70% of the population was under-employed, that is, working unwillingly below the minimum weekly standard working hours of 35 hours or earned below the guaranteed minimum wage.

Furthermore, the school enrolment rate at the primary level (people aged between 6 and 11 years) stood at about 80% between 2005 and 2010. The literacy rate of people aged 15 years and above was estimated at 71% in 2010 (55% for women). With a human development index (HDI) of 0.512, Cameroon ranked the 153rd position of countries assessed in 2014. The Human development index adjusted to inequalities experienced an increase from 0.330 to 0.344 in 2015. This increase is an indicator of the disparities in the standards of living notably income, health and education.

Le pays est confronté à la persistance de poches d'insécurité aux frontières du nord et de l'est, du fait de la menace du groupe Boko Haram et de la crise en République Centrafricaine (RCA). La croissance camerounaise s'est consolidée en 2015 au rythme de 5,7%, tirée principalement par le secteur secondaire qui a crû de 8,4%.

8.4 Contexte sanitaire

Sur le plan sanitaire, le Cameroun compte 189 districts de santé et 1388 aires de santé qui mettent en œuvre les programmes prioritaires de santé et assurent les soins de santé de base aux populations. L'offre de santé au Cameroun fait état de l'existence sur le plan opérationnel de 4034 Formations Sanitaires (FOSA) fonctionnelles, dont 4 hôpitaux de 1ère catégorie, 3 hôpitaux de 2ème catégorie, 11 Hôpitaux Régionaux et assimilés (HR). Concernant le personnel, on note une inégale répartition 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 (58,3%). 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 (7,6%) 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). Par ailleurs, on observe des disparités dans l'accessibilité géographique aux soins suivant la zone de résidence (entre le milieu rural et le milieu urbain). À titre d'exemple, seulement 46,7% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 86,7% en zone urbaine.

Le secteur de la santé semble connaître une nette amélioration avec la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies. Toutefois, l'épidémiologie du pays reste dominée par des maladies transmissibles telles que le VIH.

8.5 Contexte global de l'épidémie de VIH

L'épidémie de VIH au Cameroun est généralisée, se distinguant par une prévalence moyenne de 4,3% dans la population des 15-49 ans (EDS IV 2011). Selon les estimations et projections épidémiologiques effectuées à l'aide du logiciel EPP- Spectrum 2017, l'évolution de la prévalence ces dernières années a une tendance à la baisse, allant de 4,3% en 2012 à 3,8% en 2016. Elles indiquent en 2016, un nombre de PVVIH de 560 000 avec 32 000 nouvelles infections.

Les tendances montrent que quel que soit l'âge, la prévalence du VIH chez les femmes est supérieure à celle des hommes, et en général supérieure à la prévalence globale. Chez les 15-24 ans, on note une stabilisation de la prévalence depuis 2012 (1,1% chez les garçons et 1,9% chez les filles). Chez les plus de 15-49 ans, les prévalences chez les femmes et les hommes sont respectivement passées de 5,7% et 3,0% à 5,1% et 2,5% entre 2012 et fin 2016.

The country faces persistent pockets of insecurity on the northern and eastern frontiers, due to the threat of the Boko Haram group and the crisis in the Central African Republic (CAR). Cameroon's growth consolidated in 2015 at a rate of 5.7%, driven mainly by the secondary sector, which grew by 8.4%.

8.4 Health context

Cameroon has 189 health districts and 1388 health areas that implement priority health programmes and provide basic health care to the population. Figures show that, for the provision of health services, Cameroon counts 4034 operational Health Facilities (HFs), that comprise four 1st category hospitals, three 2nd category hospitals, 11 Regional hospitals (RHs) and others ranked as such. As concerns personnel, there is an uneven distribution among the 10 regions of the country. The Littoral, Centre and West regions have 9172 personnel out of 15720 in the public sector, representing more than half (58.3%) of the personnel. Conversely, the South West, Adamawa and North with 2327, represent only 14.8% of the personnel. It should also be noted that the Far - North region, the second most populated region in the country (about 3.3 million inhabitants) has only 1197 (7.6%) health personnel. Ratios range from 0.17 physicians for 10,000 people in the Far North Region to 2.45 in the Centre Region; and from 0.31 nurses per 10,000 inhabitants in the South West to 7.41 in the Centre. These data do not meet the standards of the World Health Organization (WHO) . In addition, there are disparities in geographic accessibility to healthcare depending on the area of residence (between rural and urban areas). For example, only 46.7% of deliveries are attended by qualified personnel in rural areas, compared to 86.7% in urban areas.

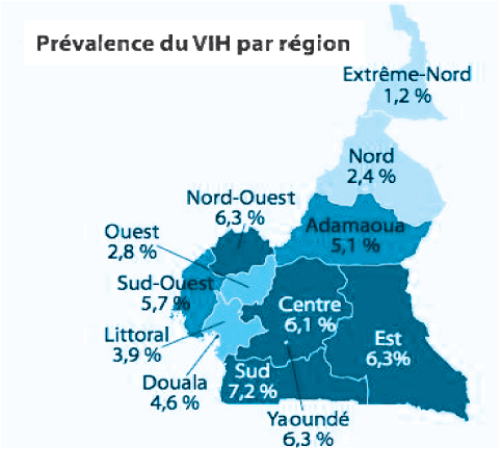
The health sector appears to be witnessing a significant improvement with the reduction of disease-related morbidity and mortality. However, the epidemiology of the country remains dominated by communicable diseases such as HIV.

8.5 Global context of the HIV epidemic

Cameroon is in a context of generalised HIV epidemic, with a mean prevalence of 4.3% in the 15-49 years age group (DHS IV, 2011). According to estimations and projections of the epidemic by the EPP-Spectrum software in 2017, the trends in the prevalence show a drop from 4.3% in 2012 to 3.8% in 2016, with 560 000 PLHIV and 320 000 new HIV infections.

Furthermore, the projections reveal that the prevalence of HIV in women is higher than in men and higher than the overall prevalence. In the 15-24 years age group, the epidemic has remained stable since 2012 (1.1% in boys and 1.9% in girls). In the 15-49 years age group, the prevalences in men and women decreased from 5.7% and 3% to 5.1% and 2.5% respectively between 2012 and 2016.

Bien que les données soient relativement anciennes (EDS, 2011), on note une distribution de l'épidémie caractérisée par des disparités de prévalence d'une région à l'autre. C'est dans les régions du Sud (7,2%), de l'Est (6,3%), du Nord-Ouest (6,3%), la ville de Yaoundé (6,3%), du Centre (6,1%), du Sud-Ouest (5,7%), de l'Adamaoua (5,1%) et la ville de Douala (4,6%) que la prévalence est la plus élevée. À l'opposé, dans les régions de l'Extrême-Nord (1,2%), du Nord (2,4%), de l'Ouest (2,8%), du Littoral (3,9%) elle est inférieure à la prévalence nationale.



8.6 Dynamique de l'épidémie dans la population générale

Globalement, l'évolution de la prévalence au cours des années a une tendance à la baisse. Selon EDS, entre 2004 et 2011, la prévalence du VIH dans la population générale est passée de 5,5% à 4,3%, soit une baisse d'environ 22%. L'amplitude de cette baisse est toutefois différente chez les hommes et les femmes, puisque la prévalence est passée de 4,1% à 2,9% chez les hommes et de 6,8% à 5,6% chez les femmes.

Entre 2012 et 2016, l'estimation du taux d'incidence du VIH était à la baisse allant de 1,67 pour 1000 à 1,39 à tous les âges. Cette même tendance a été observée concernant les nouvelles infections chez les enfants de 0 à 14 ans où le nombre de nouvelles infections estimées est passé de 6 700 à 4 000 [1600 - 9000] pour la même période. Elles devraient continuer de diminuer pour atteindre 1 195 en 2021 si la mise en œuvre des interventions combinées de prévention et de prise en charge des groupes moteurs est effective.

Les couples stables, les clients des professionnelles de sexe (PS) constituent les moteurs reconnus de l'épidémie avec une contribution à hauteur de 80% des nouvelles infections. Par ailleurs, les estimations du nombre de nouvelles infections entre 2012 et 2016 indiquent que les jeunes de 15-24 ans ont toujours été des moteurs de l'épidémie et le resteront jusqu'en 2020. Ils continueront à contribuer au moins de moitié dans l'épidémie à VIH.

Concernant la mortalité, le nombre total estimé de décès liés au VIH est passé de 28 000 en 2012 à 31 000 en 2015 avant de baisser pour atteindre 29 000 en 2016. Les projections par EPP-Spectrum jusqu'en 2021 font observer que la mortalité continuera de baisser considérablement pour atteindre 8 000 en 2021 si les stratégies mises en place et les résultats actuels sont maintenus.

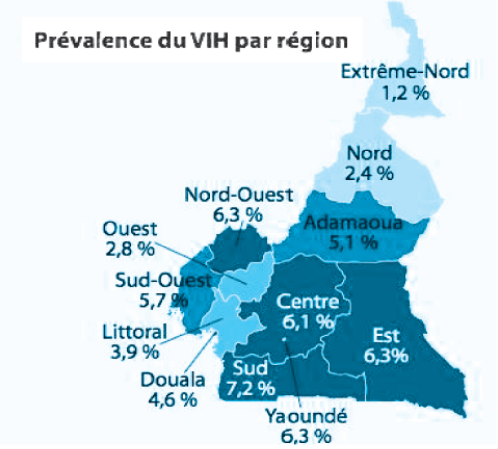
8.7 Situation du VIH parmi des populations clés et groupes vulnérables

8.7.1 Jeunes filles et garçons

Les projections sur les données de population indiquent que les jeunes de 15 à 24 ans représentent 19,3% de la population en 2017 (4 795 872/ 24 787 011)[4] , la tranche d'âge des 0-14 ans est estimée à 42,7% (10

[4] Projections démographiques et estimations des cibles prioritaires des différents programmes et interventions de sante. UNFPA ; MSP, INS, Juin 2016

Although the results of 2011 DHS are not up to date, the regional distribution of the prevalence shows disparities from one region to another. The prevalence appears to be higher in the South Region (7.2%), East Region (6.3%), North-West Region (6.3%), Yaounde (6.3%), Centre Region (6.1%), South-West Region (5.7%), Adamawa Region (5.1%) and Douala (4.6%), while it is lower than the national prevalence in the Far-North Region (1.2%), North Region (2.4%), West Region (2.8%) and the Littoral Region (3.9%).



8.6 Dynamics of the epidemic in the general population

Globally, the evolution of the prevalence over the years shows decreasing trends. According to the DHS, between 2004 and 2011, the HIV prevalence in the general population dropped by 2.2% from 5.5% to 4.3%. However, the magnitude of the decrease is not the same in men and women, the prevalence dropped from 4.1% to 2.9% in men and from 6.8% to 5.6% in women.

Between 2012 and 2016, there was a decrease in the estimated incidence of HIV from 1.67 to 1.39 per thousand in all age groups. The same trends were observed for new infections in children aged 0 to 14 years, where the estimated number of new infections dropped from 6 700 to 4 000 [1600 - 9000] within the same period. These infections should continue to decrease reaching 1 195 infections in 2021 if the implementation of combined interventions of prevention and management of driver groups is effective.

The stable couples and the clients of female sex workers are known drivers of the epidemic contributing to about 80% of new infections. Also, the estimated number of new infections between 2012 and 2016 indicate that, the 15-24 years age group has always been a driver of the epidemic and will continue to be a driver till 2020, contributing for at least 50% in the HIV epidemic.

As far as mortality is concerned, the overall estimated number of deaths due to HIV increased from 28 000 in 2012 to 31 000 in 2015 before decreasing to 29 000 in 2016. The projections by EPP-Spectrum up to 2021 reveal that the mortality will continue to decline considerably to reach 8 000 deaths in 2021 if the strategies put in place and the current results are maintained.

8.7 Situation of HIV among key populations and vulnerable groups

8.7.1 Young girls and boys

The projections projections revealed that youths of the 15 to 24 years age group represent 19.3% of the population (4 795 872/24 787 011)[5] , the 0-14 years age group is estimated at 42.7% (10 578 489 people), and

[5] Demographic projections and estimations of priority targets of the differents programs and health intervention. UNFPA ; MSP, NIS, June 2016

578 489 personnes), les moins de 25 ans représentant globalement 62% de la population camerounaise. Les estimations montrent que la prévalence du VIH est restée quasiment stable parmi les 15-24 ans depuis 2012, avec systématiquement une prévalence chez les filles presqu'égale à 2 fois plus que celle des garçons.
Le profil épidémiologique du VIH chez les jeunes (15-24 ans) se présente comme suit :

- selon l'EDS de 2011, les prévalences du VIH chez les moins de 25 ans étaient de 0,6% chez les hommes et 2,6% chez les jeunes femmes sur l'ensemble ;
- la différence de prévalence entre les hommes et les femmes de moins de 25 ans apparaît comme un phénomène ancien et persistant[6] . Le risque relatif des femmes par rapport aux hommes d'être infecté par le VIH est maximum au début de la vie (avant 25 ans) puis se rapproche de 1 au fur et à mesure que l'âge avance.
- le groupe des jeunes filles constitue un « pont » entre les diverses catégories de population à travers des relations sexuelles « intergénérationnelles » avec des partenaires plus âgés, mais également avec des jeunes hommes de leur âge.

8.7.2 Femmes enceintes et enfants de 0 à 14 ans

La prévalence moyenne du VIH chez les femmes enceintes dans les 60 sites sentinelles est passée de 8,1% en 2006 à 7,8% en 2012 puis à 5,75% en 2016. Par ailleurs, selon le rapport annuel 2016 du CNLS, la séropositivité chez les femmes enceintes testées en CPN et en salle d'accouchement évolue en dents de scie entre 2014 et 2016 allant respectivement de 6,1%, 4,1% à 4,9%. Les régions du Sud, de l'Est et du Centre sont celles où les taux de séropositivité sont restés élevés.

Le taux de séropositivité chez les enfants de 0 à 12 mois pour le diagnostic précoce du VIH est passé de 8,9% en 2010 à 5,6% en 2014 puis 5,2% en 2016. Les données disponibles ne sont pas désagrégées pour pouvoir ressortir les taux de séropositivité dans la tranche d'âge de 2 à 14 ans.

8.7.3 Travailleuses de sexe

La situation des TS au Cameroun ne semble pas différente de celle des autres pays d'AOC où la prévalence de l'infection à VIH estimée dans une récente méta-analyse est de 36,9% [36,2-37,5]. Une augmentation du nombre de rapports protégés et du nombre de tests de dépistage a été observée, ce qui suggère un changement dans les attitudes et pratiques par rapport au VIH. Mais, il apparaît que les TS entretiennent aussi des relations avec des partenaires non-clients avec qui elles auraient tendance à moins se protéger de l'infection à VIH, comme cela a été documenté ailleurs.

Le ciblage des TS par des actions de prévention adaptées, abordant les problématiques des divers types de partenaires, est nécessaire pour diminuer les risques de la « protection différentielle ». D'autant que dans certains pays, des interventions bien documentées ont montré une réelle efficacité dans la capacité des TS à être sensibilisées et à réduire leur risque d'exposition au VIH.

Les caractéristiques sociodémographiques et comportementales des TS comprennent la jeunesse (les caté-

[6] Selon l'EDS de 2004, la prévalence du VIH était de 1,6% [1,1-2,1] chez les hommes et 5,0% [4,2-5,7] chez les femmes sur l'ensemble du Cameroun, et de 3% [0,5-5,5] et 8,5% [5,8-11,2] à Yaoundé

overall, the less than 25 years age group represents 62% of Cameroon's population. Estimates show that the prevalence of HIV remained stable in the 15-24 years age group since 2012 with the prevalence in young women being twice that in young men. In 2015, people in the 15-24 years age group living with HIV represented 11% of the total number of people living with HIV (PLHIV). In the same group there were 29.5% new HIV infections and 12.4% HIV-related deaths.

The epidemiologic profile of HIV in youths (15-24 years) is as follows:

- According to the 2011 DHS, in the less than 25 years age group, the prevalence of HIV was 0.6% in men and 2.6%] in young women in the general population;
- The difference in prevalence among men and women of the less than 25 years age group is an old and persistent phenomenon[7]. The relative risk to be infected by HIV in women compared to men is maximum in early life (less than 25 years) then gets close to 1 with increasing age;
- The young girls group constitutes a "bridge" between the different population groups through "intergenerational" sexual intercourse with older partners, but also with young men of the same age.

8.7.2 Pregnant women and children aged 0 to 14 years old

The mean prevalence of HIV in pregnant women in the 60 sentinel sites decreased from 8.1% in 2006 to 7.8% in 2012 and then to 5.75% in 2016. Also, according to the NACC 2016 annual report, the seropositivity rate in pregnant women tested at ANC and labour and delivery room follows a seesaw trend between 2014 and 2016 ranging from 6.1% to 4.1% and 4.9%. The seropositivity rates remained high in the south, East and Center regions.

The seroprositivity rate in infants aged 0 to 12 months at early infant diagnosis for HIV moved from 8.9% in 2010 to 5.6% in 2014 and then 5.2% in 2016. The data available are not disaggregated to allow for appreciation of the seropositivity rate in the 2 to 14 years age group.

8.7.3 Female sex workers

The situation of Female Sex Workers in Cameroon does not seem to differ from that of other West and Central Africa (WCA) countries where the prevalence of HIV infection estimated in a recent meta-analysis was 36.9% [36.2-37.5]. An increase in the frequency of protected sexual encounters and the number of screening tests was observed, suggesting a change in attitudes and practices towards HIV. However, it is observed that FSWs also have sex with non-paying partners with whom they are less likely to protect themselves from HIV infection, as reported in other studies.

Targeting Sex Workers through appropriate prevention approaches and addressing the issues of interaction with different types of partners is necessary to reduce the risks of "differential protection". All the more in certain countries, well documented interventions showed a substantial efficiency in the capacity of FSWs to be sensitized and to reduce their risk of exposure to HIV.

The socio-demographic and behavioural characteristics of FSW include youthfulness (the most represented

[7] According to DHS 2004, the prevalence of HIV in Cameroon was 1.6% [1,1-2.1] in men and 5.0% [4.2-5.7] in women, and respectively 3% [0.5-5.5] et 8.5% [5.8-11.2] in Yaounde.

gories d'âge prédominantes sont les moins de 30 ans), le faible niveau d'éducation, le statut de célibat, bien que l'on note également la présence dans la majorité des groupes enquêtés, d'un petit pourcentage de femmes mariées ou en concubinage.
Les facteurs de risque d'infection à VIH chez les TS comprennent la faible utilisation du préservatif, le fait d'être mobile, la fréquence des IST, le fait d'avoir des enfants, le nombre et le type de partenaires, le faible niveau de revenus et le nombre d'années dans le travail du sexe.

8.7.4 Hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes

Une enquête transversale par la méthode RDS a été réalisée en août et septembre 2011 à Douala et à Yaoundé pour évaluer les prévalences du VIH et de la syphilis, les comportements à risque et les barrières liées à l'accès à la prévention du VIH et aux soins chez les HSH (5272 HSH à Douala et 239 à Yaoundé). La prévalence de l'infection à VIH était de 24,2% [16,0-31,2] à Douala et de 44,3% [31,3-53,2] à Yaoundé.

Comparativement à la prévalence chez les hommes de la population générale incluse dans l'enquête EDS 2011, la prévalence était 9 fois plus élevée chez les HSH à Douala (24,2 % contre 2,6 %) et 12 fois plus élevée à Yaoundé (44,3 % vs 3,6 %).

La différence de prévalence entre les deux villes pourrait s'expliquer par un faible taux de nouvelles infections à Douala par rapport à Yaoundé du fait que les HSH à Douala adopteraient moins de comportements à risque de VIH.

La prévalence chez les HSH de Douala se situait dans la moyenne des valeurs fréquemment observées dans cette population en AOC (10 % à 30 %). En revanche, celle de Yaoundé représentait l'une des plus hautes prévalences observées dans toute la région AOC.

8.7.5 Usagers de drogues

Concernant les usagers de drogues, il n'existe pas d'étude spécifique sur le sujet à ce jour et les seules informations disponibles proviennent de l'IBBS 2016.

Elles indiquent la fréquence de la consommation de drogues, y compris injectables, parmi les populations clés enquêtées (117 HSH & 50 TS). Ce sont 2,2% des TS et 8,8% des HSH qui ont déclaré avoir déjà utilisé des drogues injectables. L'utilisation globale de substances illicites (quel que soit leur mode d'absorption) concernait 31,9% des HSH et 59,6% des TS enquêtés.

Au total, 16,8% des TS et 5,7% des HSH déclaraient avoir des partenaires sexuels qui s'injectent des drogues. Parmi les TS et HSH usagers de drogues, 20-50% des TS rapportaient un partage de seringues et 22,6% chez les HSH

8.7.6 Autres populations vulnérables

- **Détenus :** une enquête menée en 2013 dans les 05 principales prisons du Cameroun avec l'appui de la GIZ, a permis de proposer un test de dépistage du VIH à 2 131 sur 2 500 détenus, soit 85% d'entre

age groups fall within the less than 30 years age group), low educational, and single status, although a small proportion of married or cohabiting women was observed in most groups surveyed.
The risk factors for HIV infection in FSW include low condom use, mobility, frequency of STIs, having children, the number and type of partners, low level of income and number of years spent in sex work.

8.7.4 Men who have sex with men

A cross sectional study using RDS was conducted between August and September 2011 in Douala and Yaounde to assess the prevalence of HIV and syphilis, risk behaviours and barriers to HIV prevention and care services among MSM (272 MSM in Douala and 239 in Yaounde). The prevalence of HIV infection was 24.2% [16.0-31.2] in Douala and 44.3% [31.3-53.2] in Yaounde.

Compared to the prevalence in men in the general population enrolled in the 2011 DHS, the prevalence was 9 times higher in MSM in Douala (24.2% as against 2.6%) and 12 times higher in Yaounde (44.3% as against 3.6%).

The difference in prevalence between the two cities could be due to the low rate of new infections in Douala compared to Yaounde as MSM in Douala are less likely to involve in risky sex behaviours.

The prevalence in MSM was within the mean range frequently observed in this population group in West and Central Africa (10% to 30%). On the other hand, the prevalence in Yaounde appeared to be one of the highest in the whole of the West and Central African region

8.7.5 Drug users

As far as drug users are concerned, there are no data available so far, the only information available comes from the 2016 IBBS.

They reveal a frequency of drug use including injection drugs amongst the key population surveyed (117 MSM and 50 FSWs), 2.2% of FSWs and 8.8% of MSM reported injection drug use.
Globally, the use of illicit substances (irrespective of the route of absorption) involved 31.9% of MSM and 59.6% of FSWs interviewed.

Overall, 16.8% of FSWs and 5.7% of MSM reported having sexual partners who injected drugs. Amongst FSWs and MSM drug users, 20-50% of FSWs reported needle sharing against 22.6% of MSM.

8.7.6 Other vulnerable populations

- **Prisoners:** A survey conducted in 2013 in 5 principal prisons in Cameroon with the support of GIZ, enabled the delivery of HIV screening to 2 131 of the 2 500 prisoners (85%). The seropositivity rate was almost twice in men and women compared to the general population with 4.1% and 11.6% respectively. Between August and December 2016, 7 123 prisoners were tested for HIV in 77 prisons in the 9 regions of the country and the seropositivity rate was 3.96% with a high rate in prisons in the

eux. Le taux de séropositivité du VIH était presque le double pour les hommes et les femmes par rapport à la population générale, 4,1% et 11,6%, respectivement. Entre août et décembre 2016, 7 123 détenus ont été testés au VIH dans 77 prisons de 9 régions, le taux de séropositivité était de 3,96% avec un taux élevé dans les prisons des régions de l'Est, du Nord et de l'Adamaoua.

• **Refugiés :** il n'existe pas de données épidémiologiques concernant les populations de réfugiés. Toutefois, les données sur l'offre de dépistage dans les camps de réfugiés des régions de l'Adamaoua et l'Est indiquent une baisse du taux de séropositivité allant respectivement de 0,9% et 4% en 2015 à 0,3% et 1,5% en 2016.

• **Travailleurs des pôles économiques, des agro-industries, des exploitations forestières et minières :** en dépit de l'absence des données épidémiologiques nationales dans la population des travailleurs des pôles économiques, les résultats des campagnes de dépistage réalisées en 2012, 2014 et 2016 indiquent une baisse des taux de séropositivité passant de 6,4% à 11% puis 2,55%. Les régions du Centre et du Sud-Ouest étant les plus touchées avec des taux comparables à la prévalence nationale.

8.8 Analyse de la réponse nationale durant la période 2014-2017

Dans le Plan Stratégique National 2014-2017, qui a réorienté le PSN 2011-2015, le Cameroun s'est engagé à mettre en œuvre les principales recommandations et orientations internationales en matière de riposte au sida avec différents engagements importants suivants pris par le pays pour renforcer la réponse à l'épidémie :

• le renforcement de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME) ;

• l'adoption de la stratégie fast-track et des objectifs du 90-90-90, l'adoption de la Déclaration de Paris en 2016 pour mettre fin au sida, et celle de la stratégie villes et VIH avec la Déclaration de Douala, sous l'impulsion de l'ONUSIDA

• la priorité accordée au renforcement de la prise en charge pédiatrique impulsée par l'UNICEF avec l'analyse situationnelle de la prise en charge pédiatrique suivie de l'élaboration d'une feuille de route pour l'accélération du traitement ARV pédiatrique ;

• l'accélération de la mise sous traitement des PVVIH par la stratégie « Test and Treat» sous l'impulsion de l'OMS ;

• l'implication des acteurs communautaires dans la prise en charge des PVVIH à travers la stratégie de dispensation communautaire des ARV ;

Au plan des programmes, un certain nombre d'initiatives a été mis en œuvre au cours de la même période pour permettre le passage à l'échelle des interventions, mais aussi pour renforcer les performances de la mise en œuvre, dont :

• le renforcement des interventions en faveur des populations clés (Fonds mondial, PEPFAR) et des jeunes/adolescents (UNICEF, UNFPA, CAMNAFAW) ;

• le renforcement de l'introduction de l'enseignement du VIH dans les curricula d'enseignement;

• le renforcement de la mise en œuvre de l'option B+ avec l'élaboration d'un document standard des performances et du plan opérationnel de revue du plan d'élimination de la transmission mère-enfant;

• la mise en route de la stratégie communautaire intégrée avec le dispositif d'agents de santé communautaires polyvalents et l'élaboration du document de stratégie des interventions sous-directives com-

East, North and Adamawa regions.

• **Refugees:** There are no epidemiological data on refugee populations, however data on delivery of HIV testing in refugee camps in the Adamawa and the East regions show a decrease in the seropositivity rate from 0.9% and 0.4% in 2015 to 0.3% and 1.5% in 2016 respectively.

• **Workers in economic hubs, agro-industries, logging and mining sectors:** Despite the lack of epidemiological data on the national scale on workers of the economic hub, the results of screening campaigns conducted in 2012, 2014 and 2016 show a decrease in the seropositivity rate from 6.4% to 11% and then 2.55%, with the Centre and South-West regions being the most affected with rates similar to the national prevalence.

8.8 Analysis of national response from 2014 to 2017

In the 2014-2017 National Strategic Plan which reoriented the 2011-2015 NSP, Cameroon pledged to implement the main recommendations and international guidelines for the response to AIDS with various significant commitments taken by the country to strengthen the response to the epidemic These include:

• Strengthening the elimination of mother-to-child HIV transmission (eMTCT);

• The adoption of the fast-track strategy and the objectives of 90-90-90, the adoption of the Paris Declaration in 2016 to put an end to AIDS, and that of the city and HIV strategy with the Declaration of Douala, spurred by UNAIDS

• The priority given to strengthening pediatric management led by UNICEF with the situational analysis of pediatric management followed by the development of a roadmap for the acceleration of pediatric ARV treatment;

• The acceleration of the treatment of PLHIV by the "Test and Treat" strategy under the impetus of WHO;

• The involvement of community actors in the care of PLHIV through the community-dispensation of ARVs strategy;

In terms of programmes, a number of initiatives were implemented during the same period to scale up interventions as well as to enhance implementation performance, including:

• Strengthening interventions for key populations (Global Fund, PEPFAR) and youth / adolescents (UNICEF, UNFPA, CAMNAFAW);

• Strengthening the introduction of HIV education into school curricula;

• Strengthening the implementation of Option B + with the development of a performance standard document and the operational plan for the review of the mother-to-child transmission elimination plan;

• implementing the integrated community strategy with the multipurpose community health worker system and developing the 2016-2017 community sub-guidelines intervention strategy paper;

• decentralizing care sites with the creation of new ART sites, gradual implementation of mentoring, as well as paediatric care centres of excellence;

• Strengthening the system for performing early detection in exposed children and the availability of

munautaires 2016-2017 ;

• la décentralisation des sites de prise en charge avec la création de nouvelles UPEC, la mise en place progressive du tutorat et du mentorat, ainsi que celle des centres d'excellence pour la prise en charge pédiatrique ;

• le renforcement du dispositif de réalisation du dépistage précoce chez les enfants exposés et de la disponibilité des formes pédiatriques des ARV ;

• la décision de rationalisation et de subvention d'un paquet d'examen biologique en 2016, y compris la charge virale qui est devenue le premier examen de suivi ;

• le renforcement du dispositif de dépistage mobile du VIH.

Les différents domaines d'intervention de la réponse à l'épidémie sont passés en revue ci-dessous.

8.8.1 Prévention dans la population générale

L'analyse des interventions globales de prévention montre que :

• les priorités de financement pour la prévention ont été accordées aux populations clés avec des programmes en cours de maturation ;

• la réponse sectorielle est restée limitée, faute d'organisation et de moyens, et des pans entiers de la population, comme les jeunes spécifiquement ceux du secteur informel, restent peu couverts ;

• l'enseignement du VIH est en cours de généralisation avec cependant une faible connexion avec les interventions de SRAJ chez les adolescents/ jeunes ;

• l'exposition aux messages est à la baisse depuis quelques années, ce qui a réduit les niveaux de connaissance sur le VIH, ses modes de transmission et les méthodes de prévention dans le pays ;

• la réflexion n'a pas été suffisamment poussée pour disposer d'informations détaillées permettant de mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre dans les couples hétérosexuels stables et les « couples» PS/clients qui contribuent pour près de 83,4% des nouvelles infections (respectivement 45,3% et 38,1%) afin d'aligner de manière adéquate les interventions au niveau des populations clés notamment.

Au regard de la lenteur des gains en matière de dynamique de réduction des nouvelles infections, il faudra toucher davantage le plus grand nombre de personnes d'une part et d'autre part, ajuster le programme de prévention afin de le rendre plus rapidement et durablement efficace[8] .

A cet effet, la prévention en population générale et au sein des jeunes et adolescents sera renforcée, en parallèle des efforts en direction des populations clés.

Cela prendra en compte les réfugiés, estimés à 577629 personnes en fin octobre 2016[9] et les violences basées sur le genre (VBG), dont le niveau est préoccupant. Au Cameroun, les femmes sont davantage affectées par l'expérience de violences infligées par le conjoint[10] : 43,2% de femmes en union subissent des violences

[8] Grabowski MK et al. Combination HIV prevention and HIV incidence in Rakai, Uganda. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2017), Seattle, abstract 34LB, 2017

[9] Source :Stratégie nationale du secteur protection au Cameroun 2016-2017 (les refugies sont composés de 259145 provenant de la RCA, 73747 du Nigeria, 19802 refugies urbains, 192912 déplacés internes et de 32023 retournés)

[10] TCHANGO NGALE Georges Alain, MAGNE Anne Mélanie : Analyse spatiale des violences facteurs de risque et lien avec le contrôle conjugal des violences basées sur le genre au Cameroun ; Décembre 2015.

pediatric forms of ARVs;

• Formulating policies to streamline and subsidize a biological follow-up package in 2016, including the viral load that became the first follow-up investigation;

• Strengthening the mobile HIV testing system;

The various areas of intervention of the response to the epidemic are reviewed below.

8.8.1 Prevention in the general population

The analysis of global prevention interventions shows that:

• Funding priorities for prevention were provided to key populations, with programmes undergoing maturation;

• the sectoral response has remained limited because of a lack of organization and resources, and large sections of the population, such as young people, specifically those in the informal sector, remain poorly covered;

• HIV education is being mainstreamed with a weak connection to adolescent / youth AYSRH interventions;

• exposure to messages has tended to decline in recent years, thus reducing the levels of knowledge about HIV, the modes of transmission and prevention in the country;

• reflection was not thorough enough to provide detailed information to better understand the dynamics at work in stable heterosexual couples and FSWs/client "couples" who contribute nearly 83.4% of new infections (45.3% and 38.1% respectively) in order to align interventions at the level of key populations, in particular.

• In view of the slow gains in the dynamics of reducing new infections, it will be necessary to reach more people on the one hand and to adjust the prevention programme in order to make it more rapidly and sustainably effective[11] .

To this end, prevention in the general population and among youths and adolescents will be strengthened, alongside efforts targeting key populations.

This will take into account the estimated 577629 refugees at the end of October 2016[12] and gender-based violence (GBV) that has reached worrisome rate. In Cameroon, women are more affected by the experience of spousal violence[13] : 43.2% of women in union experience physical violence; 39.8% and 14.5% experience emotional and sexual violence respectively; a total of 56.4% of Cameroonian women in union have undergone at least one of the three forms of GBV.

[11] Grabowski MK et al. Combination HIV prevention and HIV incidence in Rakai, Uganda. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2017), Seattle, abstract 34LB, 2017

[12] Source : National Strategy of the 2016-2017 Protection sector in Cameroon (There are 259145 refugees from the CAR, 73747 from Nigeria, 19802 urban refugees, 192912 internally displaced persons and 32023 returnees)

[13] TCHANGO NGALE Georges Alain, MAGNE Anne Mélanie : Analyse spatiale des violences facteurs de risque et lien avec le contrôle conjugal des violences basées sur le genre au Cameron ; Décembre 2015.

physiques ; elles sont 39,8% et 14,5% à subir des violences émotionnelles et des violences sexuelles respectivement ; au total 56,4% de femmes camerounaises en union ont subi l'une au moins des trois formes de VBG.

Chez les jeunes, la méconnaissance des risques de transmission du VIH et des moyens de prévention, la précocité des rapports sexuels, la prise de risque pendant les rapports sexuels, les relations sexuelles intergénérationnelles sont quelques-uns des facteurs de risque qui expliqueraient le niveau de prévalence du VIH chez les jeunes et particulièrement les filles. Au niveau des programmes scolaires, on note que l'introduction de l'enseignement du VIH est à ses débuts et que très peu de messages de prévention sont diffusés au niveau national à travers les canaux appropriés pour les jeunes.
Par ailleurs, au niveau du PSN, le lien de la thématique VIH avec la santé de la reproduction (SR) n'a pas été clairement précisé, ce qui crée des occasions manquées pour la potentialisation croisée des interventions chez les adolescents et jeunes. Pour assurer une réponse efficace chez les jeunes et adolescents, il importe d'avoir une compréhension différenciée de leur situation socioprofessionnelle.

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

La cascade PTME nationale pour les mères évaluées pour 2016 montre des déficits tout au long du circuit de la PTME : 17% des femmes enceintes (FE) attendues n'ont pas été reçues en CPN, 12% de celles qui sont reçues n'ont pas été testées pour le VIH (plus de 89 000 FE) et 13% des FE reçues et testées ne connaissent pas leur statut VIH (plus de 96 000 FE). Parmi celles qui sont séropositives, 25% ne sont pas traitées par les ARV. Parmi les nouvelles FE commençant le TARV, seulement 55% sont toujours suivies à 12 mois. Les informations sur le nombre de femmes enceintes ayant réalisé la CV à 12 mois après initiation ainsi que le nombre de femmes enceintes ayant une CV supprimée ne sont pas disponibles faute de données.

L'analyse causale fait apparaître les éléments explicatifs et les leçons apprises suivants :

- les ruptures de stocks en ARV et en tests de dépistage dans certaines formations sanitaires ne permettent pas au Programme d'atteindre ses objectifs de couverture en dépistage et en ARV. Ceci est lié en partie aux insuffisances rencontrées par les FRPS pour la distribution des intrants VIH.
- en 2016, 25% (7392/30389) des FEC VIH+ n'ont pas été traitées par les ARV à cause des insuffisances des prestataires et du système lié à la gestion des stocks ARV surtout dans les régions de l'Extrême-Nord et de l'Est.
- faible fréquentation des salles d'accouchement par les femmes enceintes du fait de plusieurs facteurs: faible implication communautaire dans le suivi des FEC, problème de disponibilité et de qualité de l'offre de services PTME dans les FOSA, persistance de pesanteurs socioculturelles et économiques.
- faible rétention des femmes enceintes VIH+ (55%) pourrait être améliorée par les modèles de soins différenciés offerts à ces dernières.
- rupture des tests de dépistage rapportée dans certains sites PTME.
- absence de suivi du couple mère-enfant limite la détection des enfants exposés.
- prophylaxie chez les enfants nés de mères séropositives pas systématiquement réalisée dans toutes les structures, du fait du non-retour de la mère et de l'enfant.
- non effectivité de l'application des recommandations par les cliniciens quant à la TARV chez les en-

Among youth, lack of awareness of the risks of HIV transmission and prevention, early sexual intercourse, risk taking during sex, intergenerational sex etc are some of the risk factors that would explain the level of HIV prevalence among young people and especially girls. As concerns programmes, it is worthy to note that the introduction of HIV education is in its infancy and that very few prevention messages are disseminated at the national level for young people through the appropriate channels

In addition, at the NSP level, the link between HIV and reproductive health (RH) has not been clearly defined, creating missed opportunities for cross-potentiation of interventions among adolescents and youth. To ensure an effective response in youth and adolescents, it is important to have a differentiated understanding of their socio-professional situation.

8.8.2 Prevention of mother-to-child HIV transmission

The assessment of the national PMTCT cascade for mothers for 2016 shows gaps along the MTCT circuit: 17% of expected pregnant women (PW) were not received at ANC, 12% of those received were not tested for HIV (more than 89 000 PW) and 13% of PW received and tested did not know their HIV status (over 96 000 PW). Of those who were diagnosed HIV-positive, 25% were not placed on ART. Of the new PW starting ART, only 55% were in care 12 months after initiation. Information on the number of pregnant women who did VL testing12 months after initiation as well as the number of pregnant women with suppressed VL is not available due to lack of data

The causal analysis reveals the following explanatory elements and lessons:

- Stock-outsof ARVs and screening tests in some health facilities do not enable the program to meet its coverage targets for screening and ARVs. This is partly due to the RFHP's shortcomings in the distribution of HIV commodities.
- In 2016, 25% (7392/30389) of HIV + PW were not placed on ART because of the shortcomings of the providers and the ARV stock management system, especially in the Far-North and East regions.
- Poor attendance of delivery rooms by pregnant women due to several factors: Low community involvement in the follow-up of PW, the problem of availability and quality of PMTCT services in the HFs, persistence of socio-cultural and economic burdens.
- Low retention of HIV + pregnant women (55%) could be improved by differentiated care models offered to them.
- Stock-outs of screening tests reported in some PMTCT sites.
- The lack of follow-up of the mother-child pair limits the detection of exposed children.
- Prophylaxis in children born to HIV-positive mothers not routinely performed in all settings due to mother and child not returning to the facility.
- Ineffective implementation of recommendations for ART in children tested positive by clinicians due to limited access to early infant diagnosis, long turnaround time and failure to manage infected

fants dépistés positifs due à la faiblesse de l'accès au diagnostic précoce et au long délai de rendu des résultats et à la non prise en charge des enfants infectés par les sites PTME.

• long délai de rendu des résultats de la PCR qui pourrait expliquer le fait que le nombre d'enfants exposés ayant bénéficié du diagnostic précoce dépasse le nombre d'enfants sous prophylaxie ARV.

• faible rapportage et faible désagrégation des données de la PCR limitant l'exploitation.

8.8.3 Synthèse sur la prévention ciblant les populations clés

Des avancées notables ont été observées dans la réponse nationale auprès des populations clés grâce à l'implication des acteurs communautaires et à l'adoption de nouvelles approches d'intervention, parmi lesquelles le dépistage mobile avec l'appui des Groupes Techniques Régionaux (GTR), le couplage du diagnostic des IST au dépistage du VIH, la mise immédiate sous traitement ARV des personnes dépistées positives (Test & Treat), la dispensation communautaire des ARV et la réduction des coûts du suivi biologique.

Néanmoins, les résultats documentés restent largement en dessous des objectifs fixés par le PSN 2014-2017:

• les connaissances du VIH restent incomplètes, notamment en ce qui concerne les modes de transmission de l'infection et plus particulièrement les risques liés aux rapports sexuels ano-génitaux (avec pénétration anale);

• l'utilisation correcte et systématique du préservatif reste faible, voire très faible chez les populations clés en dehors des rapports sexuels ayant lieu entre les TS et leurs partenaires payants (clients);

• les programmes ciblant les populations clés ont une couverture relativement bonne en matière de dépistage du VIH chez les TS, mais cette couverture est encore faible chez les HSH. L'utilisation de ce service reste faible dans les deux groupes comparativement aux nombres de personnes bénéficiant de prestations de prévention;

• le ciblage des PVVIH dans ces populations clés reste lui aussi insuffisant au vu des prévalences récemment documentées;

• aucune intervention structurée n'est documentée auprès des personnes qui utilisent des drogues, malgré la priorisation dont ils sont censés faire l'objet (nécessité d'une documentation, d'une estimation de taille de la population, d'une évaluation des besoins).

8.9 Situation du diagnostic et du traitement du VIH

Durant la période 2014-2016, les activités de dépistage du VIH mises en œuvre au Cameroun ont permis de dépister 200 991 personnes séropositives, dont 128 159 pour la seule année 2016. En 2016, les formations sanitaires (FOSA) ont contribué pour 82% au nombre total des personnes dépistées, dont 26% pour la PTME. Le dépistage mobile a permis de dépister 12% des cibles, la transfusion sanguine 5% et la PCR (diagnostic précoce des enfants) 1%. Le taux de séropositivité observé dans les FOSA était de 6,3% contre 1,8% pour le dépistage mobile au cours de l'année 2016.

Durant la période 2014-2016, le dispositif de prise en charge médicale des PVVIH a poursuivi sa décentra-

children at PMTCT sites.

• Long turnaround time for PCR results that could explain the fact that many exposed children who have benefited from early infant diagnosis exceed the number of children on ARV prophylaxis.

• Low reporting and low disaggregation of PCR data limiting exploitation.

8.8.3 Synthesis of prevention for key populations

Significant progress has been made in the national response for key populations through the involvement of community stakeholders and the adoption of new intervention approaches, including mobile testing with the support of Regional Technical Groups (RTGs), coupling the diagnosis of STIs with to HIV testing, immediate initiation of ART for people tested positive (Test & Treat), community dispensation of ARVs and reduction of cost of biological monitoring.

Nevertheless, the documented results remain largely below the targets set by the 2014-2017 NSP:

• The knowledge on HIV remains incomplete, particularly with regard to the modes of transmission of the infection and more particularly the risks related to anogenital sex (with anal penetration);

• The correct and consistent use of condoms remains low/very low among key populations, apart from sexual intercourse between FSW and their paying partners (clients);

• Programmes targeting key populations have relatively good coverage for HIV testing among FSW but coverage is still low among MSM. The uptake of this service remains low in both groups compared to the number of people receiving prevention services.

• Targeting PLHIV in these key populations is also insufficient in view of the recently documented prevalence.

• No structured intervention is documented with people who use drugs, despite the fact that they constitute a priority group (need for documentation, population size estimates, needs assessment)

8.9 HIV Diagnosis and Treatment Situation

Between 2014 and 2016, HIV testing in Cameroon detected 200,991 HIV-positive people, including 128,159 in 2016 alone. In 2016, health facilities (HFs) tested 82% of the total number of persons screened, 26% of whom were for PMTCT. Mobile screening detected 12% of targets, 5% blood transfusion and 1% PCR (early diagnosis of children). The rate of seropositivity observed in 2016 in HFs was 6.3% as against 1.8% for mobile screening.

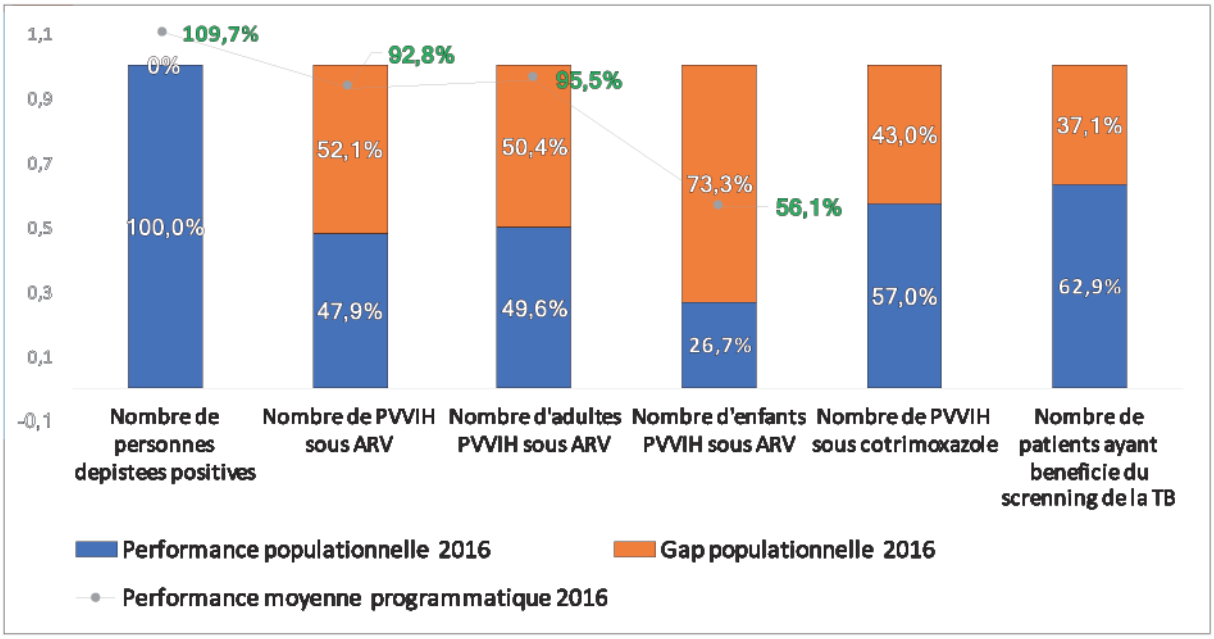
Between 2014-2016, the medical care system for PLHIV continued its decentralization and densification

lisation et sa densification avec la création des nouvelles UPEC[14] . Le nombre de structures mettant en œuvre des activités de prise en charge du VIH pour les adultes et les enfants est ainsi passé de 166 en 2014 à 254 en fin décembre 2016, couvrant l'ensemble des 189 districts de santé du pays (contre 56% de couverture des DS en 2009).

S'agissant de la file active, elle est passée de 145 038 en 2014 à 205 382 en 2016. Parmi ces patients, 94,5% étaient en 1ère ligne et 5,5 % en 2ème ligne d'ARV. Parmi ces 205 382 personnes sous ARV, 8 486 étaient des enfants de moins de 15 ans et 71% étaient des femmes. Ce recrutement a permis d'atteindre 91,46% de la cible (224 563) de 2017. Cette progression cache toutefois une déperdition non négligeable d'une partie de la file active pour diverses raisons.

Le poids de la file active varie significativement d'une région à une autre. Les régions du Centre (25%), du Littoral (20%) et du Nord-Ouest (15%) concentrent plus de la moitié de la file active nationale. Entre 2014 et 2016, la couverture en ARV est passée de 23,8% à 33%. Ces progrès sont dus en grande partie au doublement du rythme d'inclusion annuelle qui est passé de 10537 sur la période 2010-2013 à 20 118 par an sur la période 2014-2016. Ceci grâce à l'accélération de la mise sous traitement et à l'extension de l'option B+ à toutes les FOSA. La file active au mois de juin 2017 est de 224 843 malades sous ARV. Au plan populationnel (comparaison avec les cibles totales estimées), le niveau de performance et les gaps sont très importants, comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 1 : Ecart à la performance populationnelle (cibles attendues) des principaux indicateurs de la prise en charge médicale



L'analyse de la file active montre que les femmes constituent toujours plus des 2/3 de la cohorte (71% en 2016). Les régions du Centre, Littoral, Nord-Ouest, Sud-Ouest et Ouest comme en 2014 concentrent la ma-

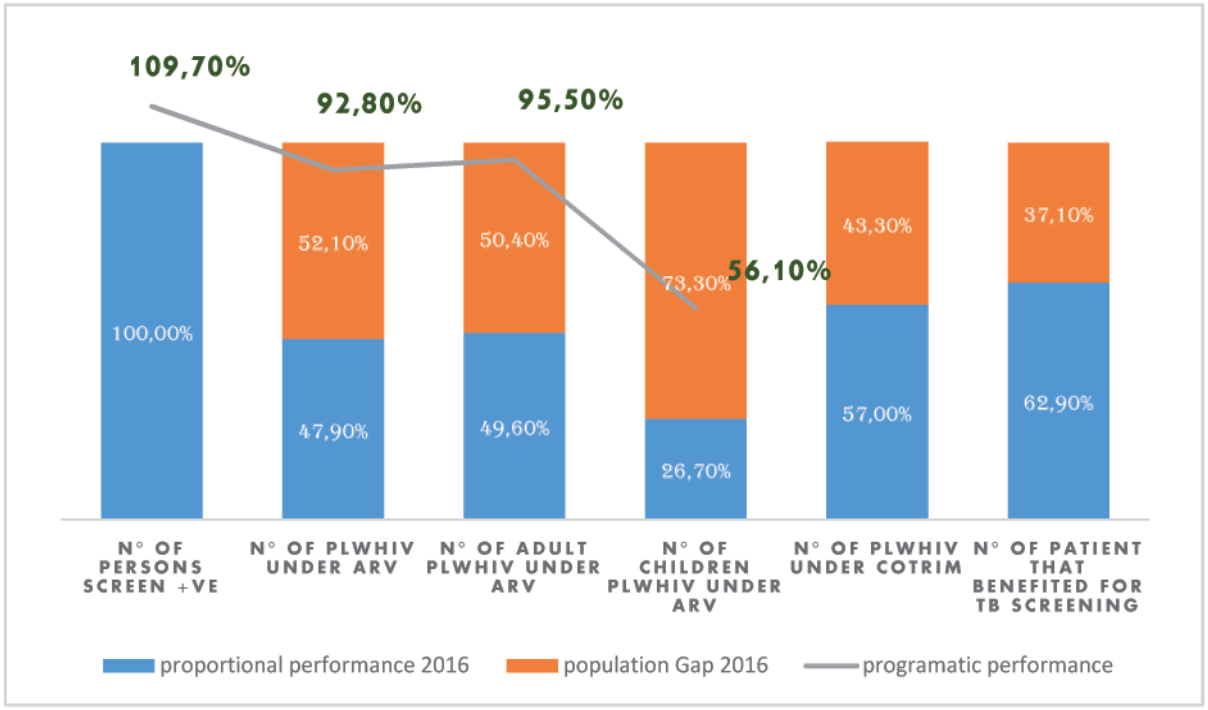
[14] Au cours de la période 2014-2016, 88 nouvelles UPEC pour le PECG des PVVIH ont été créés dans tout le pays sur les 100 qui étaient prévus par décision N 0003/MINSANTE/CAB/ du 04 janvier 2016

with the creation of new UPEC[15]. The number of HFs offering HIV care to adults and children thus increased from 166 in 2014 to 254 at the end of December 2016, covering all 189 health districts in the country (as compared to 56% of health coverage) of HD in 2009.

Regarding the active line, it increased from 145 038 in 2014 to 205 382 in 2016. Among these patients, 94.5% were in 1st line and 5.5% in 2nd line of ARV. Among these 205 382 people under ARVs, 8,486 were children under 15 and 71% were women. This recruitment made it possible to reach 91.46% of the target (224,563) of 2017. This progression, however, conceals a significant loss of part of the active line for various reasons.

The weight of the active population varies significantly from one region to another. Centre (25%), Littoral (20%) and North-West (15%) account for more than half of the national active population. Between 2014 and 2016, ARV coverage increased from 23.8 % to 33%. This progress is due in large part to a doubling of the annual inclusion rate from 10537 over the 2010-2013 period to 20 118 per year over the 2014-2016 period. This is thanks to the acceleration of the treatment and the extension of option B + to all HFs. The active population in June 2017 is 224,843 patients on ARVs.
As concerns the population (in comparison with the estimated total targets), the level of performance and gaps are very significant, as shown in the Chart below.

Chart 1 : Population performance gap (expected targets) of key indicators of medical management



The analysis of the active line shows that women still constitute more than 2/3 of the cohort (71% in 2016). Centre, Littoral, North West, South West and West Regions, as in 2014, accounts for the majority (80%) of

[15] Between 2014-2016, 88 new Care Units for the PECG of PLHIVH were created across the country out of the 100 that were planned in Decision N 0003/MINSANTE/CAB/ of 04 January 2016

jorité (80%) des patients sous ARV. Les autres régions se partagent les 20% restant avec une variation allant de 3% au Sud à 5% à l'Extrême-Nord.

En ce qui concerne le suivi biologique, il ressort qu'au cours de la période, l'allocation prévue pour l'achat des réactifs est passée de 15% à 50% des besoins de 2014 à 2016. Toutefois, l'application des nouvelles directives s'est faite ressentir à travers l'effondrement du niveau de performance concernant les CD4, le bilan d'orientation et le bilan pré-thérapeutique.

8.9.1 Synthèse sur le diagnostic, le traitement et le suivi du VIH

Des efforts considérables ont été consentis dans le dépistage à l'initiative des prestataires qui portent leurs fruits. Le nombre de personnes nouvellement dépistées positives pourrait cependant être plus important si le dépistage mobile améliorait son efficacité et son efficience (par rapport à celles des FOSA). Dans la mesure où le dépistage mobile pourra couvrir plus largement le territoire national, mais aussi mieux cibler les populations les plus exposées au risque, il devrait permettre d'améliorer le premier 90.
Le programme de passage à l'échelle du traitement ARV a significativement amélioré son efficacité et dispose d'importantes potentialités. L'approche « traitement pour tous » doit être désormais généralisée, avec des mesures d'accompagnement adéquates pour atteindre rapidement le deuxième 90 (amélioration du continuum des soins par le renforcement de l'accompagnement communautaire vers l'offre de service de prise en charge), ce qui est à la fois possible mais aussi indispensable au regard des besoins. En effet, 40% seulement des personnes dépistées ont bénéficié d'un traitement ARV (73 797/185 627) sur la période 2014-2016. Beaucoup de personnes nouvellement dépistées séropositives échappent au dispositif de prise en charge dès l'étape du premier test (seulement 49,3% des patients dépistés positifs en dépistage mobile ont été mis sous ARV en 2016) et certaines d'entre elles ne reviendront dans le dispositif qu'à une étape avancée de la maladie.

En revanche, concernant le troisième 90, les obstacles et contraintes relatives au suivi biologique devrait être progressivement résolus par le passage à l'échelle de la charge virale subventionnée dans l'ensemble du pays.

La réduction des perdus de vue et des absents au traitement[16] ainsi que l'amélioration de la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour une disponibilité adéquate en ARV sont par ailleurs indispensable, pour éviter l'émergence massive de résistances aux ARV et les conséquences en termes de pronostic de l'infection à VIH et de coûts des traitements ARV.

La lente amélioration des performances de la prise en charge pédiatrique ne permettra pas l'atteinte des objectifs dans les délais si des mesures spéciales ne sont pas mises en œuvre. Les stratégies d'accélération ne sont pas mises en œuvre et le leadership actuel en la matière est insuffisant au regard des défis. Le lien avec la santé des adolescents et jeunes dans le cadre d'une approche holistique SR/VIH pourrait permettre d'améliorer la situation.
En ce qui concerne les coïnfections VIH/hépatites, le retard du passage à l'échelle des interventions est ma-

[16] Le rapport 2014 de l'étude sur la file active a fait ressortir des taux de 10,6% pour les absents au traitement et de 12,8% pour les perdus de vue.

patients on ARVs. The other regions share the remaining 20% with a variation ranging from 3% in the South to 5% in the Far North.

With regard to biological monitoring, it appears that during this period, the budget allocation for the purchase of reagents increased from 15% to 50% of requirements from 2014 to 2016. However, the application of the new guidelines was weakened by the drop in the CD4 performance level, the orientation and pre-therapeutic assessment.

8.9.1 Summary of HIV diagnosis, treatment and follow up

Considerable efforts have been made in provider-initiated screening and such efforts are paying off. The number of people newly tested positive could however be greater if mobile screening improves its effectiveness and efficiency (as compared to those of the HFs) since mobile screening can cover the national territory more widely and also better target the populations most at risk, it should improve the first 90.

Scaling up the ARV treatment programme has considerably improved its effectiveness and has a significant potential. The "treatment for all" approach must now be generalized, with appropriate accompanying measures to rapidly reach the second 90 (improvement of the continuum of care by strengthening community support for the provision of care services) which is both possible and indispensable for the needs. Only 40% of people screened received ARV treatment (73,797 / 185,527) in the 2014-2016 period. Many people who have been newly diagnosed with HIV are lost by the management system at the first test stage (only 49.3% of patients tested positive at mobile screening were put on ART in 2016) and some of them only return to the system at an advanced stage of the disease.

On the contrary, for the third 90, the barriers and constraints for biological monitoring should be progressively addressed by scaling up the subsidized viral load across the country.

Reducing loss in the follow-up and the absence of treatment[17] and the improvement of supply chain management for adequate availability of ARVs are also essential, in order to avoid the massive emergence of resistance to ARVs and the consequences in terms of prognosis for HIV infection and ARV treatment costs.

The slow improvement in the performance of pediatric care will hamper the achievement of objectives in time if special measures are not implemented. Acceleration strategies are not implemented and current leadership in this area is insufficient in the face of challenges. The link with adolescent and youth health as part of a Reproductive Health (RH)/ in the HIV holistic approach could improve the situation.

With regard to HIV / hepatitis co-infections, the delay in scaling up interventions is clear and efforts remain

[17] The 2014 Report on the Survey on the active ART Users reported rates of 10.6% for persons absent from treatment and 12.8% for lost to follow up .

nifeste et les efforts restent peu documentés. Pour la TB/VIH, la prophylaxie à l'INH n'a pas pu être suffisamment mise en œuvre du fait des difficultés de coordination opérationnelle au niveau décentralisé.

De manière spécifique, le volet traitement rencontre des difficultés de coordination, de leadership et de répartition des tâches dans le cadre de l'opérationnalisation des stratégies. Cette situation ne favorise pas les synergies nécessaires à la potentialisation des moyens et des expertises.

Les sites de traitement et de prestation de services ont connu des ruptures fréquentes d'intrants, notamment au niveau périphérique, en dépit de la disponibilité des principaux intrants au niveau CAPR/FRPS, de l'équipement / aménagement de certains magasins de la CENAME et FRPS ainsi que l'élaboration d'un manuel de gestion des intrants.

L'assurance-qualité des intrants n'a pu se mettre en place. S'agissant de la prise en charge des coïnfections, la TPI à l'INH chez les PVVIH a démarré en octobre 2016 dans l'ensemble des 10 régions, la prise en charge des hépatites est à ses débuts et la coordination concernant la gestion des interventions y relatives n'a pas fonctionné de manière satisfaisante.

8.10 Réduction d'impact, suivi et accompagnement

En matière de réduction d'impact de la maladie sur les personnes concernées, leur dépendance et famille, les objectifs opérationnels du programme étaient les suivants pour la période 2014-2017 :

- 25% des OEV reçoivent au moins un soutien centré sur leurs familles d'accueil d'ici 2017 ;
- 30% de PVVIH (hommes et femmes) ont bénéficié d'un soutien psychosocial et économique d'ici 2017 ;
- 20% de femmes rendues vulnérables du fait du VIH et du sida, 25% des Travailleurs de Sexe et 20% des victimes de violences sexuelles reçoivent un soutien d'ici 2017 ;
- 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.

Selon les estimations et projections, le Cameroun comptait 1.526.841 orphelins en 2014, parmi lesquels 510.954, soit 33,5% étaient infectés ou affectés par le VIH. Entre 2014 et 2016, 40380 OEV ont bénéficié d'au moins une intervention de soutien (sanitaire, scolaire, nutritionnel, psychosocial ou protection juridique) Cette contribution a couvert 7,9% des besoins identifiés à l'échelle nationale. Par ailleurs, 95% des OEV infectés et/ou affectés reçus dans les points de prestation de services ont bénéficié de la référence dans le cadre du continuum des services. Ce type d'intervention reste important et d'actualité, en dépit de la diminution de l'intérêt des partenaires financiers.

En ce qui concerne le soutien psychosocial et économique des enfants/adolescents vivant avec le VIH, les interventions restent isolées et parcellaires. La dynamique de soutien psychosocial n'est pas suffisamment développée, alors que les besoins en accompagnement sont cruciaux pour l'annonce de la séropositivité et pour la gestion des projets de vie dans le contexte du VIH. Il s'agit aussi de contribuer par-là, à l'émergence

poorly documented. For TB / HIV, INH prophylaxis could not be sufficiently implemented because of operational coordination difficulties at the decentralized level.

Specifically, the treatment component encounters difficulties of coordination, leadership and distribution of tasks in the context of the operationalization of strategies. This situation does not favour the synergies necessary for the potentiation of resources and expertise.

Quality assurance of inputs could not be implemented. Regarding the management of co-infections, IPT in HIV among PLHIV started in October 2016 in all 10 regions, hepatitis management is in its infancy and coordination on management interventions relating to it have not worked satisfactorily.

8.10 Impact reduction, monitoring and support

In terms of reducing the impact of the disease on the persons concerned, their dependence and family, the operational objectives of the programme for the period 2014-2017were as follows:

- 25% of OVC receive at least one support centered on their host families by 2017;
- 30% of PLHIV (men and women) received psychosocial and economic support by 2017
- 20% of women rendered vulverable by HIV and AIDS, 25% of Sex workers and 20% of victims of sexual violence receive support by 2017
- Stigma and discrimination related to HIV and AIDS, as well as sexual orientation is reduced, and the level of tolerance towards PLHIV is increased.

According to estimates and projections, Cameroon had 1,526,841 orphans in 2014, and among them 510,954 or 33.5% were infected or affected by HIV. Between 2014 and 2016, 40380 OVCs benefited from at least one support intervention (health, education, nutritional, psychosocial or legal support). This contribution covered 7.9% of the needs identified at national level. In addition, 95% of infected and / or affected OVCs received at service delivery points benefited from referral as part of the service continuum. This type of intervention remains important and timely, despite the waning interest of financial partners.

With regard to psychosocial and economic support for children / adolescents living with HIV, interventions remain isolated and fragmented. The dynamic of psychosocial support is not sufficiently developed, while support needs are crucial for the disclosure of HIV status and for the management of life projects in the context of HIV. This also means contributing to the emergence of young people / adolescents living with HIV who will become leaders and role models to boost both the prevention and use of testing and treatment services in this age group. Support and psychosocial care of adolescents / young people infected with HIV therefore remains poorly developed and documented.

In 2014, the Stigma Index study found that 68.7% of PLHIV reported having experienced at least one act

de jeunes/adolescents vivant avec le VIH qui deviendront des leaders et des modèles pour booster à la fois la prévention et l'utilisation des services de dépistage et de traitement dans ce groupe d'âge. L'accompagnement et la prise en charge psychosociale des adolescents/jeunes infectés par le VIH reste donc peu développés et documentés.
En 2014, l'étude sur l'index du stigma a fait ressortir que 68,7% des PVVIH déclaraient avoir été victimes d'au moins un acte de discrimination ou de stigmatisation durant les 12 mois précédant l'étude, tandis que 27,1% d'entre eux déclarent avoir été victimes d'insultes du fait de leur statut sérologique. S'agissant de la stigmatisation/discrimination, l'environnement reste peu favorable au regard de la législation et des contraintes et préjugés sociaux concernant à la fois les PVVIH, mais aussi les populations clés. La lutte contre la stigmatisation/discrimination reste encore timide. Des interventions de prise en charge des victimes de violences sexuelles ont été menées, mais à échelle réduite et globalement sous documentées. S'agissant des violences sexuelles et du soutien aux populations vulnérables, la faible documentation des cas pris en charge ne permet pas de mesurer les niveaux d'efforts.

Au total, la revue de la mise en œuvre du PSN montre la faiblesse des interventions communautaires dans le domaine de la réduction d'impact ainsi que la faible capitalisation des résultats. Quand des interventions ont pu être mises en œuvre, elles sont le plus souvent segmentées et parcellaires, ce qui réduit leur impact, ce d'autant qu'elles ne relèvent pas d'un paquet défini de service. Certains dispositifs importants sont en attente de normalisation et de consolidation (stratégie de prise en charge des OEV non finalisée, GTT/OEV, notamment le comité de pilotage et le Groupe technique multipartite sur le continuum des soins en cours).

8.11 Suivi et évaluation de la réponse

Dans le domaine du suivi-évaluation, le dispositif de riposte à l'épidémie a été renforcé pour la collecte, la validation, l'analyse et la transmission des données. Le système DHIS2 a été mis en place et le personnel dédié au remplissage des registres (ACCR) et à la saisie des données a été recruté.

Le PSN 2014-2017 a été doté d'un Plan de Suivi-Evaluation budgétisé incluant les indicateurs et leurs détails, ainsi que le circuit des données. Son existence semble mal connue, même par les principaux acteurs de la réponse. Au niveau central (GTC) et régional (GTR), il existe une section de suivi-évaluation dotée de personnels qualifiés. Des systèmes informatisés bâtis autour du DIHS2 sont utilisés pour capter et faire remonter les données essentiellement sanitaires. Le niveau de disponibilité et de complétude reste variable d'une période à l'autre. Pour certaines informations (comme les coïnfections), les données ne sont pas toutes collectées.

En dépit de la mise en place des technologies appropriées (DHIS2, VINDATA et OSP-Sida), le niveau de complétude et de promptitude des données est moyennement satisfaisant et le logiciel OSP-SIDA destiné à la gestion des intrants n'est pas encore totalement décentralisé et les acteurs périphériques ne se sont pas encore appropriés de l'outil.
Si toutes les études n'ont pu être menées comme prévu, le dispositif de suivi-évaluation a permis de produire les rapports de progrès du Fonds mondial, les rapports pour les partenaires, les bilans annuels de la réponse

of discrimination or stigmatization in the 12 months preceding the study, while 27.1% of them said they have been insulted because of their HIV status. As regards stigma / discrimination, the environment remains unfavourable in terms of legislation and social constraints and prejudices concerning both PLHIV and key populations. The fight against stigma / discrimination is still timid. Interventions to care for victims of sexual violence have been conducted, but on a small scale and generally under-documented. With regard to sexual violence and support for vulnerable populations, the poor documentation of the cases supported renders it difficult to measure the levels of the effort.

In all, the review of the implementation of the NSP shows the weakness of community interventions in the area of impact reduction as well as the low exploitation of results. Even where interventions were implemented, they were most often segmented and fragmented thus reducing their impact, especially as they do not depend on a defined package of services. Some important mechanisms are waiting to be standardized and consolidated (OVC care strategies not finalized, TWG/OVC, particularly the Steering Committee and the Multipartite Technical Group on the ongoing care continuum).

8.11 Response monitoring and evaluation

In the area of monitoring and evaluation, the response to the epidemic has been strengthened for data collection, validation, analysis and reporting. The DHIS2 system has been set up and data managers have been recruited.

The 2014-2017 NSP has been provided with a budgeted Monitoring and Evaluation plan that includes the indicators and their details as well as the data flow. Its existence seems poorly known even by the main actors of the response. At the central (CTG) and regional (RTG) levels, there is a monitoring and evaluation unit with qualified staff. Computerized systems built around DHIS2 are used to capture and trace essentially health data. The level of availability and completeness remains variable from one period to another. For some information (such as co-infections s), not all data is collected.

Despite the implementation of appropriate technologies (DHIS2, VINDATA and OSP-SIDA, the level of completeness and timeliness of the data is moderately satisfactory, and the OSP-SIDA software for commodity management is not yet totally decentralized and peripheral actors have not yet adopted the tool.

While not all studies could be conducted as planned, the monitoring and evaluation system produced Global Fund progress reports, partner reports, annual reviews of the annual response, and specific reports such as annual progress reports on PMTCT (2013 to 2016). In the annual reports, emphasis is notb sufficiently laid on the presentation of the results by sector according to the structure of the response. This would have the advantage of better appraising the interventions, results and contributions of each sector and allowing for better formulation of recommendations to reinforce these responses.

annuelle et les bilans spécifiques comme les rapports annuels de progrès PTME (2013 à 2016). Au niveau des rapports annuels, l'accent n'est pas suffisamment mis sur la présentation des résultats par secteur à l'image de la structuration de la réponse. Cela aurait pour avantage de mieux apprécier les interventions, les résultats et les contributions de chaque secteur et permettre un meilleur ciblage des recommandations dans le sens de renforcer ces réponses.

Le circuit des données nécessite une révision car les données communautaires sont censées être captées au niveau communal, alors que le dispositif de coordination à ce niveau ne fonctionne pas. Ce qui peut avoir pour effet une déperdition des données et d'informations. S'agissant de la qualité, il apparait nécessaire de renforcer la qualité des données en termes de concordance et d'harmonisation.

Dans les bilans annuels de la réponse au VIH, les aspects financiers ne prennent pas en compte l'ensemble des flux financiers nationaux, y compris par le REDES. Cela s'explique par l'absence d'un chargé du suivi financier au niveau de la section suivi évaluation, rôle que le personnel de la section en charge des finances, déjà surchargé avec la gestion des projets, ne peut jouer pleinement.

Dans le cadre de l'amélioration de l'efficacité de la réponse, l'ONUSIDA préconise la production d'informations stratégiques qui aident à une meilleure compréhension de la situation et à orienter le plaidoyer et les activités opérationnelles. Il n'a pas été possible d'en produire. La mise en place d'un Dashboard avait été entreprise au cours de l'année 2016 pour le suivi stratégique des performances jusqu'au niveau décentralisé. Le processus n'est pas encore achevé.

8.12 Coordination de la réponse à l'épidémie

8.12.1 Réponse sectorielle

Au plan institutionnel, durant la période 2014-2016, la réponse multisectorielle a été maintenue tant au niveau central qu'au niveau décentralisé. Un audit organisationnel a permis de renforcer l'organisation et l'organigramme du GTC/CNLS et de renforcer sa fonctionnalité ainsi que les GTR par un apport conséquent en personnels clés.

En vue de mettre en œuvre et coordonner la réponse multisectorielle dans les institutions et ministères, il a été prévu la mise en place des Commissions Centrales de Coordination de la lutte contre le Sida au sein des ministères et des grandes institutions nationales. En plus de cela, depuis 2001 il est prévu une ligne budgétaire pour la lutte contre le sida au niveau des institutions et ministères. Des synergies sont développées avec des organisations de la société civile dans le cadre de la mise en œuvre de programmes spécifiques[18].

En dépit des directives, l'architecture de la réponse demeure incomplète en termes de couverture, l'appropriation reste relative et variable d'une structure à l'autre ainsi que la capacité des premiers acteurs. Moins de 10 ministères sur les 36 existants s'impliquent effectivement dans la lutte contre le sida en leur sein tant au niveau central que dans les représentations régionales. Ceux qui s'y activent le doivent à l'existence de liens forts avec des partenaires techniques et financiers dans le cadre de la mise en œuvre d'interventions spécifiques.

[18] On peut citer entre autres : CRS avec le MINAS pour les OEV, CAMNAFAW avec MINJES pour la mise en œuvre des activités en faveur des jeunes scolarisés dans le cadre de la subvention Fonds mondial

The data flow requires revision because the community data is supposed to be collected at the communal level, whereas the coordination mechanism at this level does not function. This can result in a loss of data and information. With regard to quality, it seems necessary to strengthen the quality of the data in terms of consistency and harmonization.

In the annual reviews of the response to HIV, the financial aspects do not take into account all national financial flows, including even by the NASA. This is due to the lack of a financial monitoring officer at the level of the monitoring and evaluation section, a role that the staff of the section in charge of finance, already overburdened with the management of projects, cannot play fully.

In order to improve the effectiveness of the response, UNAIDS advocates the production of strategic information that helps to better understand the situation and guide advocacy and operational activities. It was not possible to produce one. The implementation of a Dashboard was undertaken during the year 2016 for the strategic monitoring of the performances up to the decentralized level. The process is not yet complete.

8.12 Coordination of response to the epidemic

8.12.1 Sectoral response

At the institutional level, during the period 2014-2016, the multi-sectoral response was maintained at both central and decentralized levels. An organizational audit strengthened the set up and organization chart of the CTG / NACC, its functionality as well as the RTGs by making a substantial contribution to key personnel.

In order to implement and coordinate the multi-sectoral response in the institutions and ministries, there were plans to set up Central Coordinating Commissions for the AIDS response in ministries and major national institutions. In addition to this, an allocation for the AIDS response has since 2001 been included in the budgets of of institutions and ministries. Synergies have been developed with civil society organizations in the implementation of specific programmes[19] .

In spite of guidelines, the architecture of the response remains incomplete in terms of coverage. Appropriation is relative and varies from one organization to another as well as the capacity of the frontline key stakeholders. Fewer than 10 of the 36 existing Ministries are actually involved in the AIDS response within themselves both at the central and regional levels. Those that are active owe it to the existence of strong links with technical and financial partners as part of the implementation of specific interventions.
This situation is reflected by the general low enthusiasm and low readiness of the ministries in the regular preparation of sectoral plans, action plans and annual work plans which quite a few disposes of. Even for the units that do have, they cannot implement them because of the lack of mobilization of the necessary fi-

[19] Examples include: CRS and MINAS for the OVC, CAMNAFAW and MINJES for the implementation of activities for the benefit of school-going youths as part of the Global Fund grants.

Cette situation se traduit par le faible engouement et empressement général des départements ministériels dans l'élaboration régulière des plans sectoriels, des plans d'actions et de plan de travail annuel, dont assez peu d'entre eux en disposent. Pour les structures qui en disposent, elles ne parviennent pas à les mettre en œuvre, faute de mobilisation des ressources financières nécessaires, et ce en dépit de l'inscription des lignes budgétaires pour la riposte au sida. Cette situation pourrait expliquer la difficulté qu'éprouvent les comités sectoriels à mobiliser effectivement les fonds prévus dans la loi de finance.
Au niveau de l'éducation, l'introduction de l'enseignement du VIH dans les curricula est en cours de renforcement. Les curricula ont été révisés et reproduits, la formation des enseignants est en cours et cela devrait permettre de renforcer les mesures de prévention du VIH en milieu scolaire. Au regard du faible niveau de connaissance des élèves sur le VIH, les hépatites et les IST, il serait avantageux de mettre l'accent sur des modèles de prévention combinée intégrant les TIC et les réseaux sociaux pour l'incitation à l'utilisation des services liés au VIH (90% ont des téléphones portables dont 58,8% connectables sur internet et 66,1% utilisent les réseaux sociaux[20]).

Le leadership et l'ancrage du GTC/CNLS souhaités n'ont pas pu être concrétisés et certains mécanismes de coordination prévus dans le PSN, notamment sectoriels et communaux n'ont pas pu fonctionner de manière optimale. Les capacités opérationnelles du GTC/CNLS ont été diminuées du fait de la déperdition de cadres expérimentés en partie à cause de la non mise en place d'un cadre de gestion incitatif des carrières.

Enfin, la stratégie de communication et les outils de communication n'ont été finalisés que tardivement (mars 2017), ce qui n'a pas permis de développer une communication efficace et adaptée aux cibles.

8.12.2 Réponse communautaire

La réponse locale s'adresse plus spécifiquement au monde communautaire. La coordination des actions et des acteurs se fait au niveau central au sein du GTC/CNLS au niveau de la section réponse locale/sectorielle/partenariat et au niveau décentralisé par les GTR/CNLS. En dépit des conflits d'agenda, des réunions trimestrielles de coordination sont régulièrement organisées au niveau central et assez peu au niveau régional.

Le secteur communautaire reste fragmenté avec des organisations d'importance et de fonctionnalités variables. Les efforts de mise en réseau et de promotion de l'auto-coordination de la société civile se sont heurtés à des méfiances/résistances, y compris de la part des acteurs institutionnels, et à des conflits de leadership. Le processus d'élaboration du code de bonne conduite des OSC en cours, avec l'appui des partenaires pourraient contribuer à mieux crédibiliser les intervenants, ouvrant la voie à plus de reconnaissance et de mobilisation des ressources financières.

Pour ce qui est du financement de la réponse communautaire, le flux financier vers ce secteur reste relativement modeste au regard des besoins faiblement coordonné et insuffisamment documenté pour diverses raisons. Les ressources mobilisées proviennent en grande partie du Fonds mondial. Cependant, d'autres par-

[20] Source : Impact des TIC dans l'accroissement du recours aux services de dépistage du VIH, des Hépatites virales et autres IST chez les élèves des lycées et collèges du Cameroun (analyse situationnelle), CICRB, Juin 2016

nancial resources, despite the inclusion of the budget allocations for the AIDS response. This situation could justify the difficulty that sectoral committees have in effectively mobilizing the funds provided for in the Finance law.

At the level of education, the introduction of HIV education into curricula is being strengthened. Curricula have been revised and replicated, teacher training is ongoing and this should strengthen HIV prevention measures in schools. Given the low level of students' knowledge of HIV, hepatitis and STIs, it would be beneficial to focus on combined prevention models that integrate ICTs and social networks to encourage the use of HIV-related services (90% have mobile phones, 58.8% of which can be connected to the internet and 66.1% use social networks [21]).

The desired Leadership and vision of the CTG / NACC could not be realized and some coordination mechanisms provided in the NSP, in particular sectoral and communal, could not function to the maximum. The operational capacity of the CTG / NACC has been diminished by the loss of experienced senior staff partly due to the lack of a career management framework incentive.

Finally, the communication strategy and tools were not finalized until late (March 2017), and this did not permit the development of an effective communication tailored to the targets.

8.12.2 Community Response

Local response more specifically targets the community. Coordination of actions and stakeholders takes place at the central level within the CTG / NACC at the level of the local / sectoral / partnership response and at the decentralized level by the RTG / NACC. Despite overlapping agendas, quarterly coordination meetings are regularly organized at the central level but less regularly at the regional level.

The community sector remains fragmented with organizations of varying sizes and functionality. Efforts to network and promote the civil society's self-coordination have been hampered by mistrust / resistance from institutional stakeholders, including leadership conflicts. The ongoing process of developing the CSO Code of Conduct with the support of partners could contribute to give greater credibility of stakeholders and pave the way for more recognition and mobilization of financial resources.

The financial contributions to the community response remains relatively modest compared to needs, weakly coordinated and insufficiently documented for various reasons. The resources mobilized come largely from the Global Fund. However, other partners including the UN gency directly fund civil society organizations as part of their development / cooperation projects / programmes.(mainly PEPFAR, united Nations Agency). In addition to some CSOs that are developing, many are becoming impoverished with certain risks

[21]Source : Impact of ICT in increasing the use of HIV, Viral Hepatitis, STIs and screening services among High School students in Cameroon (Situational Analysis), CIRCB, June 2016

tenaires financent directement les organisations de la société civile dans le cadre de leur projets/programmes de développement ou de coopération (PEPFAR, Agence du Système des Nations-Unies notamment). A côté de certaines OSC qui se développent, beaucoup se paupérisent avec des risques certains de disparaître du paysage de la réponse nationale, notamment les OBC identitaires (les associations de PVVIH en particulier).

Les insuffisances et déficits en matière de visibilité, de crédibilité, de capacité managériale et de planification/plaidoyer/mobilisation des ressources sont des facteurs qui limitent l'accès aux ressources chez les organisations de la société civile. Il existe actuellement des opportunités de financement pour le renforcement des capacités de la société civile[22] qui pourraient être mises à profit de manière structurée.

En matière de prestation de services, les activités autrefois dominées par celles de la prévention, commencent à s'étoffer avec le développement de la santé communautaire et des perspectives sur la distribution communautaire des ARV, la recherche en communauté par les Agents de Santé Communautaire (ASC) des femmes enceintes perdues de vue à la CPN ou n'ayant pas débuté la CPN et celle des nouveau-nés nés en communauté ou n'ayant pas subi la consultation post natale.

Globalement, le profil de la réponse à l'épidémie de VIH au Cameroun est marqué par un très important retard dans le développement de la réponse communautaire, tant au plan des stratégies et du paquet des interventions qui sont consenties aux OSC, que du volume de ces interventions à l'échelle du pays.

C'est ainsi que le dépistage et la prise en charge du VIH restent excessivement médico-centrées et que les acteurs institutionnels en responsabilité (majoritairement des médecins) ne parviennent pas à promouvoir une approche résolument « santé communautaire » dans la réponse à l'épidémie, alors que l'évidence plaide dans ce sens.

La réponse communautaire existe, mais sa pérennité et sa résilience sont sources de profondes inquiétudes dans le modèle actuel. A terme, si des actions spécifiques ambitieuses ne sont pas prises, le tissu d'intervenants va s'anémier, au moment où des goulots d'étranglement importants doivent être levés que seuls les acteurs communautaires pourront lever, en vue d'assurer un succès et une atteinte des engagements nationaux / internationaux auxquels le pays a souscrit.
En effet, la persistance du niveau élevé des nouvelles infections et des déperditions importantes dans les cascades de la PTME et du traitement appelle à la mise en œuvre d'interventions au sein des communautés, que seules les OSC et autres groupes communautaires sont en mesure de réaliser.
La démédicalisation des stratégies et approches de prévention, dépistage, traitement et suivi est un passage obligé pour libérer les capacités d'interventions des OSC.

La coordination des partenaires et de la société civile s'est presque limitée aux interactions dans les groupes techniques de travail ou à l'occasion de concertation autour de développement / mise en œuvre des projets.

[22] Il s'agit par exemple de l'initiative 5% et de GIZ Backup qui lancent régulièrement des appels à projets ou qui financent des requêtes provenant de la société civile

of disappearing from the landscape of the national response, especially identity CBOs (particularly associations of PLHIV).

Visibility, credibility, managerial capacity and planning / advocacy / resource mobilization deficiencies and shortcomings are factors that limit the civil society organizations' access to resources. There are currently funding opportunities for civil society capacity building[23] that could be leveraged in a structured way.

In terms of service delivery, activities formerly dominated by those of prevention are beginning to grow with the development of community health and perspectives on community-based distribution of ARVs, community-based active search of pregnant women lost to follow-up in ANC or who have not started ANC and neonates delivered in community or who have not had a post-natal consultation.
by Community Health Workers (CHWs)

Overall, the profile of the response to the HIV epidemic in Cameroon is marked by a very significant delay in the development of the community response, both in terms of the strategies and the package of interventions that are granted to CSOs, as well as the volume of these interventions across the country.

As a result, HIV testing and care remain excessively medico-centric and institutional stakeholders who are in charge (mainly doctors) fail to promote a resolutely "community health" approach to responding to the epidemic, whereas there is every evidence in of community health. *Community response exists but its sustainability and resilience is a source of deep concern in the current model. In the long term, if very ambitious specific actions are not taken, the fabric of stakeholders will become anemic, at a time when major bottlenecks that only community stakeholders can removed must be overcome so as to ensure success and fulfillment of the national / international commitments taken by the country.*
Indeed, the persistent high levels of new infections and significant losses in cascades of PMTCT and treatment calls for interventions within communities, which only CSOs and other community groups are able to implement..

The de-medicalization of prevention, testing, treatment and follow-up strategies and approaches is a necessary step to enhance the capacity of CSOs to intervene.

The coordination of partners and civil society was almost limited to interactions in technical working groups or during consultation around project development / implementation.

[23] Examples include the 5% initiative and the GIZ Backup which regularly calls for project proposals and funds project proposed by CSOs.

8.12.3 Réponse du secteur privé et des entreprises

Au niveau du secteur privé, outre les interventions financées par le Fonds mondial, un regain de dynamisme dans la réponse en faveur du secteur privé a été amorcé avec l'appui de l'ONUSIDA et du BIT dans le sens du renforcement du Partenariat Public-Privé (PPP).

Le secteur privé au Cameroun est marqué par son dynamisme et sa grande diversité. A côté du secteur informel, on retrouve des grandes entreprises/sociétés et des groupements de filière ou patronales. La prévalence du VIH parmi les travailleurs dans le secteur privé demeure importante et des inquiétudes sur le potentiel de flambée de l'épidémie au sein des travailleurs du secteur informel[24] . En 2016, sur 22612 travailleurs du secteur privé dépistés, le taux de séropositivité était de 2,6%.

Même s'il est difficile d'évaluer l'impact économique du VIH, les études semblent montrer que dans certains des pays les plus durement frappés, la croissance du PIB pourrait être amputée de 2% ou plus du fait de l'épidémie[25].

La réponse du secteur privé et des entreprises est soutenue par le MINTSS avec l'appui du BIT et de ses partenaires. Des structures de la réponse au sein de certaines grandes sociétés avec des points focaux et des UPEC ont été mises en place dans certaines entreprises.

Plus récemment, dans le cadre de la subvention du Fonds mondial, des activités spécifiques ont été prévues pour la riposte au sida au profit des structures de coordination et des travailleurs et/ou leur famille[26].

Dans le cadre des chantiers structurants de développement, des volets riposte au sida ont été intégrés aux activités sociales des entreprises contractantes en faveur des travailleurs, leur famille et les populations environnantes des chantiers. Cela a permis de mettre en route des interventions dont l'importance est variable d'une année et d'une structure à l'autre, en partie à cause de la faiblesse des synergies et de mutualisation des ressources.

Pour la lutte au sein des entreprises, la création des UPEC au sein de certaines entreprises a constitué un pas important vers une amélioration de l'accès et de la qualité des services liés au VIH comme le dépistage du VIH et la prise en charge médicale.
En matière de coordination, il existe plusieurs regroupements ou coalitions suivant la nature des activités. A ce jour, les efforts n'ont pas permis de mettre en place une réelle synergie et une mutualisation des efforts et investissements.

Le niveau d'appropriation de la réponse et l'engagement des premiers responsables de ces structures restent d'importance variable et constituent des enjeux majeurs pour la durabilité et la résilience de la réponse du secteur privé. Cela permettra de renforcer la mobilisation des ressources pour l'autofinancement de la réponse du secteur privé et son harmonisation.

[24] En 2016, le dépistage volontaire a montré une prévalence de 2,6% chez les travailleurs des pôles économiques, 1,1% chez les camionneurs et riverains
[25] Source : Etude d'impact socio-économique et stigmatisation liée au VIH et au sida dans les grandes entreprises du Cameroun ; CIRCB, CNLS, ONUSIDA, Décembre 2016
[26] Cela concerne environ 46 entreprises sur la centaine existant

8.12.3 Response in the Private sector and enterprises

At the private sector level, apart from Global Fund-sponsored interventions, renewed momentum in the response in the private sector has been initiated with the support of UNAIDS and the ILO in strengthening the Public-Private Partnership (PPP).

The private sector in Cameroon is characterized by its dynamism and its great diversity. Besides the informal sector, there are large enterprises / companies or employer groups or sectors. HIV prevalence among workers in the private sector remains high and there are concerns about a potential increase of the epidemic among informal sector[27] workers. In 2016, of the 22,612 private sector workers tested, the seropositivity rate was 2.6%. Although it is difficult to assess the economic impact of HIV, studies suggest that in some of the hardest-hit countries, GDP growth may be cut by 2% or more as a result of the epidemic[28] .

The response of the private sector and companies is supported by MINTSS, the ILO and other partners. Response structures within some large companies with focal points and UPECs have been set up in some companies.

More recently, as part of the Global Fund grant, specific activities have been planned for the AIDS response for the benefit of coordinating structures and workers and / or their families[29] .

As part of the major projects for development, AIDS response components have been integrated into the social activities of the contracting companies for the benefit of the workers, their families and the neighbouring communities of the construction sites. This has made it possible to initiate interventions whose scale varies from one year to another and from one structure to another, partly because of weak synergies and pooling of resources.

Regarding the response within companies, the creation of UPECs in some companies has been an important step towards improving the access and quality of HIV services such as HIV testing and medical management.In terms of coordination, several groups or coalitions coexist depending on the nature of the activities. To date, the efforts have not made it possible to set up a real synergy and a pooling of efforts and investments.

The level of appropriation of the response and the commitment of the managers of these structures varies and constitute major challenges for sustainability and resilience of the private sector response. This can strengthen the mobilization of resources for the self-financing of the private sector response and its harmonization.

[27] In 2016, voluntary testing revealed a prevalence rate of 2.6% among workers of the economic centres and, 1.1% fortruck drivers and neighbouring populations

[28] Source : Socio-Economic and HIV/AIDS related Stigma impact Survey in major Companies in Cameroon ; CIRCB, NACC, UNAIDS, December 2016

[29] This concerns 46 companies out of about 100 that exist

L'étude sur l'impact socioéconomique et la stigmatisation réalisée en 2016 a révélé que les grandes entreprises dépensent au maximum 1,3% de leur chiffre d'affaires dans les activités de prévention. Cette dépense devrait être encouragée, car il ressort clairement que les coûts indirects liés au VIH et au sida sont plus élevés. On y note que 25% des arrêts-maladie sont octroyés aux employés vivant avec le VIH, ce qui représente un manque à gagner pour l'entreprise, du fait du ralentissement, voire de l'arrêt de l'activité et du coût des mesures compensatoires pour pallier à cet absentéisme.

Aujourd'hui, il apparait plus que nécessaire d'imprimer une vision partagée, globalisante et harmonieuse de la réponse du secteur privé qui prenne en compte outre le VIH, les autres principales maladies et coïnfections (tuberculose, paludisme, hépatites). Cela est en droite ligne avec la dynamique et les recommandations prises lors de la réunion de haut niveau du secteur privé tenue en novembre 2016. A titre d'exemple, dans le cadre de la lutte contre le paludisme au Cameroun, plusieurs initiatives montrent l'engagement du secteur privé et la faisabilité[30]. Toutefois, cela passe par une approche structurante de partenariat public-privé (PPP), de coordination et de financement de la réponse du secteur privé dans laquelle le GTC/CNLS et le patronat camerounais sont appelés à agir en synergie. Cela implique également de prendre en compte les recommandations suivantes de l'ONUSIDA en matière de PPP[31] , à savoir :

- définir les plus-values du partenariat dans les différents domaines (prévention, soins/traitement, réduction d'impact, suivi-évaluation) ;
- identifier les lacunes, les nouveaux sujets et les partenariats ;
- intégrer la réflexion sur le système de santé dans les partenariats liés au VIH ;
- lancer un dialogue précurseur public-privé ;
- faciliter l'élaboration de politiques pour les partenariats public-privé ;
- promouvoir la supervision et le soutien à long terme ;
- améliorer le suivi du secteur privé.

8.12.4 Réponse du secteur santé

*** Structuration, réalisations**

La coordination du secteur santé concerne essentiellement trois aspects, à savoir la prise en charge médicale des PVVIH, la PTME et le volet Gestion des approvisionnements et stocks (GAS) en intrants.

Placée sous l'autorité d'un Chef de Section, la Section Appui au Secteur Santé est chargée d'apporter au Ministère de la Santé Publique un appui technique dans la mise en œuvre de la réponse sectorielle en santé à travers l'élaboration des normes, directives et documents stratégiques de prise en charge pédiatrique/globale, de PTME et de gestion des approvisionnements. Elle compte en son sein trois (03) Unités :

- 1 Unité de Gestion des Achats et des Stocks ;
- 1 Unité Prise en Charge Globale,
- 1 Unité Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant.

Elle collabore étroitement avec la Direction de Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies (DLMEP), pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la réponse contre le sida ainsi que la surveillance épidémiologique et la recherche sur le VIH/sida et les IST.

[30] L'entreprise CHOCOCAM a investi dans la prévention paludisme (IEC, TDR, sensibilisation et a gagné en 2 ans environ 80 jours de travail et enregistré une baisse de la morbidité de 15,8% sur la période. Dans le même ordre, HEVECAM a investi dans l'achat de 16500 Tests de diagnostic rapide du paludisme pour son personnel

[31] Source: HIV-related Public-Private Partnerships and Health Systems Strengthening, UNAIDS, Juillet 2009

The 2016 Socio-Economic Impact and Stigma Study found that large companies spend up to 1.3% of their turnover on prevention activities. This expenditure should be encouraged as it is clear that the indirect costs of HIV and AIDS are higher. The study reveals that 25% of sick leaves are granted to employees living with HIV, which represents losses for the company, due to the slowdown or even the cessation of activity and the cost of compensatory measures to overcome this absenteeism.

Today, it seems more than necessary to picture a shared, globalizing and harmonious vision of the private sector response which takes into account, besides HIV, the other major diseases and co-infections (Tuberculosis, Malaria, Hepatitis). This falls in line with the dynamics and recommendations made at the high-level meeting of the private sector held in November 2016. For example, in the fight against malaria in Cameroon, several initiatives show the commitment of the private sector and the feasibility of this vision[32]. However, this involves a structuring approach of public-private partnership (PPP), coordination and financing of the private sector response in which the CTG / NACC and the Cameroonian employers are called upon to act in synergy. It also involves taking into account the UNAIDS recommendations on PPPs[33] , that include:

- Defining the added value of the partnership in the various areas (prevention, care / treatment, impact reduction, monitoring and evaluation);
- Identifying gaps, new topics and partnerships;
- Integrating thinking about the health system into HIV-related partnerships;
- Launching an initial public-private dialogue;
- Facilitating policy development for public-private partnerships;
- Promoting long-term supervision and support;
- Improving private sector monitoring.

8.12.4 Health sector response

*** Structuring, realizations**

Health sector coordination mainly concerns three aspects, namely the medical management of PLHIV, PMTCT and the commodities Procurement and Supply Management (PSM) component.

Under the authority of a Section Head, the Health Sector Support Section is responsible for providing the Ministry of Public Health with technical support in the implementation of the sectoral health response through the development of standards, guidelines and strategic documents for pediatric care / global management, PMTCT and supply management. It has three (3) units:

- A Procurement and Stock Management Unit;
- A Global Management Unit,
- A Prevention of Mother-to-Child Transmission Unit.

It collaborates closely with the Department of Disease, Epidemics and Pandemics Control (DLMEP), for the development, implementation and monitoring of the AIDS response as well as epidemiological surveillance and HIV/ AIDS and STIs research.

[32] The CHOCOCAM company has invested in the prevention of malaria (IEC, RDT, sensitization)and has in 2 years gained about 80 working days and recorded a 15.9% drop in morbidity with the same period. In the same manner , HEVECAM has invested in the purchase of 16500 rapid malaria diagnostic tests for its personnel

[33] Source: HIV-related Public-Private Partnerships and Health Systems Strengthening, UNAIDS, July 2009

Cette synergie a permis :

- d'élaborer/réviser les outils de collecte des données pour la prise en charge des PVVIH, y compris celle des enfants infectés et des coinfectés TB/VIH (dossiers médicaux, ordonnanciers, carnets de suivi biologique, registres TARV, registres pré-TARV, registres des laboratoires, registre de dispensation des ARV, etc...) et suivre leur disponibilité dans les structures de PEC depuis la production jusqu'à la mise à disposition des outils ; d'analyser avec les autres sections du GTC (SRPSSE et SRLSP) les données techniques de suivi des PVVIH dans les structures de PEC (données relatives à la qualité de la PEC Globale, l'observance et la rétention des PVVIH sous TARV) ;
- d'analyser les problématiques liées à la PEC du VIH au Cameroun et proposer des solutions à la hiérarchie ;
- de participer au sous-comité de quantification au niveau national et suivre la disponibilité des intrants de dépistage et PEC (ARV) dans les sites de PEC et ;
- d'apporter un appui technique aux directions techniques du MINSANTE et aux partenaires dans la mise en œuvre et la planification des activités de PEC (PEC Adulte et Pédiatrique, Coïnfection TB/VIH.

La frontière entre les actions de la DLMEP et du GTC CNLS est difficile à percevoir, d'où parfois des conflits de compétence et/ou de leadership lors de la validation des différents documents ou dans la mise en œuvre des actions si la coordination n'a pas été optimale au départ. Avec les autres programmes de santé, la section devrait collaborer avec le PNLP pour le volet santé communautaire et avec le PNLT pour le volet coïnfection TB/VIH. Si pour la santé communautaire, le processus de maturation est en cours, par contre celui de la coinfection TB/VIH nécessite que les dispositifs et interactions, notamment le groupe de travail et de coordination TB/VIH prévues deviennent fonctionnels.

S'agissant de la PTME, le GTC/CNLS dispose d'une unité qui travaille en étroite collaboration avec les partenaires et la DSF du MINSANTE pour développer l'ensemble des composantes et en assurer la capitalisation. Au plan normatif, les modalités de réponse et de prise en charge médicale ont été définies et alignées avec les orientations internationales.

Cependant, il existe davantage un besoin de synergie avec la réponse locale, sectorielle et partenariat afin de développer la composante communautaire de la PTME. Dans le cadre de la pérennité, plus de synergie devraient être créée avec ladite section afin de mieux coordonner la prise en charge pédiatrique et développer les mécanismes de tutorat dans le sens de la consolidation de l'option B+.

En ce qui concerne le sous volet GAS, des améliorations ont été apportées dans le système notamment :

- le renforcement des capacités des acteurs du niveau périphérique ;
- la mise en place de points focaux régionaux, la formalisation de la contractualisation avec la CENAME et les Fonds régionaux sur une base d'objectifs;
- la prise en compte des indicateurs/données GAS dans le DHIS2.

On note aussi l'existence d'un sous-comité national en charge des approvisionnements des produits VIH dirigé par la DPML. En plus, des missions de supervision, d'appui ainsi que des formations/recyclage ont été organisées à l'intention des acteurs clés de la gestion des produits de santé liés au VIH. Le volet labora-

This synergy helped to:

- develop / revise data collection tools for the management of PLHIV, including infected children and TB / HIV co-infected patients (medical records, prescribers, biological monitoring records, ART registers, pre-ART registers), laboratory registers, ARVs dispensing registers, etc.) and monitor their availability in ART sites (care units) from production to the provision of tools;
- analyze with the other sections of the CTG (SRPSSE and SRSPL) the technical follow-up data of PLHIV in ART sites (data relating to the quality of the global management, the adhenerence and retention of PLHIVon ART);
- analyze the issues related to the HIV care in Cameroon and propose solutions to hierarchy;
- participate in the quantification sub-committee at the national level and monitor the availability of commodities for testing and treatment (ARVs) in in ART sites and
- provide technical support to MOH'S technical departments and partners in the implementation and planning of care and treatment activities (Adult and Pediatric care, TB / HIV Co-infection).

The boundary between the actions of the DLMEP and the CTG/NACC is difficult to define, hence the occurrence, sometimes of conflicts of competence and / or leadership during the validation of the different documents or in the implementation of the actions where coordination was not optimal from the onset.

With other health programmes, this section should collaborate with the NMCP for the community health component and with the NTCP for the TB / HIV co-infection component. While for community health, the process of maturation is underway, that of TB / HIV co-infection on the other hand, requires that the devices and interactions, especially the planned TB / HIV working and coordination group become functional.

With regard to PMTCT, the CTG / NACC has a unit that works in close collaboration with the partners and the DSF of MOH to develop all the components and ensure its exploitation. Normally, the modalities of response and medical care have been defined and aligned with international guidelines.

However, there is a greater need for synergy with the local, sectoral and partnership response to develop the community component of PMTCT. In the context of sustainability, more synergy should be created with this section to better coordinate pediatric care and develop mentoring mechanisms for the consolidation of option B +.

With regard to the SSM sub-component, improvements have been made in the system, in particular:

- capacity building of stakeholders at the peripheral level;
- setting up of regional focal points, formalization of the contracting procedures with CENAME and the Regional Funds based on the objectives;
- consideration of the SSM indicators / data in the DHIS2.

There is also a national sub-committee in charge of HIV commodities led by the DPML. In addition, supervision, support and training / refresher courses were organized for key stakeholders in the management of HIV-related health commodities. The laboratory component was given attention in terms of equipment and

toire a fait l'objet d'attention en termes d'équipements et un plan de passage à l'échelle de la charge virale a été élaboré.

Cependant, la période 2014-2017 a été emmaillée d'incidents d'approvisionnement comme les ruptures et les tensions sur les stocks. En ce qui concerne les ruptures, une majeure partie se produit de manière virtuelle au niveau des points de prestation de services alors que les produits sont disponibles au niveau régional ou central.
Les ruptures/tensions effectives s'observent beaucoup plus pour les intrants pédiatriques. Les principales causes sont entre autres :

- les variations/retraits de certaines formes pédiatriques ;
- le passage rapide à l'échelle des programmes ;
- les mauvaises pratiques dans la gestion des produits de santé ;
- la non maîtrise de la taille effective de la file active pédiatrique et dans une moindre mesure ;
- la mobilisation et l'utilisation de la contrepartie financière de l'Etat.

Pour ce qui est des ruptures des autres intrants, une majeure partie se produit de manière virtuelle au niveau des points de prestation de services alors que les produits sont disponibles au niveau régional et central.

En l'absence d'un plan, le processus d'opérationnalisation de l'assurance et du contrôle-qualité des produits VIH n'a pu être achevé à ce jour. Par ailleurs, le passage à l'échelle de la charge virale est toujours en cours et le plan opérationnel laboratoire est en attente de finalisation. Il apparait assez lourd pour le GTC/CNLS de jouer le rôle de la DPML dans la coordination de toutes les interventions en matière de gestion du médicament et des laboratoires, du fait du manque de personnels à la DPML ou de référent pour le VIH. Ceci traduit la nécessité du renforcement des capacités aussi bien qualitatif que quantitatif dont devrait bénéficier cette direction technique du MINSANTE afin qu'elle puisse jouer pleinement son rôle. Cependant, les actions d'amélioration devraient être envisagées dans le cadre plus global du renforcement du système de santé car les problèmes de laboratoires et de la chaîne d'approvisionnement sont transversaux.

S'agissant de la réponse au VIH au profit du personnel de santé et leur famille, une étude d'impact[34] explorant la prévalence et les comportements a été menée en 2015. Elle a montré une prévalence du VIH de 2,6% (1,3%-4,6%) au sein du personnel soignant. La proportion de personnel soignant ayant effectué leur test de dépistage est de 53,3% chez le personnel soignant féminin et 67,2% chez le personnel masculin.

L'étude a révélé que 44,6% du personnel soignant a déclaré avoir déjà été victime d'accident d'exposition au sang (AES), et 45,7% d'entre eux ont bénéficié d'un test de VIH à l'issue de cet accident ; ceci alors que la prévalence globale du VIH au sein des patients des formations sanitaires est de 7,4%, soit un taux supérieur à la moyenne nationale.

La prévalence du VIH pourrait être alors sous-estimée et le nombre plus important si l'on prend en compte

[34] Source : Etude d'impact du VIH et du sida sur le système hospitalier au Cameroun « Prévalence du VIH et comportements du personnel soignant et des patients », CICRB, ONUSIDA, GTC/CNLS ;2015

a scale plan for viral load was developed.

However, the 2014-2017 period has been embroiled with supply incidents such as stock shortages and stock outs.. With regard to shortages, a major part occurs virtually at service delivery points while products are available at the regional or central level.

Actual shortages / stock outs are much more observed for pediatric commodities. The main causes include:

- Variations / withdrawals of certain pediatric forms;
- Rapid programmes scale up;
- Bad practices in the management of health products;
- Lack of information on the actual number of the pediatric ART users and; to a lesser extent,
- Mobilization and use of the share of the State's financial contribution.

As concerns stock out of other commodities, much of it occurs at the service delivery points while products are available at the regional and central levels.
In the absence of a plan, the process of operationalizing quality assurance and quality control of HIV commodities has not been completed to date. In addition, the scaling up of the viral load is still ongoing and the laboratory operational plan is awaiting finalization. It appears rather burdensome for the CTG / NACC to play the role of the DPML in coordinating all interventions in the management of medicines and laboratories, due to the lack of staff at the DPML or HIV focal point.

This reflects the need for both qualitative and quantitative capacity building of the MOH technical department so that it can play its full role. However, improvement actions should be considered in the broader context of health system strengthening since laboratory and supply chain issues are cross-cutting.

Regarding the HIV response for health workers and their families, an impact study[35] exploring the prevalence and behaviours was conducted in 2015. It showed an HIV prevalence of 2.6% (1.3%-4.6%) among health personnel. The proportion of male health personnel who did the test was 53.3% as against 67.2% for their female counterparts.

The study found that 44.6% of health care workers reported having had a previous accidental exposure to blood (AEB), and 45.7% of them were tested for HIV after this exposure. The overall prevalence of HIV

[35] Source : HIV and AIDs Impact Survey on the Hospital System in Cameroon « HIV Prevalence and Behaviour of Health Personnel and patients », CIRCB, UNAIDS, CTG/NACC ;2015

le fait que derrière ce personnel de santé il y a les conjoints, les partenaires et les enfants de ces derniers[36]. La faiblesse du dépistage au niveau du personnel pourrait aussi avoir un impact sur le dépistage des conjointes du personnel de santé et donc l'enrôlement à la PTME et la réduction des nouvelles infections pédiatriques.

*** Synthèse sur la réponse santé**

La réponse du secteur santé imprimée sous l'égide du MINSANTE a permis de répondre aux attentes ambitieuses en matière de PTME et de prise en charge médicale.

On note un accroissement soutenu des performances des programmes PTME et ARV, avec cependant un bémol en ce qui concerne la prise en charge pédiatrique.

Le dispositif d'approvisionnement mis en place est mieux articulé mais présente encore des insuffisances systémiques qui occasionnent des ruptures/tensions sur les stocks.

Afin de maintenir et renforcer cette réponse, il convient de renforcer la collaboration entre le GTC/CNLS et les directions techniques du MINSANTE que sont la DLMEP et la DSF. Cela demande de renforcer davantage la responsabilisation de ces structures dans les domaines régaliens de leur mission, afin de libérer le GTC/CNLS pour jouer son rôle de coordination, d'orientation et d'appui technique. Un rééquilibrage est nécessaire entre ces entités, qui devraient aller de pair avec un désengagement du CNLS sur le versant de la mise en œuvre au profit de ses fonctions de coordination.

Par ailleurs, l'étude de l'impact du VIH dans le secteur a montré la nécessité de développer une réponse (prévention et prise en charge) au profit du personnel de santé, toutes catégories confondues et leurs partenaires/familles. Cette réponse devrait comporter une composante psychosociale pour appuyer le personnel des sites de prise en charge souvent confronté au burn-out du fait de la surcharge de travail, qui peut être physique et/ou émotionnelle. A cet effet, les missions de la DLMEP pourraient être élargies pour prendre en compte ce volet, aussi bien pour le personnel de santé que pour leur famille.

8.12.5 Coordination centrale et décentralisée

La coordination de la réponse nationale est assurée par le Groupe technique central (GTC) au niveau central et par les Groupes techniques régionaux (GTR) dans les 10 régions du pays pour ce qui concerne le niveau décentralisé. Le GTC est l'organe exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida. Il est chargé de coordonner et de mettre en œuvre la philosophie de la réponse VIH, ainsi que de l'exécution des décisions du CNLS.

Dans le cadre de la mobilisation des ressources et pour diverses raisons liées en partie à la capacité des autres acteurs, outre les subventions de l'Etat, le GTC/CNLS gère un certain nombre de projets (PEPFAR, BID et Fonds mondial).

[36] Dans l'échantillon de l'étude, 72% avaient un partenaire, 5,4% des multiples partenaires et 22,6 vivaient seul

among patients in health facilities was 7.4%, which was higher than the national average This prevalence rate may be underestimated and the number may be greater if we consider that health workers have spouses, partners and children[37]. Insufficient screening of health workers may also have an impact on the screening of their spouses and consequently on enrollment in PMTCT and reduction of new pediatric infections.

*** Synthesis of the health response**

The health sector response under the banner of MoH has helped to meet the ambitious expectations of PMTCT and medical care.
There has been a steady increase in the performance of PMTCT and ART programmes, with a a spill over to pediatric management.

The supply mechanism put in place is better articulated but still presents systemic deficiencies that cause shortages / stock outs.

In order to maintain and reinforce this response, collaboration between the CTG / NACC and the technical departments of MOH, the DLMEP and the DSF, need to be strengthened. This calls for a further improvement of accountability of these units in the primary mission, in order to permit the CTG / NACC to play its role of coordination, orientation and technical support. Readjustment between these entities is needed and should go hand in hand the NACC disengaging from actual implementation in favour of its coordination functions.

In addition, the study of the HIV impact in the sector has revealed the need to develop a response (prevention and care) for all categories of health personnel and their partners / families. This response should include a psychosocial component to support staff at treatment sites who often experience physical and / or emotional burnout due to high workload, for this purpose, the missions of the DLMEP could be extended to take this component into account, for both the health staff and their families.

8.12.5 Central and decentralized coordination

Coordination of the national response is provided by the Central Technical Group (CTG) at the central level and by the Regional Tecthnical Groups (RTGs) in the 10 regions of the country at the decentralized level. The CTG is the executive body of NACC. It is responsible for coordinating and implementing the philosophy of the HIV response, as well as the implementation of its decisions.

In the context of resource mobilization and for various reasons partly related to the capacity of other stakeholders, in addition to state subsidies, the CTG / NACC manages a number of projects (PEPFAR, IDB and

[37] In the sample of the survey, 72% had a partner, 5.4% had multiple partners and 22.6 were living alone

Cette situation fait que le personnel est presque entièrement absorbé par les tâches de gestion de projet au détriment de celles de la coordination de la réponse. La nécessité de renforcer le personnel est évident et l'environnement de travail, notamment les locaux restent exigus et n'offre ni le confort de travail ni la sécurité pour le personnel, le matériel et les archives[38].

Que ce soit l'audit organisationnel ou de l'avis des acteurs clés, l'ancrage institutionnel reste ambigu, ce qui ne permet pas au GTC/CNLS de tirer avantage pour renforcer la coordination de la réponse. Plus perçu comme une structure du ministère de la santé, le GTC peine à s'imposer en acteur incontournable de la coordination de la réponse et la coordination du GTC avec les Directions du MINSANTE (DLMEP et DSF) directement impliquées dans l'action se fait parfois avec des heurts et des frustrations diverses.
Quant au CNLS, il est souvent confondu au Ministère de la Santé Publique, ce qui réduit l'engagement et la redevabilité des autres acteurs sectoriels[39].

L'implication systématique de la société civile et du secteur privé en tant qu'acteurs clés reste inachevée. En effet, le CNLS se limite le plus souvent à une coordination des secteurs gouvernementaux et des sous-récipiendaires du Fonds Mondial. En dehors des Groupes techniques de travail, dans lesquels on retrouve les autres acteurs, la formalisation de la représentativité et des relations n'est pas encore une réalité dans les faits. Ainsi par exemple, très peu de visites médiatisées sont conduites dans les organisations communautaires, alors que cela serait nécessaire pour consolider la connaissance et la reconnaissance du rôle et du leadership du GTC/CNLS sur les questions de coordination.

On note que la coordination décentralisée (GTR/CNLS) est devenue progressivement plus robuste (personnel, plan de travail et budget opérationnels) tandis que celle des autres secteurs (locale, sectorielle, privée) s'effrite ou n'a pas réussi à se consolider/harmoniser (cas du secteur privé). Dans le dispositif de coordination, les structures prévues en dessous du niveau régional n'ont pu être rendues fonctionnelles au cours de la période tel que prévu par le PSN. En vue de ne pas alourdir le dispositif, il serait judicieux de ne plus en tenir compte, mais de faire en sorte que le Comité sectoriel du Ministère de la Décentralisation et du Développement Local puisse prendre en compte dans leurs prérogatives le développement des réponses locales (ville et VIH).

Pour les partenaires, il n'existe pas un cadre unique de coordination. Ils se croisent dans les Groupes techniques de travail, certains participants à plusieurs groupes à la fois. Dans certains cas, la coordination et la synergie entre les partenaires restent faibles, ce qui n'offre pas une clarté et une cohérence dans l'appui qu'ils apportent aux acteurs nationaux. Cette situation pourrait trouver solution à travers l'institutionnalisation, comme dans certains pays, d'un forum des partenaires qui se réunirait régulièrement autour du GTC/CNLS avec la présence des autres acteurs de la réponse nationale.

Pour le GTC/CNLS, l'élargissement des responsabilités dans le cadre de la multisectorialité ne s'est pas suffisamment accompagné d'une augmentation du potentiel de leadership par un meilleur ancrage institu-

[38] En tant que gestionnaire des ressources du Fonds mondial, les archives et documents essentiels doivent être conservés pendant 7 ans après la fin de la subvention
[39] Cette situation par le fait que les acteurs ne s'impliquent souvent qu'à titre d'auxiliaires ou d'observateurs, dans le meilleur des cas, avec délégation des responsabilités à des niveaux qui ne peuvent jouer un rôle exécutif, ou de contrôle (parfois ce sont des de simples cadres qui représentent leur ministère aux réunions du CNLS). Cf. Rapport d'audit organisationnel du GTC/CNLS, 2015 ; P.26

Global Fund).
Consequently the staff is almost entirely absorbed by the project management tasks to the detriment of the coordination of the response. The need to improve staffing and the working environment is obvious, especially the premises that are tight and offer neither comfort nor safety for staff, equipment and archives[40].

Be it the organizational audit or the opinion of the key players, the institutional anchoring remains ambiguous and this does not give the CTG / NACC the opportunity to strengthen the coordination of the response.
Perceived more as a unit of the Ministry of Health, the CTG finds it difficult to affirm itself as a key player in coordinating the response. This HIV response coordination in the Departments of MOH by the CTG, (DLMEP and DSF) directly involved in the implementation is sometimes carried out with certain conflicts and frustrations. The NACC for its part, is often mistaken for the Ministry of Public Health and this reduces the commitment and accountability of other sectoral stakeholders[41] .

The systematic involvement of civil society and the private sector as key actors remains incomplete. In fact, the NACC is mostly limited to coordinating government sectors and sub-recipients of the Global Fund. Apart from the Technical Working Groups in which we find the other stakeholders, the formalization of representativeness and relations is not yet a reality in practice. For example, there are very few well-publicized visits to community-based organizations, which would be necessary to consolidate knowledge and recognition of the role and leadership of the CTG / NACC on coordination issues.

It is evident that decentralized coordination (RTG / NACC) has progressively become more robust (staff, work plan and operational budget) while that of the other sectors (local, sectoral, private) is eroding or has not been successfully consolidated / harmonized (case of the private sector).
In the coordination mechanism, the units envisaged below the regional level could go functional during the period as planned in the NSP. In order not to overburden the system, it would be wise to ignore it, but to ensure that the MINATD Sectoral Committee takes it into account in their local development responses prerogatives (City and HIV).

For partners, there is no single coordination framework. They intersect in the Technical Working Groups, with some participants in several groups at once. In some cases, coordination and synergy between partners remain weak, and this does not provide clarity and consistency in the support they provide to national stakeholders. This situation could be resolved through the institutionalization, of a forum for partners that would meet regularly around the CTG / NACC in the presence of other stakeholders in the national response as is the case in some countries.

For the CTG / NACC, expanding responsibilities in the context of multi-sectorality has not been sufficiently

[40] As manager of the Global Fund resources, archives and essential documents should be preserved for 7 years after the end of the grant
[41]Such a situation, because stakeholders only get involved as auxiliaries or observers, at best, with delegated powers, at levels where they cannot play an executive or audit role, (sometimes they are mere senior staff who represent their ministries at NACC meetings) See the CTG/NACC Organizational Audit Report 2015 ; P.26.

tionnel et d'une augmentation du personnel pour mieux assurer ces responsabilités. Pour diverses raisons pertinentes, la fonction de mobilisation et de gestion des ressources de la riposte au sida a pris davantage d'importance en termes de temps de travail d'un personnel déjà surchargé au dépend des activités liées aux fonctions stratégiques de coordination et de plaidoyer.

En sus, le GTC/CNLS devrait dans les prochaines années travailler à améliorer sa visibilité et son image auprès des acteurs de la réponse nationale. En plus, il devra œuvrer davantage à élargir/diversifier les sources de financement de la réponse et coordonner davantage l'action des partenaires dans le sens de la cohérence avec les priorités nationales et l'efficience de la réponse. Par ailleurs, les recommandations de l'audit organisationnel qui ne sont pas mises en œuvre demeurent pertinentes et leur mise en œuvre devrait faire l'objet davantage de suivi régulier et de documentation.

8.12.6 Conclusion sur le volet coordination

La coordination de la réponse au VIH au Cameroun a connu une évolution d'un modèle uni santé à un modèle multisectoriel en 2000, avec la mise en place du Programme National de Lutte contre le Sida. Cette mue a permis de mieux élargir la réponse et impliquer davantage d'acteurs dans la riposte de manière synergique.

La coordination de la réponse multisectorielle a nécessité que le GTC/CNLS, bras technique opérationnel du CNLS, se structure et se décentralise. Ainsi sont apparues la réponse locale, essentiellement communautaire, la réponse sectorielle en direction des ministères et institutions publiques, la réponse du secteur privé et la décentralisation progressive de la coordination qui est maintenant effective dans les 10 régions.

La nécessité de renforcer le personnel est évidente et l'environnement de travail, notamment les locaux restent exigus et n'offre ni le confort de travail ni la sécurité pour le personnel, le matériel et les archives[42] .

Au regard des enjeux énormes de la réponse à l'épidémie, le pays doit se donner les moyens d'avoir une unité de coordination à la hauteur de la tâche et des ambitions, tant sur le plan des capacités fonctionnelles que du positionnement stratégique.

8.13 Mobilisation et gestion des ressources

En ce qui concerne la mobilisation des ressources, on note une faible mobilisation globale des ressources de l'Etat et le faible taux d'absorption des fonds de certains partenaires pour cause des lourdeurs administratives. La non mise en œuvre des mécanismes innovants de mobilisation des ressources (création de taxes spécifiques, PPP...) n'a pas permis d'élargir la disponibilité des ressources et leur accès par les acteurs sectoriels et la société civile.

En ce qui concerne le financement, le pays a connu quelques difficultés dans la gestion des ressources du

[42] En tant que gestionnaire des ressources du Fonds mondial, les archives et documents essentiels doivent être conservés pendant 7 ans après la fin de la subvention

accompanied by an increase in leadership potential through better institutional anchoring and an increase in staff to better perform these responsibilities. For a variety of other relevant reasons, the resource mobilization and management function of the AIDS response has increased in terms of the working hours of already overburdened staff at the expense of strategic coordination and advocacy functions.

In addition, the CTG / NACC should in the coming years work to improve its visibility and image among the stakeholders of the national response. Furthermore, it will have to work more to widen / diversify the funding sources for the response and coordinate more the action of the partners to align with the national priorities to achieve efficiency in the response. Also, the recommendations of the organizational audit that are not implemented remain relevant and their implementation should be subject to more regular monitoring and documentation.

8.12.6 Conclusion on the coordination component

Since 2000, coordinating the HIV response in Cameroon has evolved from a health sector to a multi-sector model, with the establishment of the National AIDS Control Programme. This change has made it possible to broaden and involve more stakeholders in the response in a synergistic manner.

The coordination of the multi-sectoral response required that the technical operational arm of the NACC, CTG be structured and decentralized. Thus, came the local response, mainly Community, the sectoral response in the ministries and public institutions, the response of the private sector and the gradual decentralization of coordination that is now effective in the 10 Regions.

The need to increase staff strength and improve working conditions is evident, especially the tiny premises which does not offer the comfort or security for staff, equipment and archives[43].

In view of the enormous challenges of the response to the epidemic, the country must secure the means to have a coordination unit commensurate with the task and ambitions, both in terms of functional capacities and strategic positioning.

8.13 Mobilization and management of resources

Regarding the mobilization of resources, there is a low rate in overall mobilization of State resources and the low consumption of funds from certain partners due to bottlenecks. The inability to implement innovative mechanisms for resource mobilization (creation of specific taxes, PPPs, etc.) has failed to increase availability and access to resources s, particularly by sectoral stakeholders and civil society.

With regard to funding, the country experienced some difficulties in managing Global Fund resources in 2013-2014 (Round 10). But since 2015, substantial funding has been provided by partners such as PEPFAR,

[43] As manager of the Global Fund resources essential archives and documents shouldbe preserved for 7 years after the end of the grant

Fonds mondial en 2013-2014 (Round 10). Mais à partir de 2015, la mise en œuvre des programmes a bénéficié de financements importants de la part des partenaires comme le PEPFAR, le Fonds mondial à travers le NFM, l'équipe conjointe du SNU, à travers leurs programmes respectifs de coopération avec le Gouvernement camerounais.

Toutefois, un certain nombre de processus clés ou d'initiatives importantes n'ont pu être mis en œuvre ou achevés à temps pour permettre d'impulser l'élan nécessaire à la réponse nationale et atteindre les performances attendues. C'est ainsi que le programme fait face à des contraintes, à la fois internes et exogènes : les capacités financières de l'Etat et l'environnement socio-économique ont en effet été déstabilisés par la chute du prix du pétrole et des autres matières premières, mais aussi par l'effort de guerre mené contre Boko Haram à l'Extrême-nord, avec son lot de réfugiés.

Les ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre du précédent PSN ont été estimées à environ 317 milliards de CFA (environ 484 millions d'euros) répartis sur les cinq (5) résultats « Effets » qui sont :

- 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 (17%) ;
- Effet 2: le taux de survie à 12 mois des PVVIH est d'au moins 98% d'ici à 2017 (54%) ;
- Effet 3 : l'impact du VIH et du sida sur les personnes infectées et/ou affectées ainsi que sur les populations clés est atténué d'ici à 2017(16%) ;
- Effet 4 : 90% des données de recherche et programmatique sont utilisables pour la production de l'information stratégique de qualité par les acteurs (4%) ;
- Effet 5 : les mécanismes nationaux de coordination et de gestion sont améliorés (9%).

Les ressources mobilisées pour la mise en œuvre de ce PSN se sont élevées à environ 288 millions d'euros, soit un taux de mobilisation de 60% par rapport aux besoins de ce PSN au cours des trois années de mise en œuvre. Notons cependant que les ressources mobilisées en 2017 ne sont pas encore entièrement connues, notamment la contribution du Gouvernement. Ces ressources provenaient des partenaires nationaux (9%) et internationaux (91%). Les principaux partenaires financiers sont le PEPFAR et le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose dont les contributions respectives représentent 46% et 40% de fonds mobilisés. Au niveau national, l'essentiel des ressources retracées a été mobilisé auprès de l'Etat. Les ressources effectivement dépensées sur la période 2014-2015 se chiffrent à 96,4 millions d'euros, soit un taux d'exécution budgétaire de 48% (par rapport aux besoins du PSN). Si on considère les ressources effectivement mobilisées sur 2014-2015 qui sont d'environ 118 millions d'euros, le taux d'absorption est de 80%.

Les constats ci-dessous peuvent être établis au regard de la mise en œuvre de la réponse durant la période 2014-2016 :

- lors des revues annuelles réalisées par le GTC-CNLS, le suivi budgétaire par rapport au PSN n'est pas réalisé (aucun rapport financier ne fait référence au budget du PSN), ce qui rend difficile le suivi de l'exécution des prévisions budgétaire du PSN;
- les plans de travail et budget annuels tenant compte de toutes les ressources disponibles dans le pays,

the Global Fund through the NFM, the UN joint Team, through their respective programmes of cooperation with the Cameroon Government for the implementation of the programme.

However, a number of key processes or important initiatives could not be implemented or completed in time to provide the momentum for the national response and achieve the expected performance. Thus, the programme faces internal and exogenous challenges: the financial capacities of the State and the socio-economic environment have indeed been destabilized by the fall in the price of oil and other raw materials, but also the war effort against Boko Haram in the Far North, with its lot of refugees.

The financial resources required for the implementation of the previous NSP have been estimated at approximately 317 billion CFA (approximately 484 million Euros) distributed over the five (5) results "Effects" which include:

- Outcome 1: By 2017 the incidence of HIV and STIs is reduced by 50% in the population aged 15-49, from 31,970 to 15,985 at least (17%);
- Outcome 2: By 2017 the 12-month survival rate of PLHIV is at least 98% (54%);
- Outcome 3: By 2017 the impact of HIV and AIDS on infected and / or affected people as well as key populations is reduced (16%);
- Outcome 4: 90% of the research and programmatic data are usable for the production of quality strategic information by the actors (4%);
- Outcome 5: National coordination and management mechanisms are improved (9%).

The resources mobilized for the implementation of this NSP amounted to approximately 288 million Euros, representing a 60% mobilization rate as compared to the needs of this NSP over three years of its implementation. It is, however, worth noting that the resources mobilized in 2017 particularly government' contribution are not yet fully known, these resources came from national (9%) and international (91%) partners.

The main financial partners are PEPFAR and the Global Fund for the Fight against AIDS, Malaria and Tuberculosis, whose contributions represent 46% and 40% of mobilized funds respectively. At the national level, most of the resources identified were mobilized from the State.

The actual resources spent over the 2014-2015 period amount to 96.4 million Euro, representing a budget execution rate of 48% (compared to the requirements of the NSP). If we consider the resources actually mobilized for 2014-2015, which are about 118 million Euros, the absorption rate is 80%.

The following observations can be made regarding the implementation of the response during the 2014-2016 period:

- During annual reviews conducted by the CTG-NACC, there is no budget follow-up for the NSP (no financial report makes reference to the NSP budget), which makes it difficult to monitor the implementation of the NSP budget forecasts.
- The annual work plans and budget taking into account all available resources in the country, are not

ne sont pas élaborés, d'où la difficulté de visualiser les domaines insuffisamment financés du PSN. Cela conduit aussi à l'absence d'une base factuelle pour la mobilisation des ressources sur la base des besoins non couverts;

• quand bien même le rapport REDES est disponible uniquement pour 2014 et 2015, un suivi budgétaire par le GTC-CNLS, qui a le rôle de coordination nationale de la mise en œuvre du PSN, aurait permis d'évaluer les fonds mobilisés et dépensés pour 2016. De plus, il est apparu des insuffisances importantes dans la classification des dépenses au niveau du REDES. Par exemple, aucune dépense pour la PTME ou le dépistage du VIH n'a été renseignée sur les subventions du Fonds mondial alors que des dépenses réelles ont été faites. Cela pourrait relever d'une mauvaise imputation comptable au niveau du suivi budgétaire;

• les budgets annuels du PEPFAR sont visibles à travers les COP, mais les informations sur l'exécution budgétaire sont parcellaires (expenditure analysis indisponible au niveau de la coordination nationale – GTC CNLS). A titre d'exemple, Le PEPFAR a mobilisé 63 millions d'euros, mais le REDES n'a pu enregistrer qu'environ 31 millions d'euros (47%).

En vue de renforcer la mobilisation, la gestion et la reddition des comptes sur le financement du PSN, il faudrait :

• renforcer la fonction de coordination du GTC-CNLS au niveau de la communication et l'agrégation des informations financières. Pour cela, il faudra organiser un plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers (PTF) et des ministères (réponse sectorielle) pour un rapportage financier régulier au GTC-CNLS afin d'avoir un paysage financier complet ;

• réaliser le suivi budgétaire annuel du PSN (rapport financier consolidé) et s'en servir pour élaborer un plan de travail et budget tenant en considération les gaps financiers identifiés. Pour cela, il est indispensable d'établir un lien entre le suivi programmatique et le suivi financier pour assurer une meilleure imputation selon le plan analytique et pouvoir obtenir les données indispensables pour le suivi budgétaire du PSN ;

• redynamiser le GICAM et autres partenaires du secteur privé pour la mobilisation des ressources financières dudit secteur ;

• institutionnaliser la production des rapports REDES ;

• élaborer et mettre en œuvre un plan de mobilisation des ressources pour combler les gaps de financement du PSN identifiés.

Des opportunités pouvant favoriser la mise en œuvre de ces mesures existent et s'inscrivent dans l'engagement de l'Etat réaffirmé dans les politiques publiques de développement durable et de lutte contre les maladies prioritaires lors de la déclaration de politique devant l'Assemblée Nationale en juillet 2015. En effet, au niveau national, plusieurs éléments sont favorables pour la mise en œuvre efficace du prochain PSN 2018-2022 :

• perspectives favorables de croissance économique, la mise en œuvre des politiques macroéconomiques et des reformes visant la mobilisation des recettes et l'amélioration de la fiscalité offrent des espaces budgétaires et un potentiel réel d'augmentation des ressources publiques en faveur du financement du cadre d'investissement ;

• mise en place progressive de la couverture santé universelle ;

prepared, hence the difficulty to locate underfunded areas of the NSP. It also results in the absence of a factual basis for mobilizing resources considering the unmet needs.

- Even when the NASA report is only available for 2014 and 2015, a budget follow-up by the CTG-NACC, which plays the role of national coordination of the implementation of the NSP, would have made it possible to evaluate the funds mobilized and spent for 2016. In addition, there were major shortcomings in the classification of expenditure at the NASA level. For example, no expenditures for PMTCT or HIV testing were reported on Global Fund grants while actual expenditures were made. This could be the result of a poor accounting charge in budget monitoring.
- PEPFAR's annual budgets are visible through the COPs, but the budget execution information is fragmentary (expenditure analysis unavailable at the level of the national coordination CTG - NACC). For example, PEPFAR mobilized 63 million Euros, but NASA was able to register only around 31 million Euros (47%).

In order to strengthen the mobilization, management and accountability of NSP funding, it would be necessary to :

- Strengthen the coordination function of the CTG-NACC in communication and consolidation of financial information. Thus, it will be necessary to organize an advocacy with the technical and financial partners (TFP) and Ministries (sectoral response) for a regular financial reporting to the CTG-NACC in order to have a complete financial landscape;
- Conduct the annual budget monitoring of the NSP (Consolidated Financial Report) and use it to develop a work plan and budget, taking into account the financial gaps identified. For this purpose, it is essential to establish a link between the programmatic and financial monitoring to ensure better allocation according to the analytical plan and to be able to obtain the essential data for the NSP budget monitoring;
- Revitalize GICAM and other private sector partners to mobilize financial resources from this sector;
- Institutionalize the production of NASA reports.
- Develop and implement a resource mobilization plan to fill identified gaps in the funding of the NSP.

Opportunities to promote the implementation of these measures exist and are part of the reaffirmed State's commitment in public policies for sustainable development and the fight against priority diseases during the policy statement before the National Assembly in July 2015. Indeed, at the national level, several factors favour the effective implementation of the next 2018-2022 NSP:

- prospects for economic growth, the implementation of macroeconomic policies and reforms aimed at revenue mobilization and improved taxation offer budgetary opportunities and a real potential for

• signature du nouveau modèle de financement du Fonds Mondial (NFM) pour le VIH et la tuberculose pour les années 2018-2020 ;

• adoption des nouveaux objectifs de développement durables (ODD) en septembre 2015 par l'ONU avec l'engagement actif des partenaires techniques et financiers au niveau national pour accompagner le Gouvernement dans la mise en œuvre efficace des programmes notamment dans le secteur de la santé et VIH ;

• Nouvelle Stratégie Sectorielle de Santé.

8.14 Conclusion sur l'analyse de la réponse

La mise en œuvre ne s'est cependant pas déroulée exactement comme prévue dans le PSN 2014-2017 car :

• au niveau de la coordination de la réponse nationale, toutes les conditions de succès n'ont pu être réunies : l'ancrage institutionnel du CNLS n'a pas été élevé, le niveau régional de la coordination de la réponse n'a pas été rendu suffisamment fonctionnel pour impulser et accompagner les réponses locales, la mobilisation des ressources (financières, humaines et matérielles), notamment celles de l'Etat n'a pas suivi la programmation, et l'environnement social, économique et politique a connu des instabilités ;

• la réponse du secteur privé a connu un regain d'intérêt. Elle est restée éparse et a été marquée par une faible mobilisation des ressources internes. Les initiatives de cofinancement et de PPP sont en mesure de se développer à l'exemple de la lutte contre le paludisme ;

• au niveau des secteurs, seule la réponse santé a connu une mise en œuvre dense. La réponse dans les secteurs des institutions et ministères a varié d'un niveau quasi nul à des réponses plus construites (là où des sous-thématiques importantes sont soutenues par des partenaires) ;

• la réponse communautaire peine à trouver sa place et à se développer en dehors des projets soutenus par des partenaires. Ses résultats et contributions apparaissent peu visibles, à l'exception de celles soutenues par les gros partenaires. Son organisation et sa robustesse ont besoin d'être renforcées pour répondre aux attentes en matière de soutien aux programmes de santé comme la PTME et le traitement, notamment au niveau décentralisé ;

• la mobilisation des ressources est marquée par une faible diversification des sources (2 partenaires se partageant 86% des financements mobilisés) et une faible mobilisation (60% pour la période sous revue et 34% des besoins totaux du PSN). La planification et le suivi budgétaire n'ont pas bien fonctionné, donc le dispositif actuel n'a pas pu capter et traiter les ressources mobilisées et utilisées dans le monde communautaire et au niveau des entreprises/institutions publiques ;

• à l'exception des catastrophes naturelles telles que les inondations, presque tous les facteurs de risques identifiés dans le PSN sont survenus : (i) la survenue des crises sociopolitiques, (ii) les conflits armés avec Boko Haram, (iii) l'insuffisance des ressources financières du fait de la dépréciation des cours des matières premières comme le pétrole notamment et (v) le durcissement de l'environnement juridique et social à l'égard des PVVIH et des populations clés (HSH et TS).

En dépit de cela, le PSN en tant que Plan dit de 4ème génération avait pour but de stabiliser la prévalence générale du VIH dans le pays et commencer à inverser progressivement la tendance à l'horizon 2017, ce qui paraît être le cas actuellement si l'on s'en tient aux résultats des projections qui se basent sur les données[43].

[43] Une étude en cours avec la CAMPHIA et les résultats pourraient confirmer ou infirmer cette conclusionaprès la fin de la subvention

increasing public resources to finance the investment framework;

- Progressive establishment of universal health insurance coverage;
- Signing of the Global Fund New Funding Model (NFM) for HIV and TB for the period 2018-2020;
- Adoption of the new Sustainable Development Goals (SDGs) in September 2015 by the UN with the active involvement of technical and financial partners at the national level to support the government in their effective implementation of programmes, particularly in the health and HIV sector;
- New Health Sector Strategy.

8.14 Conclusion on the response analysis

The implementation did not, however, turn out exactly as planned in the 2014-2017 NSP because:

- In coordinating the national response, all the conditions for success could not be met: the institutional anchorage of the NACC was not strong, the sub regional level of the coordination of the response was not made sufficiently functional to provide momentum and support to local responses, the mobilization of resources (financial, human and material), especially those of the State did not follow the programming and also the socio-economic and political environment experienced instabilities;
- There has been renewed interest from the private sector response although it remained sparse and was marked by a poor mobilization of internal resources. The co-financing and PPP initiatives are able to develop following the example of the malaria control.
- At the sectoral level, only the health response has been fully implemented. The response in institutions and other ministries ranged from near zero to more constructed levels (where partners provide support to important sub-domains);
- The community response has difficulties in finding its place and developing without partner-supported projects Its results and contribution are not very visible, with the exception of those supported by the big partners. Its organization and robustness need to be strengthened to meet the expectations of support for health programmes such as PMTCT and treatment, especially at the decentralized level;
- Mobilization of resources is marked by a poor diversification of sources (2 partners sharing 86% of the mobilized funds) and a weak mobilization (60% for the period under review and 34% of the total needs of the NSP). Planning and budget monitoring did not work well, so the current system could not capture and process the resources mobilized and used in the community and in public enterprises / institutions;
- With the exception of natural disasters such as floods, almost all the risk factors identified in the NSP have occurred: (i) the occurrence of socio-political crises, (ii) armed conflicts with Boko Haram, (iii) the insufficient financial resources due to the depreciation of prices raw material such as crude oil in particular; and (v) the tightening of the legal and social environment for PLHIV and key populations (MSM and FSWs).

In spite of this, the NSP as a 4th Generation Plan was intended to stabilize the overall prevalence of HIV in the country and begin to gradually reverse this trend by 2017, which appears to be the case now, according to data-based projections[44] .

[44] A survey underway with CAMPHIA and the results should be able to confirm or refute this conclusion

8.14.1 Analyse Forces/ faiblesses, Opportunités/Menaces

L'évaluation a permis de relever les forces et les faiblesses du PSN 2014-2017 et les opportunités/menaces du présent PSN 2018-2022. Les principaux points sont résumés dans le tableau17 ci-dessous.

Tableau 17 : FFOM du PSN 2014-2017 et du prochain PSN

Items FFOM	**Contenu**
Forces	- Engagement de l'Etat et de ses partenaires - Décentralisation de la réponse, notamment la fonctionnalité des GTR - Prise en compte de tous les secteurs dans le cadre de la lutte contre le VIH au Cameroun, avec fort soutien des partenaires techniques et financiers - Mise en place des dispositifs de collecte et de validation des données
Faiblesses	- Non vulgarisation et dissémination du PSN et autres documents connexes à ce plan à tous les acteurs après leur validation - Non prise en compte des IDU (22% pour non injectable et 8% injectable chez les HSH, 2,2% chez les PS et 16% chez les clients des PS) ⇒ programme IDU et populations clés - Faiblesse de la mobilisation et de l'exécution des ressources - Faiblesse de la concertation et de la coordination des partenaires
Opportunités	- Capacités financières du secteur privé et l'engagement au plus haut niveau constituent une opportunité pour structurer et renforcer la réponse dans ce secteur - Existence de lignes et renforcement du suivi de leur mobilisation pour permettre de maintenir durablement la réponse dans le secteur des institutions et des ministères - Existence des sources de financement (GIZ Backup, Initiative 5%) qui peuvent être mises à profit pour mobiliser des ressources pour renforcer les capacités du monde communautaire dans le sens du renforcement du système communautaire - Engagements internationaux forts pour éliminer la pandémie dans un futur proche - Mécanismes innovants de financement de la santé : couverture santé universelle (CSU), financement basé sur la performance (FBP) - Signature du nouveau modèle de financement du Fonds Mondial (NFM) pour le VIH et la tuberculose pour les années 2018-2020 ; - Adoption des nouveaux objectifs de développement durables (ODD) en septembre 2015 par l'ONU avec l'engagement actif des partenaires techniques et financiers au niveau national pour accompagner le Gouvernement dans la mise en œuvre efficace des programmes notamment dans le secteur de la santé et VIH
Menaces	• Réduction des ressources des programmes des partenaires • Troubles sociopolitiques et militaires • Chute du prix du cours des matières premières, ce qui peut rendre difficile l'augmentation et la mobilisation du cofinancement de l'Etat • Poursuite et accroissement de la démotivation du personnel en charge de la lutte à tous les niveaux

8.14.2 Bonnes pratiques à répliquer, à diffuser ou à investiguer

En dépit des contraintes, la mise en œuvre a globalement été efficace avec des résultats probants. Certaines régions ou entités présentent des performances plus importantes que d'autres alors que les conditions de mise en œuvre n'ont pas été très différentes. Cela peut être dû à des pratiques/méthodes qui ont fait la différence. Leur identification formelle n'a pas été réalisée. Il reste nécessaire de conduire un processus formel d'identification, de documentation, de diffusion et d'appui à la réplication et/ou au passage à l'échelle.

8.14.1 Analysis of the Strengths / Weaknesses, Opportunities/Challenges

The assessment identified the strengths and weaknesses of the 2014-2017 NSP and the opportunities / challenges of this 2018-2022 NSP. The main points are summarized in Table 14 below

Table 18 : SWOC analysis of the 2014-2017 NSP and the next NSP:

SWOC Items	**Content**
Strengths	- Commitment of the State and its partners - Decentralization of the response, especially, the functionality of the RTG - Consideration of all the sectors in the fight against HIV in Cameroon, with strong support of technical and financial partners - Establishment of data collection and validation systems
Weaknesses	- Non-dissemination of the NSP and other documents related to this plan to all stakeholders after validation - Non consideration of the DU (22% for non-injectable and 8% injectable for MSM, 2.2% for FSWs and 16% for clients of FSWs)) ⇒DU programme and key populations - Poor mobilization and execution of resources - Poor consultation and coordination of partners
Opportunities	- The financial capacity of the private sector and commitment at the highest level is an opportunity to structure and strengthen the response in this sector - The existence of budget heads and the strengthening of follow-up of their mobilization can make it possible to sustainably maintain the response in institutions and ministries - There are sources of funding (GIZ Backup, Initiative 5%) that can be used to mobilize resources to build the capacitie of the community in order to strengthen the community system - Strong international commitments to eliminate the pandemic in the near future - Innovative Health Financing Mechanisms: Universal Health Coverage (UHC), Performance Based Financing (PBF) - Signing of Global Fund (NFM) New Funding Model for HIV and TB for the years 2018-2020; - Adoption of the new Sustainable Development Goals (SDGs) in September 2015 by the UN with the active involvement of technical and financial partners at the national level to support the government in their and effective implementation of programmes, particularly in the health sector and HIV
Challenges	• Reduced programme resources from partners • Socio-political and military crisis • Falling prices of raw materials, which can compromise the increase and mobilization of State co-financing • Continuation and increased demotivation of the personnel in charge of the fight at all levels

8.14.2 Good practices to replicate, disseminate or investigate

Despite the constraints, the implementation has been generally effective with convincing results. Some regions or entities have higher performance than others, even though the implementation conditions have not been very different. This difference in performance might be due to the practices/methods used. They have not been formally identified. It is still necessary to conduct a formal process of identification, documentation, dissemination and support for replication and / or scaling up.

8.14.3 Suivi et Evaluation

Le PSN n'avait pas mis l'accent sur la production d'informations stratégiques au niveau du suivi-évaluation. De ce fait, les rapports et les études produits n'ont pas fait l'objet d'exploitation plus affinée afin de fournir des informations sur les performances d'une part, et d'autre part des orientations dans le sens des interventions.

Les priorités pour la réponse 2018-2022 concerneront :

- l'ajustement du circuit de collecte/remontée des données;
- la collecte et la complétude des données sectorielles notamment communautaires ;
- la qualité des données du PSN ;
- la production d'un plan annuel de travail budgétisé du PSN ;
- le suivi financier de la mise en œuvre du PSN ;
- l'amélioration du contenu du bilan annuel basé sur le plan de travail annuel ;
- la production de l'information stratégique.

8.14.3 Monitoring and Evaluation

The NSP did not focus on the production of strategic information at the monitoring and evaluation level. As a result, the reports produced and studies conducted have not been further examined in order to provide information on performance and guidelines for interventions.

The priorities for the 2018-2022 response will be:

- Ajustment of the route of data collection /transmission ;
- Collection and completeness of sectoral data, in particular Community data;
- Data quality of NSP
- Production of a budgeted annual work plan for the NSP;
- Financial monitoring of the implementation of the NSP;
- improvement of the content of the annual report based on the annual work plan;