



**Mes Droits
Ma Santé
Ma Vie !**



Au secours!
déchargez-moi
c'est trop trop
lourd !



**Rapport
annuel**

2015

Etat de l'accès aux soins de santé des usagers
des services VIH, TB et Paludisme au Cameroun



PG-TAW/2015

Copyright@2015

Positive-Generation_Treatment Access Watch

Tous droits de reproduction réservés.

Toute reproduction de graphiques, tableaux, cartes et extraits est libre de droits en cas d'utilisation éducative, non commerciale et sans but lucratif sous réserve de la mention suivante : PG-TAW-CAMEROUN+année. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction-è des fins de vente ou de diffusion non commercial doivent être adressées à l'unité de production, par courriel, à : tawcameroun@gmail.com avec copie à positive.generation@positive-generation.org

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de Positive-Generation_TAW aucune prise de position quant au statut juridique du pays, des territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités.

Positive-Generation_TAW ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication soit complète et correcte et ne pourra pas être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Sauf indication contraire, les photographies utilisées dans ce document le sont à des fins d'utilisation seulement.

Sommaire

Sommaire	3
Sigles et abréviations	4
Remerciements	5
Liste des graphiques	6
Résumé	7
Introduction Générale	10
Objectifs	11
Méthodologie	11
Etat d'accès aux soins VIH / SIDA	15
VIH et Droits Humains	21
Etat de l'accès aux soins de santé pour la Tuberculose	24
Tuberculose et Droits Humains	26
Etat de l'accès aux soins de santé pour le Paludisme	28
Paludisme et Droits Humains	31
Focus PEPFAR	36
Focus EXPERTISE FRANCE	43
Actions entreprises et recommandations	45
Conclusion Générale	49
Annexes	50

Sigles et abréviations

AFETI :	Agence Française d'Expertise Technique Internationale
Anti TB :	traitement antituberculeux ;
ARV :	antirétroviraux ;
BO :	Bilan d'orientation
BPT :	Bilan pré thérapeutique ;
BS :	Bilan de suivi
CAPR :	Centrale d'approvisionnement régional ;
CDT :	Centres de diagnostic et de traitement
CENAME :	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables pharmaceutiques essentielles ;
CNLS :	Comité National de Lutte contre le SIDA ;
CONAC :	Commission nationale anticorruption ;
Cotrim :	cotrimoxazole ;
Cslt :	Consultation ;
CTA :	Centre de traitement agréé ;
DLM :	Direction de la Lutte contre la Maladie ;
ICN :	Instance de Coordination Nationale
MDR-TB:	Tuberculose multirésistante ;
MILDA :	Moustiquaires imprégnées à longue durée d'action ;
MSH :	Management Sciences for Health ;
PG :	Positive-Generation ;
PVVIH :	Personnes vivant avec le VIH ;
PEPFAR:	President's Emergency Plan for AIDS Relief
SIAPS :	Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services ;
Sida :	Syndrômes d'immunodéficience acquise ;
TAW :	Treatment Acces Watch ;
TB :	Tuberculose ;
TD :	test de dépistage du VIH/Sida ;
TDR :	Test de diagnostic rapide ;
TGE :	Traitement du paludisme grave chez l'enfant ;
TGF :	Traitement du paludisme grave chez la femme enceinte ;
TP :	test préventif post-exposition;
TSE :	Traitement du paludisme simple chez l'enfant ;
TSF :	Traitement du paludisme simple chez la femme enceinte ;
UPEC :	Unité de prise en charge ;
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine.

Remerciements

La production du présent rapport a été rendue possible grâce à l'engagement et au dévouement des volontaires qui s'investissent au quotidien dans la collecte et la remontée des données. Notre gratitude va également à l'endroit de tous les acteurs engagés dans les actions de plaidoyer en vue d'apporter des solutions aux problèmes et difficultés observées.

Nous tenons à témoigner notre gratitude et adresser nos remerciements :

- A toutes les personnes intervenant comme sentinelles ou observateurs dans les différentes formations sanitaires, pour leur disponibilité et surtout l'engagement qu'elles ont à remonter les informations ;
- Aux personnels soignants et aux responsables des CTA/UPEC qui, au-delà de leur activité régaliennne de dispensation des soins et services de santé, s'investissent pour certains dans l'enrichissement des données collectées ;
- Aux acteurs de la société civile pour leur soutien et leur appui dans les actions de plaidoyer tant au niveau local qu'au niveau national ;
- Aux responsables des programmes nationaux, VIH, TB, Paludisme qui se servent des données du TAW pour améliorer la prise en charge des populations.
- Aux partenaires techniques et financiers pour tout l'intérêt qu'ils manifestent au travail que nous faisons et leur soutien multiforme. Dans ce registre nous tenons à adresser des remerciements particuliers à Management Sciences for Health (MSH) à travers le programme Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS) ;
- A Expertise France pour le soutien financier sans lequel nous n'aurons pas pu étendre les activités d'observation et de suivi sur d'autres sites de prise en charge.
- A l'équipe de coordination du Treatment Acces Watch pour l'ardeur dont elle fait preuve dans l'exécution de ses tâches ;

Liste des graphiques

Graphique 1. Répartition du nombre de centres couverts par région	9
Graphique 2 : Répartition du nombre de patients par centres couverts de prise en charge en fonction des régions	9
Graphique 3 : Répartition du nombre de CDT couverts par région	10
Graphique 4 : Répartition du nombre de CDT couverts en fonction du nombre total des CDT présents dans la région	10
Graphique 5. Répartition (%) régionale des centres de prise en charge	10
Graphique 6. Evolution trimestrielle des cas de rupture des traitements et du dépistage VIH.....	11
Graphique 7. Présentation régionale des cas de rupture des traitements et du dépistage VIH/SIDA	11
Graphique 8. Evolution trimestrielle des cas de rupture des examens biologiques VIH/SIDA.....	12
Graphique 9. Présentation régionale des cas de rupture des examens biologiques VIH/SIDA.....	12
Graphique 10. Evolution trimestrielle des cas de surcoûts des examens biologiques VIH/SIDA.....	13
Graphique 11. Evolution trimestrielle des cas de surcoûts du TD, du Cotrim et de la Cslt	13
Graphique 12. Répartition régionale des cas de surcoûts appliqués aux examens biologiques VIH/SIDA	13
Graphique 13. Répartition régionale des cas de surcoûts appliqués à la consultation, au Cotrimoxazole et au test de dépistage	13
Graphique 14. Répartition (%) des raisons évoquées pour justifier les difficultés à l'accès aux examens VIH	14
Graphique 15. Evolution trimestrielle des raisons évoquées pour justifier les difficultés à l'accès aux examens VIH	14
Graphique 16. Répartition (%) des structures de prise en charge au sein desquelles l'ouverture du dossier médical est payante	15
Graphique 17. Répartition globale (%) des centres selon les tranches de coûts appliqués	15
Graphique 18. Répartition régionale (%) des centres selon le coût appliqué à l'ouverture du dossier médical	15
Graphique 19. Répartition (%) CDT en fonction du type de ruptures enregistrées	16
Graphique 20. Répartition globale (%) des CDT en fonction des régions et du type de ruptures enregistrées	16
Graphique 21. Répartition (%) des cas de surcoûts du TDr, TD VIH et Cslt	17
Graphique 22. Répartition (%) régionale des cas de surcoûts du TD VIH, Cslt et Test de dépistage TB (TDr)	17
Graphique 23. Répartition régionale (%) des cas de rupture des traitements paludiques	18
Graphique 24. Répartition régionale (%) des cas de rupture de la Milda et du TDr	18
Graphique 25. Répartition régionale (%) des cas de surcoûts appliqués aux traitements du paludisme	19
Graphique 26. Répartition régionale (%) des cas de de surcoûts appliqué au Milda et du TDr.....	19

Résumé

Durant l'année 2015, le Treatment Access Watch (TAW) s'est déployé sur l'ensemble du territoire pour observer et collecter des données relatives à l'accessibilité et la disponibilité des médicaments et intrants de santé au sein des formations sanitaires en charge du suivi des patients affectés par le VIH, la Tuberculose et le Paludisme..

Le TAW s'appuie sur l'observation permanente qualitative et quantitative des indicateurs d'accès aux soins de santé préalablement définis. Cette approche se veut participative, inclusive et laisse une place active aux différentes parties prenantes de l'accès aux soins et services de santé à tous les niveaux (politiques, cliniciens, paramédicaux, acteurs de la société civile, patients....).

La couverture de TAW varie en fonction des pathologies suivies. Ainsi, pour le VIH 80 Unités de prise en charge (UPEC) et Centres de traitement agréés (CTA) ont été régulièrement observées, ce qui représente 67,1% de la file active des patients VIH, soit 80 895 personnes. Pour ce qui est de la prise en charge de la tuberculose, le TAW a couvert 76 Centres de diagnostic et de traitement (CDT), ce qui représente 44,4% du nombre total de ces centres au niveau national. La situation de l'accès aux soins pour le paludisme quant à elle a été observée dans 44 formations sanitaires.

Observations sur l'accès aux soins VIH

Relativement à la prise en charge de l'infection à VIH, 2.2% des formations sanitaires observées ont souffert des ruptures en antirétroviraux, ce qui représente une amélioration par rapport aux années précédentes (18,8% en 2014, et 20,6% en 2013). Par contre les ruptures en cotrimoxazole persistent avec 12.2% des formations sanitaires en moyenne affectées. L'accès aux examens biologiques reste bien plus problématique. D'une manière générale. Dans, 23,5% des formations sanitaires observées, les examens biologiques ont été à un moment ou à un autre indisponible. Le bilan d'orientation a connu des épisodes de rupture dans 31,2% des centres, le bilan de suivi dans 21,7% et le bilan pré thérapeutique dans 17,6% des structures de prise en charge. En plus, 0,6% des centres ont été affectées par des ruptures du test de dépistage.

Contrairement aux dispositions réglementaires, le cotrimoxazole a été vendu dans environ 1% des formations sanitaires suivies. Mais la pratique des surcoûts dans la dispensation des examens biologiques reste l'un des freins majeurs à l'accès aux soins et services de santé en matière de lutte contre le VIH. En effet, 61,7% CTA et UPEC observés durant l'année 2015 se sont adonnés à cette dérive au mépris des dispositions réglementaires. En effet, le bilan pré thérapeutique a été surfacturé dans 72,8% des formations sanitaires observées, suivi par le bilan de suivi dans 62,9%, et le bilan d'orientation dans 49,3% des formations sanitaires. Ainsi, 28,7% des formations sanitaires

suivies ont exigé des frais supplémentaires pour le test de dépistage, et 20,5% d'entre elles pour les consultations.

Observations sur l'accès aux soins pour la tuberculose

41,3% des centres suivis ont été confrontés à des ruptures du traitement préventif pour le personnel parmi lesquels. Ces ruptures ont affecté principalement les régions du Sud (72,3%), de l'Est, (68,1%) et du Littoral (64,3%). Les ruptures des tests de dépistage pour le VIH ont aussi affecté 0.6% des CDT.

6,9% des formations sanitaires observées durant l'année 2015 n'ont pas respecté les dispositions réglementaires régissant les coûts du test microscopique. Dans la région du Littoral ces dysfonctionnements affectent à 25,6% des CDT observées.

Les surcoûts appliqués aux tests de dépistage VIH dans les CDT ont affecté 28,7% des structures observées. 53,6% des CDT observés dans la région du Centre s'y sont adonnés. Par ailleurs, la consultation a été réalisée avec des surcoûts dans 22,8% des CDT sous observation. Une fois de plus, la région du Centre avec 79,9% des CDT touchés se démarque dans cette pratique.

Observations sur l'accès aux soins pour le paludisme

Les traitements du paludisme simple et grave chez l'enfant ont connu des ruptures dans 3,8% et 6,5% des centres respectivement. La région de l'Est a enregistré les ruptures plus élevées pour le traitement pédiatrique du paludisme grave, avec 15.6% des formations sanitaires sous observation affectées. Pour ce qui est du traitement du paludisme chez la femme enceinte, dans 5,5% des cas le traitement du paludisme simple a été indisponible, et dans 9,4% des cas pour paludisme grave. Ces dysfonctionnements ont été enregistrés dans 21,1% des formations dans la région du Centre.

Seulement 2,2% des formations sanitaires sous observation ont connu des ruptures de test de diagnostic rapide (TDR). Cependant, la région du Sud-Ouest y a été particulièrement confrontée car 26,4% des formations sanitaires ont manqué le test de diagnostic rapide à un moment ou à un autre.

Les ruptures en Moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) ont été très significatives, avec 66,3% des formations sanitaires observées affectées.

Les surcoûts appliqués à la dispensation du traitement du paludisme grave chez la femme enceinte ont été appliqués dans 47,7% des formations sanitaires observées. 34,5% d'entre elles en ont fait de même pour ce qui du traitement pédiatrique du paludisme grave. Par ailleurs, le traitement du paludisme simple chez la femme enceinte quant à lui a été dispensé avec des surcoûts dans 34,1% des formations sanitaires suivies. Ce taux est de 23,3% pour ce qui est de la dispensation de ce type de traitement chez l'enfant.

35,2% des structures de soins observées ont pratiqué des coûts supérieurs à ceux prescrits pour le test de diagnostic rapide de paludisme. Dans la région du Sud-ouest, 65,1% des centres sous observation ont pratiqué des surcoûts pour ce service. Il est à noter que c'est également dans cette région que l'on enregistre le pourcentage le plus élevé des formations sanitaires ayant souffert de ruptures des TDR (26,4% des formations sanitaires touchées).

Dans 40,7% des formations sanitaires suivies, les MILDA destinées à être distribués gratuitement aux femmes enceintes ont été vendus. Cette pratique est plus courante dans la région de l'Adamaoua, où elle a affecté 76,5% des formations sanitaires observées.

Introduction Générale

Selon l'OMS, le droit à la santé comprend le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible. « ...le droit à la santé est assurément un droit capital, car il est un droit « carrefour », autrement dit un droit rassembleur, un droit attractif, qui regroupe de nombreux autres droits (comme le droit à l'alimentation, le droit au logement, etc. ». De ce fait, le non-respect du droit à la santé influence grandement le respect des autres droits inhérents à la personne humaine et partant au respect de la dignité humaine.

Depuis 2010, le Treatment Acces Watch (TAW) fait le suivi de l'accès aux soins et services de santé pour le diagnostic et le traitement des usagers des services VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme. Ce dispositif communautaire et indépendant est devenu au fil des années un outil précieux d'aide à la décision au vue de la qualité des informations qu'il produit sur l'accessibilité et la disponibilité de ces soins et services de santé. Par ailleurs, au-delà de l'identification et la communication sur les dysfonctionnements observés, le TAW s'est positionné en force de proposition et de plaider tant au niveau national que local afin de résorber les dysfonctionnements et difficultés observées. De ce fait le TAW contribue à la promotion du droit à la santé pour la population générale, et les communautés les plus vulnérables.

Le présent rapport fait l'économie des observations faites par le TAW tout au long de l'année 2015, avec un focus sur les sites qui reçoivent un soutien du PEPFAR et EXPERTISE FRANCE. Il est illustré par des témoignages d'usagers des formations sanitaires afin que le lecteur puisse se projeter dans la peau de ceux qui éprouvent au quotidien des difficultés à faire valoir leur droit à la santé. Afin de faire œuvre utile, ce rapport se termine par une série de recommandations et suggestions en direction des différents détenteurs d'enjeux et autres parties prenantes de l'accès aux soins et services de santé.

S'il est vrai que comparativement aux années précédentes, la situation de l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins et traitements pour le VIH, la Tuberculose et le Paludisme s'est nettement améliorée, force est de constater des dysfonctionnements persistants. En effet, en dépit d'un cadre réglementaire clair, les coûts appliqués à des examens de suivi biologique dans les formations sanitaires restent pour la plupart prohibitifs et entravent l'accès aux soins des patients. A cela s'ajoutent des cas de rupture des traitements et des réactifs de laboratoire.

¹ *Michel Bélanger*, Professeur de droit public, Université Montesquieu-Bordeaux IV, Membre fondateur du Réseau des chercheurs "Droit de la Santé" de l'Agence Universitaire de la Francophonie

Treatment Access Watch Project (TAW)

Le Treatment Access Watch (TAW) est un observatoire indépendant et communautaire de suivi de l'accès aux soins et services de santé pour les patients VIH/SIDA, tuberculeux et paludiques.

Objectifs

Le TAW a pour objectif général de présenter à des périodicités préétablies l'état de l'accès à la prévention, au diagnostic, et aux soins et traitements pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. De manière spécifique, il vise à :

- Faciliter la veille sanitaire dans la prise en charge ;
- collecter, analyser et diffuser des informations relatives à l'état de l'accès aux soins des populations ;
- Faire entendre les points de vue et les perceptions des principaux usagers des services de santé que sont les malades sur l'état de l'accès aux soins;
- Mener un plaidoyer efficace pour faciliter l'accès aux soins et traitements;
- Elaborer des propositions et recommandations permettant aux décideurs de prendre les mesures efficaces pour l'amélioration des conditions d'accès aux soins.

Méthodologie

Méthodologie participative et inclusive

La méthodologie développée par le TAW s'appuie sur l'implication de toutes les parties prenantes et acteurs intervenant dans l'accès aux soins et aux traitements. De manière pratique, le TAW procède à une observation permanente qualitative et quantitative, placée dans une perspective de revue périodique des résultats, et à la dissémination active et ouverte des observations collectées. D'une manière générale, la stratégie d'intervention du TAW repose sur :

- Une approche inclusive axée sur la participation, l'appropriation et la responsabilité civique ;
- La sensibilisation des usagers des formations sanitaires et des communautés ;
- La communication à travers différents supports et plateformes de communication ;
- Plaidoyer en vue de trouver des solutions aux dysfonctionnements observés au niveau local ou national.

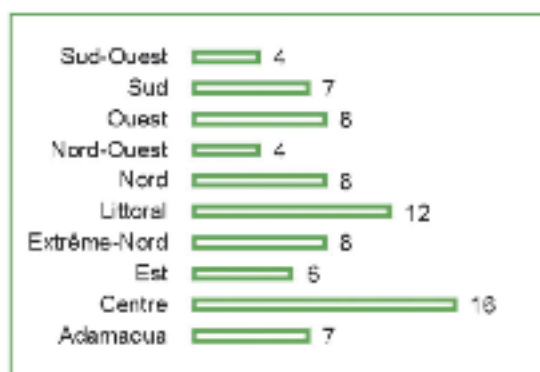
De manière pratique, le système de collecte des données du TAW repose sur quatre programmes complémentaires. Ces derniers qui permettent une triangulation des données collectées et une appropriation des objectifs poursuivis par les différentes parties prenantes sont les suivants :

1. **Le programme sentinelle** qui est un dispositif communautaire de suivi de la disponibilité des services de santé (dépistages, examens biologiques, médicaments...) et des coûts y afférents. La collecte des données dans le cadre du programme sentinelle se fait à travers un questionnaire ;
2. **Le programme Access Watch** qui repose sur la mobilisation et la formation d'observateurs et bénévoles dans chaque structure de soins dans le but de suivre et évaluer l'accessibilité dans les services de santé. La collecte des données au travers du programme Access Watch se fait grâce à une grille d'observation ;
3. **Le programme feed-back** né du constat de la faible prise en compte du point de vue et/ou de la perception des usagers des formations sanitaires dans les évaluations de l'accès aux soins. Ce programme a pour but de recueillir les points de vue (témoignages) des usagers sur l'accès aux soins, notamment sur les dysfonctionnements et les bonnes pratiques. Les données qui y sont collectées se font grâce à une fiche de témoignage ;
4. **Le programme Citizenship** qui consiste à informer, éduquer et de communiquer sur les textes et lois nationaux et internationaux qui régissent l'accès aux soins et services de santé. Ce programme est mené au travers de causeries éducatives et la distribution des supports de communications multiformes dans les formations sanitaires et les communautés. Le but étant de susciter une appropriation citoyenne du droit à la santé chez les personnes touchées. Les données collectées dans ce registre sont renseignées dans les fiches de suivi des causeries éducatives.

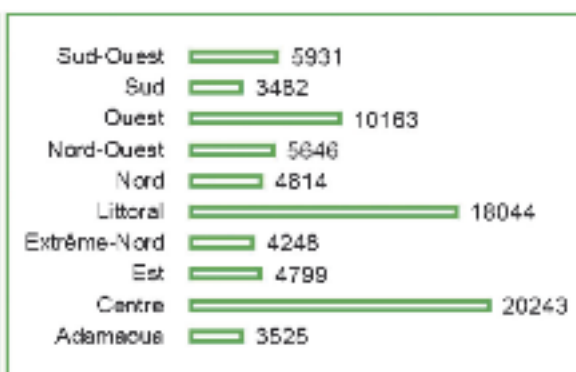
Couverture géographique et épidémiologique

Le TAW est déployé sur l'ensemble des 10 régions du pays pour avoir une vue globale du niveau de réalisation des services et soins mis à la disposition de la population. Dans ce registre, pendant l'année 2015 le TAW a couvert 80 CTA et UPEC pour le VIH, 76 CDT, et 44 formations sanitaires pour la prise en charge du paludisme.

Pour le VIH/SIDA, en termes de couverture des patients, cela représente 47,3% sur l'ensemble des CTA/UPEC fonctionnels, pour une file active de 67,4% du nombre total de PVVIH sous traitement au Cameroun soit 80,895 patients. La couverture régionale en termes de formations sanitaires et patients est représentée dans les tableaux ci-dessous.



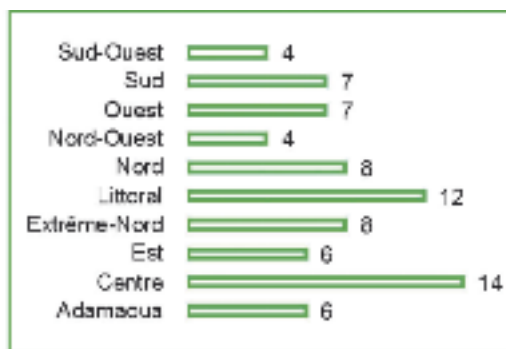
Graphique 1. Répartition du nombre de centres couverts par région



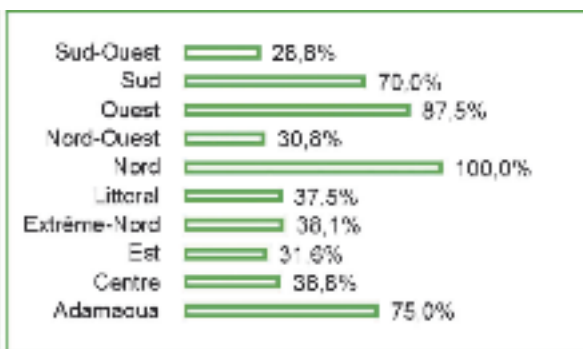
Graphique 2. Répartition du nombre de patients par centre couverts de prise en charge en fonction des régions

Les régions du centre et du littoral sont celles qui sont les mieux couvertes par le TAW avec respectivement 16 et 12 structures de prise en charge, et 30% de la file active suivie, ce qui est cohérent avec le fait que les villes de Yaoundé et Douala constituent les localités qui comptent le plus grand nombre de personnes sous traitement ARV.

Pour ce qui est du suivi de l'accès à la prévention, au diagnostic et au traitement de la tuberculose, le déploiement du TAW a permis la mise sous observation de 76 Centres de diagnostics et de traitements de la tuberculose répartis sur l'ensemble du triangle nationale. Si l'on considère la liste des CDT publiée en 2008, le TAW couvre 44,4% du nombre total des CDT du pays. Les tableaux ci-dessous mettent en exergue le nombre et la répartition des CDT couverts par régions. Au courant de l'année 2015, la situation de l'accès aux soins de paludisme des patients a été

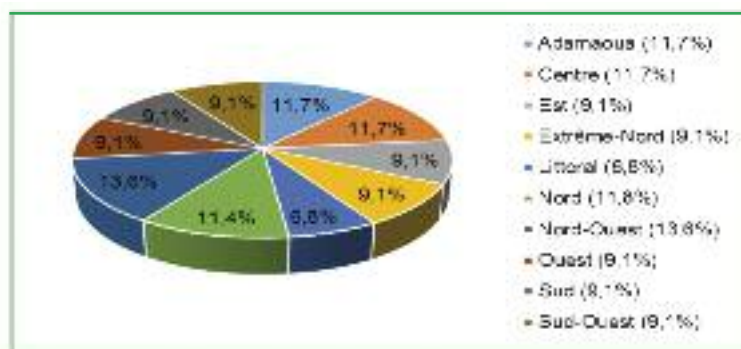


Graphique 3. Répartition du nombre de CDT couverts par région



Graphique 4. Répartition du nombre de CDT couverts en fonction du nombre total des CDT présents dans la région

observée dans 44 centres de prise en charge sur l'étendue du territoire national. La répartition de ces centres est faite dans le graphique ci-dessous.



Graphique 5. Répartition (%) régionale des centres de prise en charge du paludisme observés

Collecte et analyse de données et production des indicateurs

Les données recueillies sont analysés grâce au logiciel SPSS. Les rapports sont publiés de manière hebdomadaire, trimestrielle et annuelle, sur les indicateurs suivants :

- Dans le domaine de la prise en charge du VIH/Sida :
 - Ruptures en médicaments, intrants pour les examens biologiques, et test de dépistage;

- Surcoûts pratiqués au niveau des services de dispensation, laboratoire, dépistage, consultations et l'ouverture du dossier médical.
- Dans le domaine de la prise en charge de la tuberculose :
 - Ruptures en médicaments, diagnostic microscopique, et test de dépistage du VIH ;
 - Surcoûts observés au niveau de la dispensation, des services de laboratoire, du test de dépistage du VIH, et de la consultation.
- Dans le domaine de prise en charge du paludisme :
 - Ruptures en médicaments, en test de diagnostic rapide et en MILDA.
 - Surcoûts observés pour le traitement du paludisme simple et grave chez la femme enceinte et chez les enfants, pour le diagnostic du palu, et pour l'accès aux MILDA de distribution gratuite.

Etat d'accès aux soins VIH / SIDA



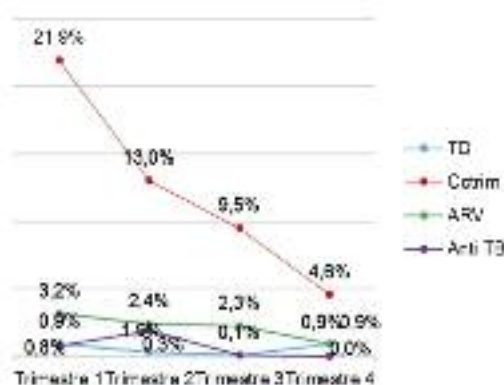
Insight

La semaine dernière à l'hôpital central, un patient séropositif est arrivé et il souffrait d'un malaise ; il prétendait qu'il avait le paludisme. Il a payé son billet de session et voulait renouveler son ordonnance et se faire consulter. Voulant expliquer ces malaises au médecin qui le consulte. Ce dernier l'a chassé disant qu'il s'occupe seulement des cas de VIH. Il est sorti pour aller voir le pharmacien qui lui a donné des médicaments. J'ai vécu des cas similaires entre cette semaine et la semaine dernière. Ici l'accueil par des infirmières laisse à désirer. Le cadre n'est pas approprié pour les malades, les infirmières sont celles qui intriguent le plus les malades. Quand tu n'as pas l'argent, on ne s'occupe pas de toi-même si tu agonises.

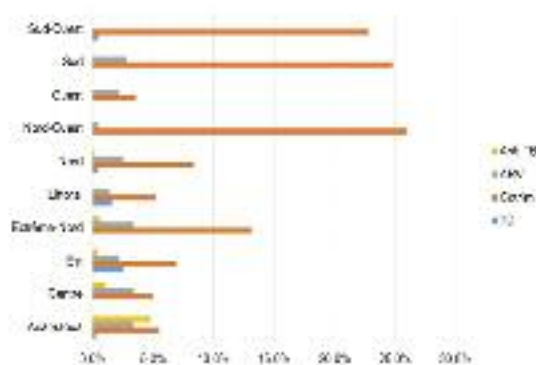
Patient Hôpital....

Ruptures en intrants VIH : diagnostic, traitement et services de laboratoire

De manière générale, l'accès aux médicaments s'est nettement amélioré par rapport à 2014. En effet, les cas de rupture en antirétroviraux (ARV) sont passés de 20,6 en 2013 à 18,8% en 2014 puis à 2,2% en fin d'année 2015. Il en est de même de la disponibilité du Cotrimoxazole dont les cas de rupture sont passés de 39,4% en 2014 à 12,2% en 2015. Pour ce qui est du test de dépistage, 0,6% des centres ont été touchés par des ruptures soit une légère amélioration par rapport à 0.8% enregistré en 2014.



Graphique 6. Evolution trimestrielle des cas de rupture des traitements et du dépistage VIH



Graphique 7. Présentation régionale des cas de rupture des traitements et du dépistage VIH/SIDA

En faisant l'analyse par trimestre, on observe une tendance régressive des ruptures d'ARV, de 3.2% au début de l'année 2015, elles sont passées à 0.9% à la fin de l'année et une amélioration très marquée de la disponibilité du Cotrimoxazole dont les taux de ruptures sont passés de 21.9% en janvier à 4.6% en décembre 2015. En ce qui concerne les tests de dépistage VIH, la disponibilité reste assez stable tout au long de l'année, avec des ruptures toujours en dessous de 0.8%.

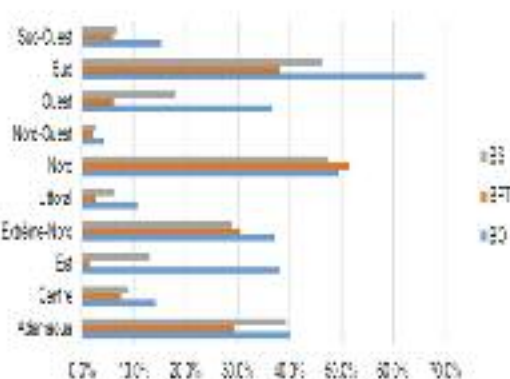
Une analyse régionale de la répartition des ruptures de traitements et du test de dépistage, fait ressortir que les régions du Nord-ouest (26%), du Sud (24,8%) et du Sud-ouest (22,8%) sont celles

qui ont le plus souffert d'épisodes d'indisponibilité de Cotrimoxazole. Pour ce qui est des ARV, la région de l'Adamaoua se singularise. En effet 4,3% des structures de prise en charge suivies dans cette région ont enregistré des moments de ruptures d'ARV.

Par contre, comparativement à l'année 2014, on a observé une légère dégradation de la situation de disponibilité des examens biologiques et des services du laboratoire, qui reste toujours préoccupante. Ainsi, en 2015, 23.5% des formations sanitaires suivies ont connu des épisodes de ruptures des examens biologiques toutes formes confondues, contre 22.5% en 2014. L'ampleur des ruptures diffère en fonction des examens : bilan d'orientation 31,2% ; bilan de suivi 21,7% et bilan pré thérapeutique 17,6%.



Graphique 8. Evolution trimestrielle des cas de rupture des examens biologiques VIH/SIDA



Graphique 9. Présentation régionale des cas de rupture des examens biologiques VIH/SIDA

Le graphique 8 montre que les taux de ruptures les plus importants pour les examens ont été enregistrés au premier trimestre. Par la suite, ils ont évolué d'une manière générale de façon régressive tout au long de l'année avec une apparente amélioration pour tous les examens dans le quatrième trimestre.

De l'examen du graphique 9, il ressort qu'en fonction des régions, la problématique des ruptures ne se pose pas avec la même gravité. Les régions du Sud (50,2%), le Nord (49,5%) et l'Extrême-nord (32,2%) sont celles qui ont été les plus affectées par ruptures des examens biologiques.

Accessibilité financière : Surcoûts relatifs au diagnostic, traitement et suivi VIH

Dans le cadre de l'infection à VIH, les coûts des examens biologiques sont encadrés par plusieurs textes ministériels. Cependant, sur le terrain, force est de constater que ces dispositions réglementaires sont très peu appliquées. En effet, la pratique des surcoûts sur les examens biologiques a été observée dans 61,7% structures de prise en charge réparties sur l'étendue du territoire national indépendamment des régions. Globalement, les surcoûts appliqués aux examens de laboratoire ont diminué de 6.2% par rapport à l'année 2014 (67,9%).

De manière spécifique, ces surcoûts ont plus été pratiqués sur le bilan pré thérapeutique dans 72,8% des cas, suivi du bilan de suivi (62,9%) et du bilan d'orientation (49,3%). Ainsi, le Test de

dépistage du VIH (TD) a été dispensé avec surcoût dans 28,7% des formations sanitaires, ce qui représente toutefois une amélioration par rapport à l'année 2014 (40,3%).

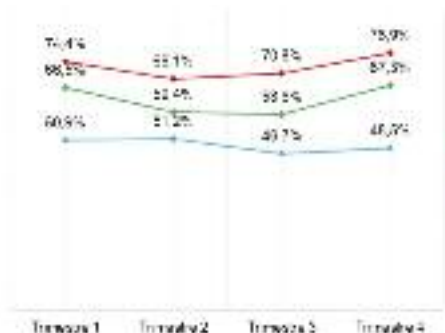
Insight

Des patients fuient des coûts très élevés des examens à l'hôpital de Meskine.

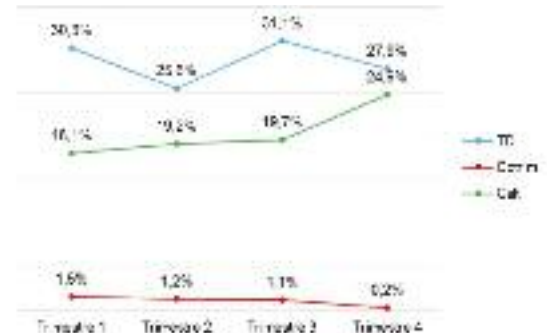
Observateur communautaire

En dépit du fait qu'il doit être dispensé gratuitement, le Cotrimoxazole a été vendu dans 1% des centres de prise en charge suivis, cela représente une amélioration au regard des taux enregistrés durant les années antérieures (4,5% en 2014, et 24% en 2013). Par ailleurs, il est à déplorer la persistance des surcoûts appliqués à la consultation.

Comparativement à l'année 2014, la situation tend même à se détériorer : 16,7% en 2014 contre 20,5% en 2015.



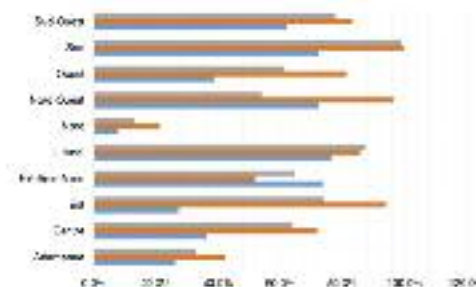
Graphique 10. Evolution trimestrielle des cas de surcoûts des examens biologique VIH/SIDA



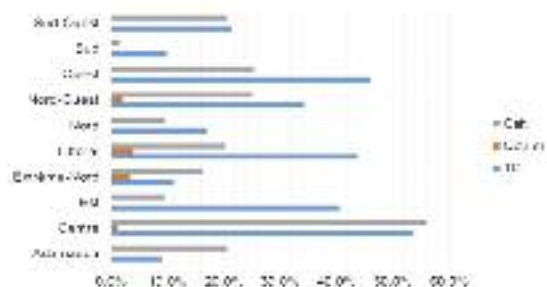
Graphique 11. Evolution trimestrielle des cas de surcoûts du TD, du Cotrim et de la Consultation

En observant l'évolution des surcoûts par trimestre (graphique 10 et 11), on n'observe pas une tendance à l'amélioration. Ainsi, les surcoûts appliqués à certains examens biologiques BS et BPT ainsi que ceux appliqués aux consultations semblent montrer une tendance à l'augmentation. La situation des surcoûts appliqués au dépistage VIH quant à elle est plutôt erratique.

Pour ce qui est des surcoûts liés à la délivrance du Cotrimoxazole, la situation a évolué favorablement tout au long de l'année, en passant graduellement de 1,5% au trimestre 1 à 0,2% au trimestre 4.



Graphique 12. Repartition régionale des cas de surcoût appliqués aux examens biologiques VIH/SIDA



Graphique 13. Repartition régionale des cas de surcoût appliqués à la consultation, au Cotrimoxazole et au test de dépistage

Une analyse de la répartition géographique (Graphique 12 et 13) de cette pratique fait ressortir que les surcoûts sur le bilan pré-thérapeutique et de suivi ont été le plus observés dans la région du Sud (99,5%). Il est important de relever que cette région est la plus affectée par cette

pratique depuis les trois dernières années. En effet, en 2014, toutes les structures de prise en charge (100%) de cette région ont pratiqué des surcoûts sur le bilan pré thérapeutique et 97,9% d'entre elles en ont fait de même pour le bilan de suivi.

Les surcoûts sur le bilan d'orientation ont été majoritairement observés dans les régions du Littoral et l'Extrême-nord avec respectivement 76,4% et 73,8%, ce qui représente une nette détérioration par rapport à 2014 (47.8%) pour l'Extrême-nord, et une légère amélioration pour le Littoral (86.7%). Le graphique 13 fait ressortir que la région du Centre enregistre le plus grand pourcentage des formations sanitaires qui appliquent de surcoûts pour le dépistage VIH (53,6%), et aussi pour la consultation (56%). Autrement, le Littoral est la région qui a le plus pratiqué des surcoûts pour la dispensation du Cotrimoxazole (4%).

Analyse des possibles causes relatives aux difficultés d'accès

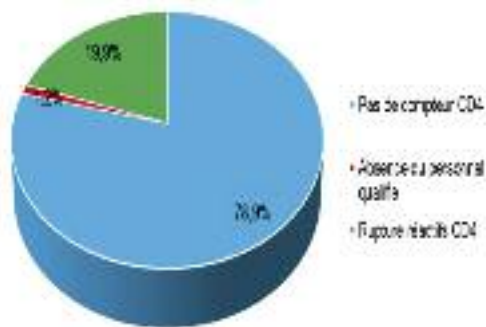
Insight

Avec la panne de nos appareils ici à l'hôpital de Maroua, nous référons nos patients à Meskine. On s'efforce à notre niveau d'offrir au patient le traitement à temps. Cependant, les coûts des examens les empêchent vraiment d'accéder à ce traitement. Les populations ici sont vraiment très pauvres. Plusieurs viennent des localités très éloignées, donc ils doivent prévoir leurs frais de transport en plus de ceux des examens. Quand on leur exige des résultats des examens, ils préfèrent souvent ne plus se présenter à l'hôpital. Dans notre travail, nous essayons simplement de retrouver certains, mais d'autres disparaissent complètement. Voyez-vous, un patient qui peine déjà à payer un examen de 3 000 FCFA, où voulez-vous qu'il trouve de l'argent pour payer un examen à 10 000 FCFA. Il faut vraiment revoir ces coûts pour aider les patients.

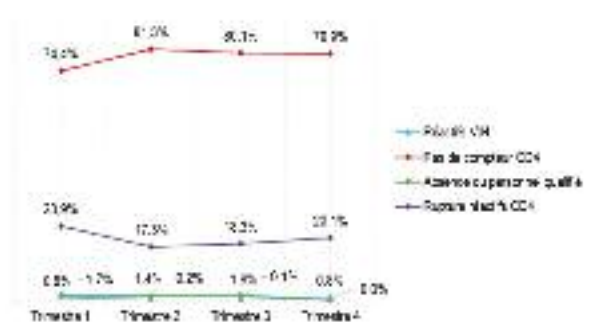
Un personnel médical

Les principales raisons évoquées pour expliquer la persistance des ruptures et de la pratique des surcoûts des examens biologiques sont l'absence ou panne de compteur CD4, l'absence du personnel qualifié et les ruptures de réactifs. Selon les observations sur le terrain, l'absence ou panne du compteur CD4 se révèle être la principale difficulté d'accès, avec 78,8% des cas. Elle est suivie de la rupture des réactifs CD4 avec 20% des cas et enfin l'absence d'un personnel qualifié (1,2%).

Les ruptures en test de dépistage, semblent liées aux ruptures de stocks des produits subventionnés qui expliquent la difficulté liée à l'accès au dépistage dans 0,6% des centres suivis. Par ailleurs, il est à déplorer la forte dépendance des formations sanitaires aux subventions étatiques. En effet, très peu d'entre elles réussissent à mobiliser des financements complémentaires pour la prise en charge de l'infection à VIH.



Graphique 14. Répartition (%) des raisons évoquées pour justifier les difficultés à l'accès aux examens VIH



Graphique 15. Evolution trimestrielle des raisons des raisons évoquées pour justifier les difficultés à l'accès aux examens VIH

L'évolution par trimestre (graphique 15) des cas de ruptures des réactifs CD₄, d'absence du compteur CD₄ et manque de personnel qualifié présentent une constance tout au long de l'année.

Ouverture du dossier

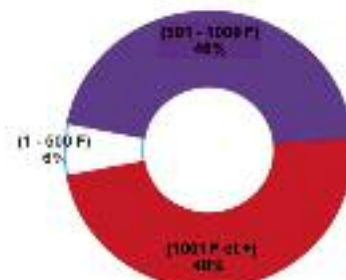
En plus des surcoûts pratiqués par certains centres dans la dispensation des examens biologiques et des médicaments, les patients sont parfois astreints au paiement de frais élevés d'ouverture de dossier médical. Ces frais constituent de véritable freins à l'accès aux soins et services de santé et partant portent atteinte à la pleine jouissance du droit à la santé.

En effet, 27% des centres de prise en charge observés ont exigé des frais pour l'ouverture du dossier. Les sommes demandées ont parfois atteint 5 000 FCFA dans certains centres de prise en charge. C'est le cas du centre hospitalier universitaire de Yaoundé (CHU) et l'hôpital militaire de Yaoundé.

48% des centres qui ont fait payer l'ouverture du dossier médical exigent une somme supérieure à 1000 FCFA (Graphique 17). 6% d'entre eux font payer des montants inférieur ou égal à 500 FCFA et 46% exigent des frais dont les montants compris entre 500 à 1000 FCFA.

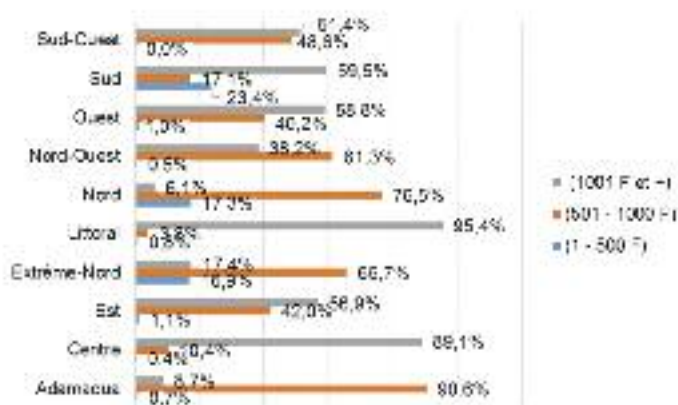


Graphique 16. Répartition (%) des structures de prise en charge au sein desquelles l'ouverture du dossier médical est payante



Graphique 17. Répartition globale (%) des centres selon les tranches de coûts appliqués

Les coûts observés ont été pratiqués différemment d'une formation sanitaire à l'autre et d'une région à l'autre (Graphique 18). D'une manière générale, il ressort que les coûts de plus de 1 000 FCFA ont été préférentiellement appliqués dans le Littoral (95,4%) le Centre (89,1%) et l'Est (56,9%). Les coûts compris entre 501 FCFA et 1 000 FCFA sont été plus observés dans l'Adamaoua (90,6%), le Nord (76,5%) et l'Extrême-nord (65,7%).



Graphique 18. Répartition régionale (%) des centres selon le coût appliqué à l'ouverture du dossier médical

Mes Droits, Ma Santé, Ma Vie

LE CADRE NORMATIF

Les situations décrites ci-haut font apparaître des violations des droits humains des PVVIH à tous les niveaux du circuit du patient séropositif. De la porte d'entrée de l'hôpital (ouverture du dossier et ticket de consultation) au traitement proprement dit (médicaments) en passant par des examens cliniques et de diagnostics, les obstacles à l'accès aux soins subsistent. Ces entraves fragilisent la pleine jouissance et la pleine réalisation du droit au meilleur état possible de santé physique et mentale. Ceci en dépit d'un cadre normatif favorable à l'accès en temps utile, à des soins de santé, acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable.

Les droits de l'homme pertinents dans le contexte du VIH/SIDA mis en cause ici sont :

1°- Le droit au meilleur état possible de santé physique et mentale

2°- Le droit à la non-discrimination envers les PVVIH dans le domaine des soins

3°- Le droit à la santé :

- Droit à l'accessibilité (hôpitaux, médicaments, soins, traitements, personnel sanitaire...)
- Droit à la disponibilité (ARV, réactifs...)
- Droit à un coût abordable

4°- Le droit à la vie.

Ces droits seraient moins bafoués si tout au moins les textes juridiques en rapport avec la prise en charge de l'infection à VIH étaient scrupuleusement respectés par les formations sanitaires au Cameroun.

TEXTES DE DROIT ENCADRANT LA PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION A VIH

Sur le Dépistage

Nous pouvons noter la décision N°016 /MSP/CAB du 18 Janvier 2007 du Ministre de la santé Publique fixant le prix du paquet de dépistage du VIH dans les formations sanitaires publiques et privées au Cameroun

Ce texte dispose en son article 2 que : « *Le paquet de dépistage du VIH est constitué ainsi qu'il suit : - Le counselling pré test, - Le premier test, - le deuxième test discriminant entre le VIH₁ et le VIH₂ si le premier test est positif au VIH, - Le counselling post test.* »

L'article 3 poursuit en prescrivant que : « *Le paquet de dépistage du VIH est gratuit pour les femmes enceintes, les enfants jusqu'à 15 ans, les malades tuberculeux dans les Centres de Diagnostic et de traitement (CDT), les populations carcérales, les étudiants dans les centres médicaux sociaux des universités, les élèves et autres groupes vulnérables dans les infirmeries et les unités mobiles de dépistage.* »

L'article 4 conclut en ces termes : « *Le coût du paquet de dépistage du VIH est fixé à 500Fcfa (cinq cent) FCFA pour le reste de la population.* »

Sur les coûts des examens biologiques (bilan d'orientation, bilan pré thérapeutique, bilan de suivi)

Décision N°0858/MSP/CAB du 14/09/2009 du Ministre de la santé publique modifiant et complétant certaines dispositions de la décision n°0617/MSP/CAB du 26 août 2008, fixant le prix du paquet subventionné du bilan d'orientation, du bilan pré thérapeutique et du bilan semestriel de suivi des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun

Cette décision dispose en son article 3 que : « *Les coûts subventionnés demeurent à 2500 FCFA pour le bilan d'orientation et 500 FCFA pour le bilan pré-thérapeutique.* ». L'article 4 à son tour précise que : « *Le coût du bilan de suivi biologique reste fixé à 3 000 FCFA par malade et par semestre* ».

Sur la dispensation des ARV et les médicaments pour les Infections opportunistes

Notons la Décision N°0176/MSP/CAB du 19 Avril 2007 du Ministre de la santé publique, fixant la nouvelle tarification des protocoles de prise en charge des personnes vivants avec le VIH/SIDA par les médicaments antirétroviraux (ARV) et les médicaments pour infections opportunistes au Cameroun.

L'article 2 de ce texte dispose que : « *Les ARV destinés aux adultes et enfants, quelle que soit la forme galénique (comprimés, sirop, suspension, gélule), sont gratuits sur toute l'étendue du territoire national* ».

L'article 3 souligne quant à lui que :

« *alinéa (1) : Le traitement prophylactique des victimes d'accidents d'exposition au sang et*

aux liquides biologiques par les ARV est gratuit.

alinéa (2) : En cas des violences sexuelles, le traitement prophylactique des victimes par les ARV est gratuit. ».

S'agissant du Cotrimoxazole pour les infections opportunistes en vente à prix fort dans des centres de santé, l'article 4 de la décision susvisée indique en son alinéa 01er que : « *Le traitement par le Cotrimoxazole est gratuit* ».

De même, « *le traitement de la toxoplasmose cérébrale par la Sulfadiazine, Clindamycine, Pyréméthamine et Acide folinique est gratuit* ».

« *Est aussi gratuit, le traitement de la Cryptococcose cérébrale et de la Candidose œsophagienne par le Fluconazole* ».

Sur les frais de consultation

Au Cameroun, les coûts de consultation sont régi par le Décret n°63-DF-141 du 24 avril 1963 portant fixation pour la santé publique des tarifs de consultations, visites et accouchements, certificats médicaux ainsi que la valeur des lettres-clefs de la nomenclature des actes professionnels.

Ce décret, dispose en son article 01^{er} que : « Deux tarifs distincts sont appliqués dans la santé publique du Cameroun pour les consultations, visites et accouchements, certificats médicaux ainsi que la valeur des lettres-clefs de la nomenclature des actes professionnels : « un tarif réduit » et « un tarif plein ». L'article 2 précise que : « Bénéficieront du tarif réduit les personnes qui présentent une attestation des contributions directes précisant qu'elles sont assujetties à un impôt direct à 10 000 francs CFA par an ». L'article 3 indique clairement que : « *Les tarifs de consultations, visites, accouchements, certificats médicaux ainsi que la valeur des lettres-clefs de la nomenclature générale des actes professionnels sont fixés comme suit : Consultation en tarif réduit coûte 150 FCFA et en tarif plein coûte 600 FCFA...* ».

Etat de l'accès aux soins de santé pour la tuberculose

24

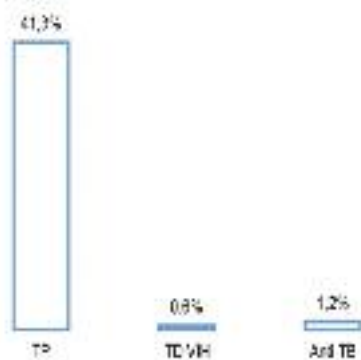


Durant l'année 2015, la prise en charge de la tuberculose n'a pas été exempte de difficultés. En effet comparativement à l'année 2014, les indicateurs de disponibilité et d'accessibilité des traitements, soins et services de prise en charge de la tuberculose sont en recul à l'exception de la disponibilité des traitements de la tuberculose multi-résistante, où aucun cas de rupture de traitement n'a été enregistré.

Ruptures en intrants TB : prévention, diagnostic, coinfection, et traitement

Comparativement à l'année 2014 où 28% des CDT suivis ont enregistré des ruptures de traitement préventif pour le personnel soignant, la situation en 2015 s'est aggravée. En effet, durant cette année, 41,3% des CDT suivis ont connu des moments de ruptures de ce type de traitements. La situation est la même pour les médicaments antituberculeux. Le pourcentage des CDT ayant connu des ruptures pour ce type de médicaments est passé de 0,6 en 2014 à 1,2 en 2015.

Relativement à la disponibilité du test de dépistage VIH pour les patients tuberculeux, 0,6% des CDT sous observation ont connu des épisodes de ruptures.



Graphique 19. Repartition (%) CDT en fonction du type de ruptures enregistrées



Graphique 20. Repartition globale (%) des CDT en fonction des régions et du type de rupture enregistrées

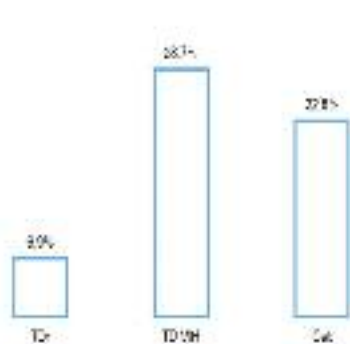
Selon la répartition régionale, les ruptures d'antituberculeux ont été plus fréquentes dans les CDT des régions de l'Adamaoua (7,9%) et du Centre (2%). Pour ce qui est de la disponibilité du test de dépistage VIH dans les CDT, les taux de rupture plus élevés ont été enregistrés dans la région de l'Est (2,5%) et du Littoral (1,6%). La disponibilité du traitement préventif post-exposition reste le plus problématique. Les régions les plus affectées sont celles du Sud (72,3%) de l'Est (68,1%) et du Littoral (64,3%).

Accessibilité financière : Surcoûts relatifs à la prévention, diagnostic, traitement de la tuberculose

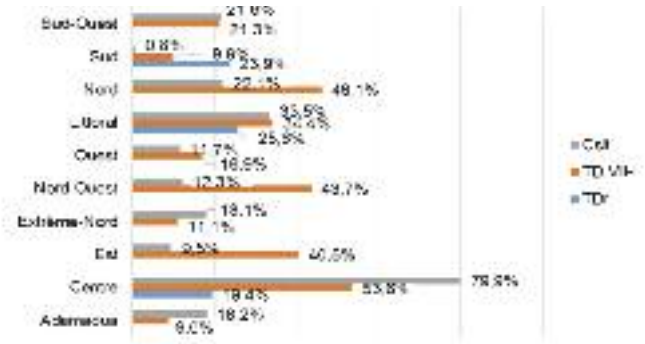
Au mépris des dispositions réglementaires, la pratique des surcoûts a également été observée dans la prise en charge de la tuberculose. En effet, durant l'année 2015, on observe une tendance

à l'augmentation des frais de diagnostic et traitement de la tuberculose.

En effet, 28,7% des CDT ont appliqué des coûts supplémentaires pour le test de dépistage VIH, alors qu'en 2014 ce taux était de 18,3%. La consultation a été réalisée avec des surcoûts dans 22,8% des CDT, contre 14,2% en 2014. Cette pratique a également été observée pour le test de diagnostic microscopique de la tuberculose, ou 6,9% des CDT en a été affectés contre 4,9% en 2014.



Graphique 21. Répartition (%) des cas de surcoûts du test de diagnostic microscopiques (TDr), TD VIH et Cst



Graphique 22. Répartition (%) régionale des cas de surcoût du TD VIH, Cst et du test de diagnostic microscopique (TDr)

Le graphique 22 illustre une inégale répartition des surcoûts d'une région à une autre. La région du Centre s'illustre par des surcoûts sur la consultation (79,9%). Elle est suivie du Littoral (33,5%) et du Nord (22,1%). Pour ce qui est du test de dépistage VIH, 53,6% des CDT dans le Centre en ont appliqué des coûts supplémentaires. Il en est de même pour les régions du Nord (46,1%) et le Nord-ouest (43,7%). Le test de diagnostic microscopique pour la TB a majoritairement manqué dans le Littoral (25,6%) le Sud (23,9%) et le Centre (19,4%).

Mes Droits, Ma Santé, Ma Vie

APPROCHE DE LA TUBERCULOSE FONDÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME

La tuberculose est une maladie liée à la pauvreté et à l'inégalité. Elle affecte particulièrement les populations-clés vulnérables dont l'accès aux services de base est limité, voire inexistant. Une démarche basée sur les droits de l'homme dans le cadre de la prévention, du traitement et des soins liés à la tuberculose implique la suppression des obstacles juridiques, structurels et sociaux qui empêchent d'accéder à des services de qualité en matière de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins liés à la tuberculose.

La Charte des patients pour les soins antituberculeux de l'OMS de 2006 met en lumière des droits des patients pertinents dans le contexte de la tuberculose ou de la coïnfection VIH/TB.

Les patients tuberculeux ont entre autres au terme de cette charte :

- Le droit à la libre et à l'accès équitable aux soins, du diagnostic à la fin du traitement, quel que soit les ressources, la race, le sexe, l'âge, la langue, le statut juridique, les croyances religieuses, l'orientation sexuelle, la culture, ou l'état d'une autre maladie (au Cameroun, la politique de gratuité dans la prise en charge de la tuberculose a été adoptée en octobre 2004) ;
- Le droit de recevoir des conseils médicaux et le traitement correspondant conformément aux nouvelles normes internationales sur les soins de la tuberculose centrés sur les besoins des patients, y compris ceux de la tuberculose multi résistante (MDR-TB) ou de la coinfection VIH/TB ;
- Le droit d'être traité avec respect et dignité, y compris la fourniture des services de santé sans stigmatisation, ni préjugés, ou discriminations des personnels sanitaires ;
- Le droit à des soins de qualité dans un environnement sain, avec le soutien moral de la famille, des amis et de sa communauté ;
- Le droit à l'information sur la disponibilité des services de santé, les coûts directs ou indirects impliqués dans le traitement ;
- Le droit de recevoir une description rapide, concise et claire de l'état de santé, le diagnostic, le pronostic (Une opinion quant à l'évolution probable de la maladie), et le traitement proposé, avec la communication des risques et solutions de rechange appropriées ;
- Le droit de connaître les noms et les dosages de tout médicament ou intervention à prescrire, ses actions normales, ses effets secondaires potentiels, et son impact possible sur d'autres traitements ;
- Le droit d'accès à l'information médicale qui se rapporte à l'état et au traitement du patient et à une copie du dossier médical à la demande du patient ou d'une personne autorisée par le patient ;
- Le droit à un deuxième avis médical avec accès aux dossiers médicaux antérieurs ;
- Le droit d'accepter ou de refuser des interventions chirurgicales si la chimiothérapie est possible et d'être informé de la probabilité de réalisation des effets collatéraux liés à la transmission d'une infection ou d'une maladie transmissible ;
- Le droit de garder confidentielles les informations relatives à son état de santé et de ne les divulguer que sous le consentement libre et éclairé du patient ;
- Le droit de porter plainte par les voies et canaux prévus par l'autorité de santé et de voir sa plainte traitée rapidement avec équité ;
- Le droit de relever appel ou de saisir l'autorité hiérarchique en cas d'échec du premier recours et d'être informé par écrit des suites réservées au recours ;
- Le droit à la sécurité d'emploi après le diagnostic ou la réhabilitation appropriée à la fin du traitement....

Etat de l'accès aux soins de santé pour le paludisme

28

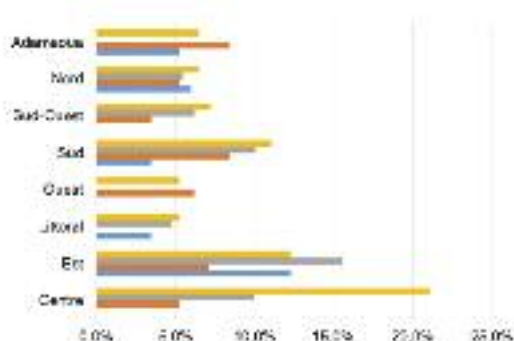


Au courant de l'année 2015, des patients se sont heurtés à des difficultés liées aux surcoûts, aux ruptures des traitements et autres services nécessaires à leur prise en charge contre le paludisme. D'une manière générale, comparativement à 2014, la situation des ruptures de traitement s'est dégradée pour ce qui est de la prise en charge du paludisme chez l'enfant.

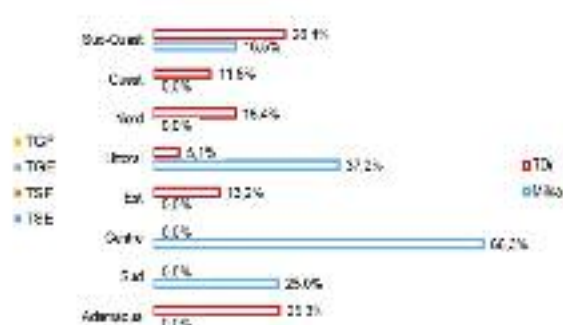
Ruptures en intrants paludisme: prévention, diagnostic, et traitement

Sur l'ensemble du territoire, les traitements, le test de diagnostic rapide et la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA) ont connu des épisodes de rupture au sein des formations sanitaires. De manière spécifique, dans 12,2% des formations sanitaires observées, le test de diagnostic rapide a été indisponible à un moment ou à un autre. Ceci marque une aggravation de la situation si l'on considère qu'en 2014, ce taux était de 4,1%.

Les traitements du paludisme simple et grave chez l'enfant ont respectivement connu des ruptures dans 3,8% et 6,5% des formations sanitaires. En 2014, ces taux étaient de 5,6% et 5,4% respectivement. Chez la femme enceinte le traitement pour le paludisme simple et grave a été à un moment ou un autre indisponible dans 5,5% et 9,4% des formations sanitaires observées. Par rapport à l'année 2014, ces chiffres sont en baisses pour paludisme simple (7%) et en hausse pour le paludisme grave (5,4%).



Graphique 23. Repartition régionale (%) des cas de rupture des traitements paludiques



Graphique 24. Repartition régionale (%) des cas de rupture de la Milda et du TDr

De l'analyse du graphique 23, il ressort que les ruptures de traitement pour le paludisme grave chez la femme enceinte ont été particulièrement élevées dans la région du Centre (21,1%), suivie de l'Est (12,3%) et du Sud (11,1%). Le traitement du paludisme grave chez l'enfant a été moins disponible dans la région de l'Est avec (15,6%), du Sud (10,1%) et du Nord (5,5%).

Dans 40,7% des formations sanitaires les MILDA destinés à être distribués gratuitement aux femmes enceintes ont connu des ruptures pendant l'année 2015. L'analyse de disponibilité selon une approche régionale montre que les ruptures en MILDA ont été plus fréquentes dans la région du Centre (66,3%), du Littoral (37,2%), et du Sud (25%).

Les tests de diagnostic rapide (TDR) ont été en rupture dans 35,2% des formations sanitaires. Le Sud-Ouest a été la région la plus affectée avec 26,4% des formations sanitaires en rupture, suivi de l'Adamaoua (25,3%).

Accessibilité financière : Surcoûts relatifs à la prévention, diagnostic, et traitement du paludisme

Insight

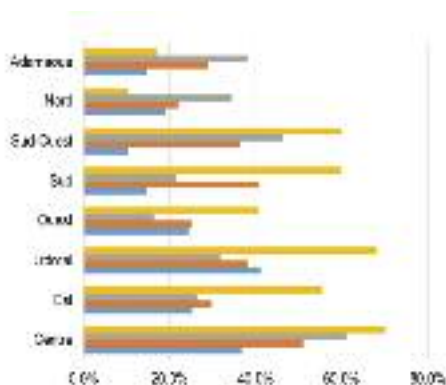
Je suis enceinte et j'ai été hospitalisé à l'hôpital Central de Yaoundé. Au moment de sortir, on m'a présenté une facture qui englobait des frais pour des soins d'accouchement. Tout portait à croire que j'ai accouché et il fallait régler des coûts des soins qui m'ont été faits, pourtant, il s'agit du paludisme.

Une patiente à l'hôpital Central de Yaoundé

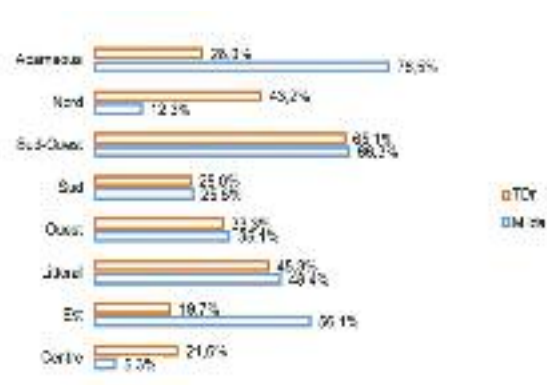
Les surcoûts des traitements ont été majoritairement pratiqués sur le traitement du paludisme grave chez la femme. Ils ont affecté 47,7% des formations sanitaires suivies. Pour ce qui est du traitement du paludisme simple chez la femme enceinte, ce taux est de 34,1%.

Dans le registre de la prise en charge du paludisme chez l'enfant. 34,5% des formations sanitaires ont pratiqué des surcoûts pour le traitement du paludisme grave, et 23,3% pour le traitement du paludisme simple.

La pratique des surcoûts diffère en fonction des régions. En effet, à la lumière du graphique 25, les surcoûts sur le traitement du paludisme grave chez la femme enceinte ont plus été majoritairement pratiqués dans la région du Centre (70,1%), du Littoral (68,3%), du Sud-ouest (60,1%), et du Sud (59,8%). Le traitement du paludisme grave chez l'enfant, a été dispensé avec des surcoûts principalement dans les régions du Centre (61,2%), du Sud-ouest (46,2%) et l'Adamaoua (38,2%). Les surcoûts pour le traitement du paludisme simple chez la femme enceinte ont affectée principalement le Centre (51,1%), le Sud (41%) et le Littoral (38,1%). Chez l'enfant, les régions du Littoral (41,1%) et du Centre (36,7%) sont les plus affectées.



Graphique 25. Répartition régionale (%) des cas de surcoûts appliqués aux traitements du paludisme



Graphique 26. Répartition régionale (%) des cas de surcoûts appliqués au Milda et au TDR

La vente du MILDA qui pourtant devrait être distribué gratuitement, est devenue une pratique courante. Dans l'Adamaoua, 76,5% des formations sanitaires ont vendu la moustiquaire, le Sud-ouest (66,3%) et l'Est (56,1%). Le graphique 26 met également en avant la pratique des surcoûts dans la dispensation du test de diagnostic rapide, avec le Sud-ouest la région la plus affectée (65,1%) suivi par le Littoral (45,3%) et l'Ouest (33,3%).

Mes Droits, Ma Santé, Ma Vie

LE CADRE NORMATIF DE LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 05 ANS ET LES FEMMES ENCEINTES

Les textes de droit relatifs à la gratuité du traitement du paludisme chez les enfants de moins de 05 ans au Cameroun, c'est :

la **Décision N°0031/MINSANTE/CAB du 21 Janvier 2011 portant sur la gratuité du traitement du paludisme simple chez les enfants de moins de 05 ans ;**

On peut également noter la **Décision n° 0032/MINSANTE/CAB du 24 janvier 2011 sur les directives d'application de la gratuité du traitement du paludisme simple chez les enfants de moins de 05 ans.**

En effet :

Pour l'enfant de moins de 05 ans

- Depuis Janvier 2011, la gratuité du traitement du paludisme simple ;
- Depuis Mai 2011, la gratuité du Test de Diagnostic Rapide ;
- Depuis Juin 2014, la gratuité du traitement du paludisme grave.

En application des décisions n°0031 et 0032 du MINSANTE, la gratuité du traitement du paludisme chez les enfants de moins de 05 ans s'entend de la gratuité de la consultation d'une part et de la gratuité du traitement proprement dit d'autre part.

Autrement dit, tout enfant de moins de 05 ans souffrant du paludisme est exempté du paiement des frais de consultation et autres billets de session.

Après consultation et diagnostic par un personnel de santé qualifié (médecin par exemple), le médicament qui sera prescrit par la suite est aussi gratuit.

De manière pratique, muni de l'ordonnance du médecin, la pharmacie de la formation sanitaire publique ou privée agréée fournira sans exiger un franc les médicaments nécessaires pour soigner le paludisme dont souffre l'enfant.

En tout état de cause, au terme de l'article 8 de la décision n°0032/MINSANTE/CAB du 24 janvier 2011, **l'information de la gratuité de la consultation et du traitement du paludisme chez les enfants de moins de 05 ans fait l'objet d'affichage dans toutes les formations sanitaires publiques et privées agréées.** C'est une obligation à laquelle les responsables sanitaires ne peuvent se soustraire.

Pour la tranche d'âge au-dessus de cinq ans

- Depuis Février 2011, le traitement d'un épisode de paludisme simple coûte entre 200-250 F CFA ;
- Depuis Mars 2012, le Test de Diagnostic Rapide (TDR) est à 200 F CFA.

Pour la femme enceinte

Depuis 2005, l'administration du Traitement Préventif Intermittent (TPI) contre le paludisme est gratuite à partir du 4ème mois.

Toute autre demande onéreuse de la part des personnels de santé serait constitutive d'abus, de vol, d'escroquerie passible aussi bien des poursuites disciplinaires que judiciaires.

Focus



Comparaison entre les régions appuyées par le PEPFAR et le reste des régions

A propos de PEPFAR au Cameroun

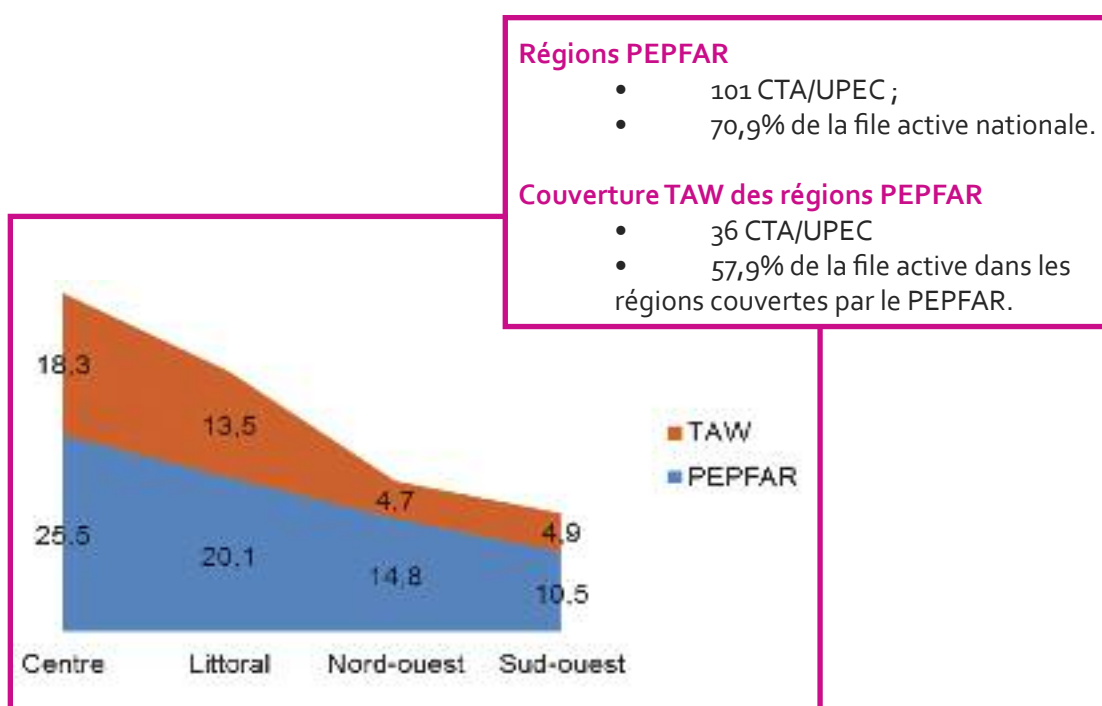
Le President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) contribue depuis l'année 2009 avec des autres bailleurs de fonds et le gouvernement à lutte contre le VIH SIDA au Cameroun. Ses activités sont gérées par le Center for Disease Control (CDC), l'Agence pour le Développement International (USAID), le Départements de la Défense et de l'État (DoD), et le Corps de la Paix.

A travers quinze organisations camerounaises et internationales, PEPFAR offre de l'assistance technique et financière dans les domaines de la prévention de transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle, la sécurité transfusionnelle, le dépistage et conseil, la prise en charge, l'information stratégique, et le renforcement du système de santé, notamment les laboratoires et la chaîne logistique des intrants de santé.

Couverture géographique de TAW dans les régions appuyées par le PEPFAR

Au niveau géographique, le PEPFAR concentre ses interventions dans quatre régions au Cameroun, (Centre, Littoral, Sud-ouest et Nord-ouest). Il appuie 101 structures de prise en charge de l'infection à VIH (CTA/UPEC confondus) soit 70,9% de la file active nationale des personnes séropositives. Dans les mêmes régions, le TAW observe 36 CTA/UPEC qui représentent 57,9% de la file active de l'ensemble des formations sanitaires appuyées par le PEPFAR.

Le présent focus fait une revue comparée pour l'année 2015 de l'état de l'accès aux soins dans les régions qui bénéficient de l'appui de PEPFAR par rapport aux autres régions.



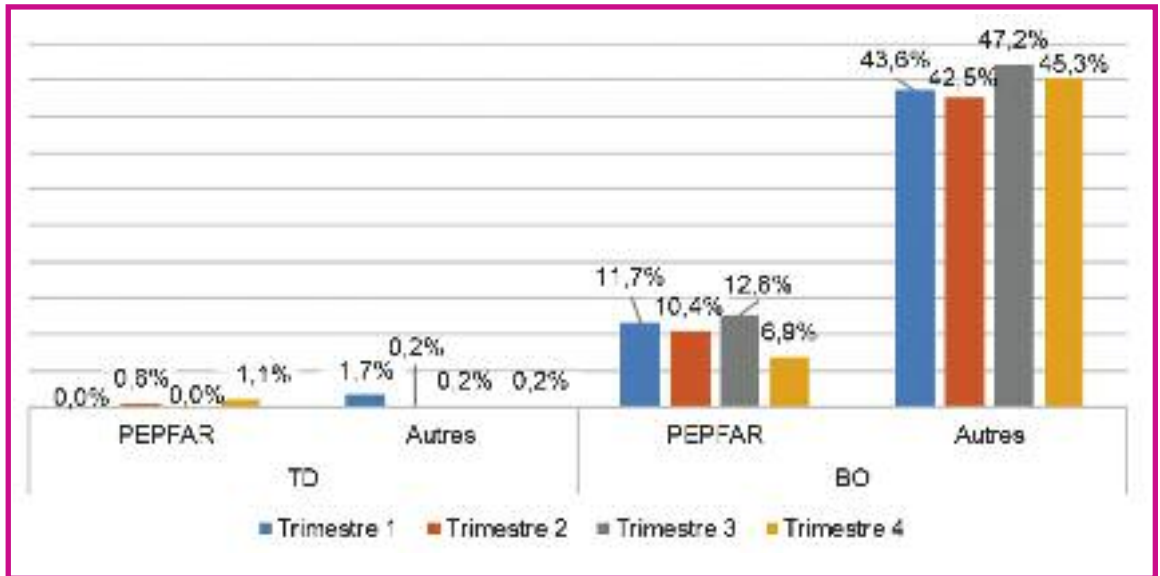
Etat comparé des ruptures en intrants de santé

Examens de laboratoire

Les observations du TAW montrent que les régions appuyées par le PEPFAR ont eu une meilleure disponibilité de certains examens de laboratoire, notamment du bilan d'orientation avec 10.5% des ruptures dans les régions PEPFAR contre 44.7% dans le reste du pays, et le bilan pré-thérapeutique avec 4.6% des ruptures dans les régions PEPFAR

contre 26.2% dans les autres régions.

La différence en rupture pour les tests de dépistage VIH ne semble pas être significative, avec un bon niveau de disponibilité pendant l'année 2015 dans l'ensemble du pays. Par contre, la disponibilité du bilan de suivi semble avoir connu plus des rupture dans les régions PEPFAR (6%) que dans le reste du pays (1%). Toutefois, comparativement à l'année 2014, on note une tendance à l'amélioration pour l'ensemble des régions.

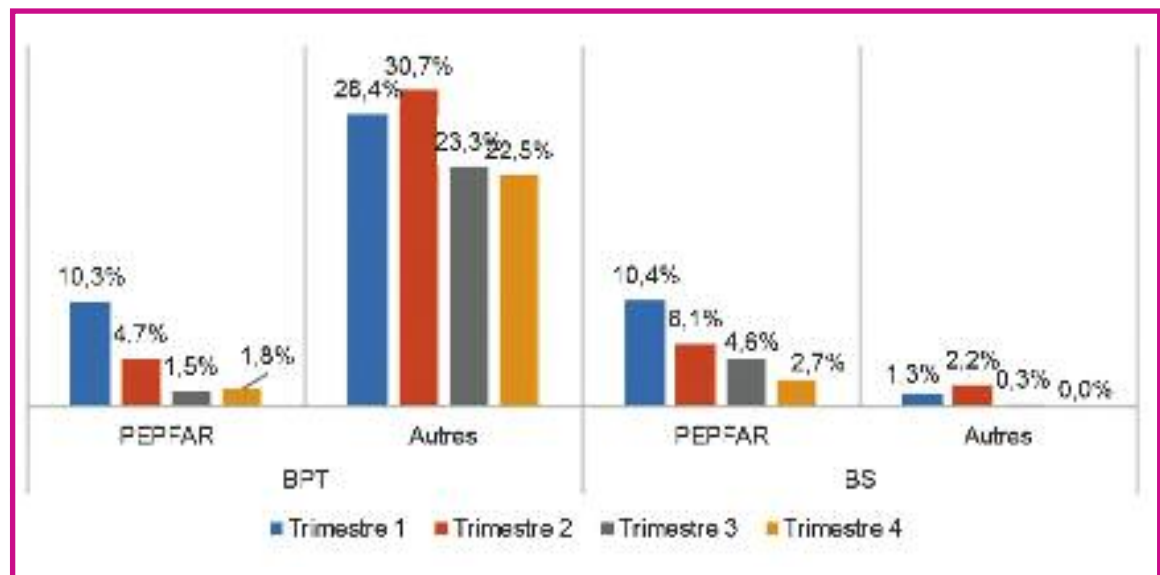


Régions PEPFAR

- Rupture Test de Dépistage : 0,4% ;
- Rupture Bilan d'orientation : 10,5%

Autres Régions

- Rupture Test de Dépistage : 0,6% ;
- Rupture Bilan d'orientation : 44,7%



Régions PEPFAR

- Rupture bilan pré-thérapeutique : 4,6% ;
- Rupture bilan de suivi : 6%

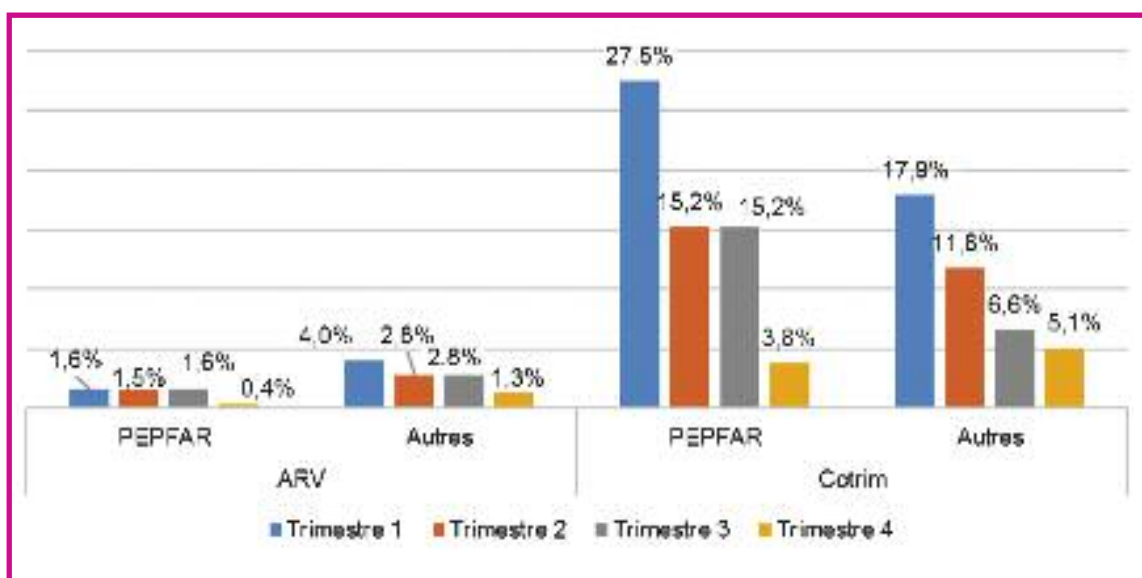
Autres Régions

- Rupture bilan pré thérapeutique : 26,2% ;
- Rupture bilan de suivi : 1%

Antirétroviraux et cotrimoxazole

D'une manière générale, tout au long de l'année 2015, le pays a enregistré un faible pourcentage de rupture d'ARV. De l'analyse des données relevées par le TAW, il ressort que le taux des ruptures dans les régions appuyées par le PEPFAR est approximativement la moitié des autres régions.

Pour ce qui concerne le cotrimoxazole, les régions PEPFAR ont été plus affectés que les régions pas appuyées par PEPFAR. Par contre, lorsqu'on voit la progression dans le temps, les régions PEPFAR semblent vers la fin de l'année mieux maîtriser la disponibilité de cotrimoxazole que les autres régions.



Régions PEPFAR

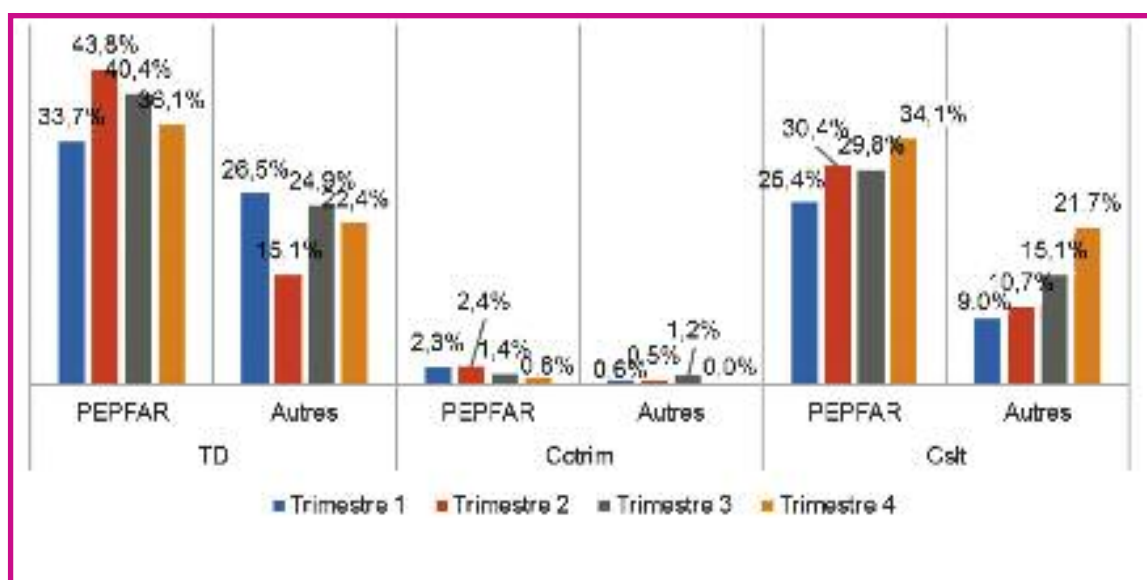
- Rupture des antirétroviraux : 1,3% ;
- Rupture du Cotrimoxazole : 15,4%

Autres Régions

- Rupture des antirétroviraux : 2,7% ;
- Rupture du Cotrimoxazole : 10,4%

Etat comparé des surcoûts du programme VIH SIDA

En ce qui concerne le respect des prix des soins VIH / SIDA, le TAW a observé plus des irrégularités dans les régions appuyées par le PEPFAR que dans le reste du pays. Cette observation fait référence a tous les indicateurs observés. En effet, la fréquence des surcoûts appliqués aux examens de laboratoire, le dépistage, et la consultation, est nettement plus élevée dans les régions appuyées par le PEPFAR que dans le reste du pays. Par ailleurs, la vente du cotrimoxazole, même si c'est une pratique qui tend à diminuer est plus accentuée dans les régions PEPFAR que dans le reste du pays.

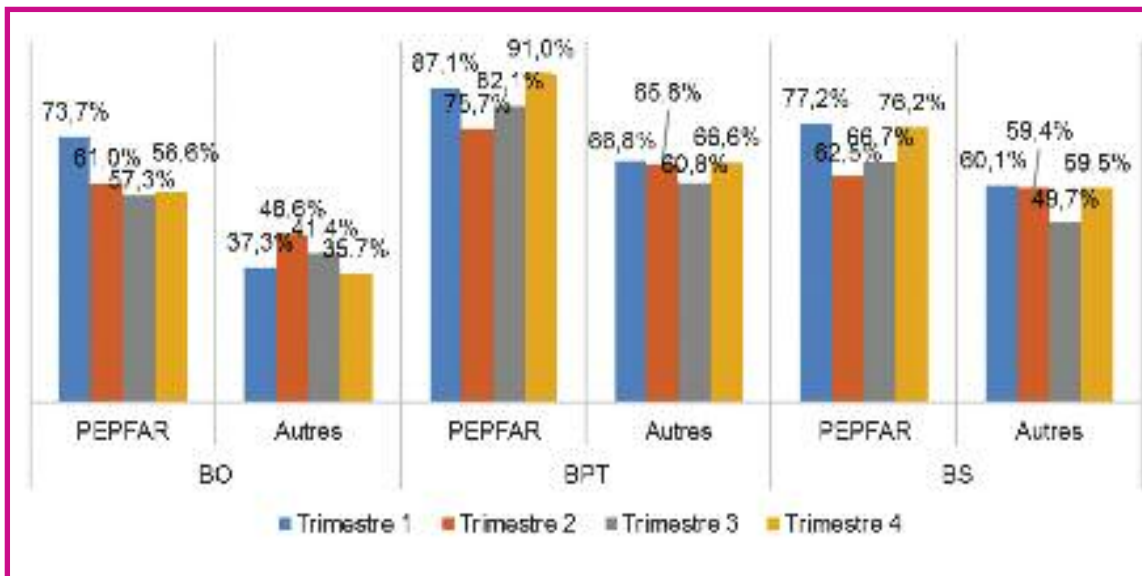


Régions PEPFAR

- Surcoût du test de dépistage : 38,5% ;
- Vente du Cotrimoxazole : 1,7% ;
- Surcoûts de la consultation : 29,9%

Autres des régions

- Surcoût du test de dépistage : 22,2% ;
- Vente du Cotrimoxazole : 0,6% ;
- Surcoûts de la consultation : 14,1%



Régions PEPFAR

- Surcoût du bilan d'orientation : 62,7% ;
- Vente du bilan pré thérapeutique : 84% ;
- Surcoûts du bilan de suivi : 70,7%

Autres des régions


- Surcoût du bilan d'orientation : 40,3% ;
- Vente du bilan pré thérapeutique : 65% ;
- Surcoûts du bilan de suivi : 52,7%

Discussion et conclusion

Les régions PEPFAR sont particulièrement favorisées en matière de supervision et formation du personnel sanitaire grâce au soutien des équipes des organisations de mise en œuvre du programme PEPFAR. Normalement, ces interventions devraient permettre de faire une différence par rapport à la qualité et à l'accès aux soins des patients VIH. Malheureusement les indicateurs du TAW sont probablement insuffisants pour pouvoir mesurer l'ampleur et l'impact qualitatif du programme PEPFAR dans les régions, mais ils permettent de soulever des questions importantes.

Par rapport à la disponibilité des services et intrants de santé, les observations du TAW ne sont pas concluantes. En général, on observe une meilleure disponibilité en examens de laboratoire et aussi en médicaments dans les régions appuyés par le PEPFAR que dans le reste du pays. Mais les exceptions observées sur le bilan pré-thérapeutique et le cotrimoxazole sont difficilement explicables.

Quant à la fréquence d'application des surcoûts pour l'accès aux services VIH, les résultats semblent assez représentatifs. Effectivement, dans les régions appuyés par le PEPFAR la pratique des surcoûts est beaucoup plus étendue que dans le reste du pays. Un élément à considérer tient du fait que les régions appuyés par le PEPFAR détiennent les CTA et



UPEC les plus grands, et desservent la majeure partie de la file active au niveau national. L'application des surcoûts pourraient être une pratique exercée par des formations sanitaires plus grandes, où la difficulté d'exercer des contrôles sur un personnel plus nombreux est plus intense d'une part et d'autre part pourrait être associée à un besoin d'augmenter les frais de gestion pour pouvoir maintenir les services.

Une question qui reste aussi en suspens est celle de savoir si le programme PEPFAR lui-même est affecté par la pratique des surcoûts. Autrement dit, le programme PEPFAR pourrait avoir un impact plus significatif si les patients de ces régions n'étaient pas confrontés aux barrières financière observées.

Il est également difficile à déterminer quelle devrait être le rôle des organisations de mise en œuvre du programme PEPFAR dans l'observance des politiques de fixation des prix. Beaucoup des agents de PEPFAR ont pour rôle de donner de l'assistance technique au personnel des formations sanitaires. Or, la collaboration entre l'agent PEPFAR et le personnel de la formation sanitaire pourrait être affectée dans le court terme, si les irrégularités dans l'application des surcoûts étaient soulevées par les organisations de PEPFAR.

Positive Generation en tant que représentant de la société civile et défenseur des droits des patients/usagers des services de santé, attend une implication globale de PEPFAR ainsi que des autres bailleurs de fond, pour diminuer les barrières d'accès, ce qui ne peut pas être fait tout simplement avec le transfert des capacités techniques.

Focus



Comparaison entre les sites bénéficiants de l'appui de EXPERTISE FRANCE et les autres

A propos de AFETI au Cameroun

Créé en Janvier 2015, l'Agence Française d'Expertise Technique Internationale (AFETI) couramment appelée EXPERTISE FRANCE est née de la fusion de 05 opérateurs publics français (FEI, ADETEF, GIP ESTHER, GIP SPISI, ADECR), qui intervenaient dans le domaine de l'assistance et de la coopération technique Internationale.

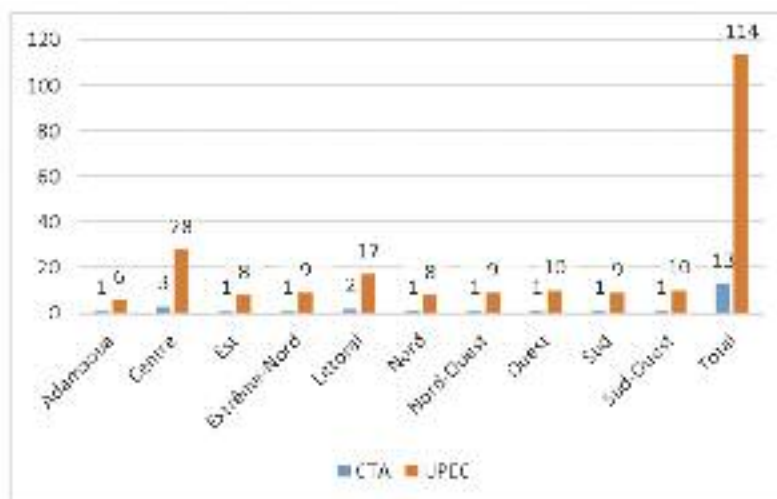
Au Cameroun, AFETI /EXPERTISE FRANCE a poursuivi les activités du GIP ESTHER (Groupement d'Interêt Public Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau) qui consistait à favoriser l'accès aux soins des personnes séropositives dans les formations sanitaires à travers un accompagnement technique (renforcement des capacités des formations sanitaires) et psycho-social (continuum de services).

Les indicateurs de comparaisons pour le présent état sont :

- Les frais d'ouverture de dossier médical;
- Les ruptures de test de dépistage, d'ARV et de Cotrimoxazole ;
- Les ruptures d'examens biologiques (bilan de suivi, bilan pré thérapeutique, et bilan d'orientation) ;
- Les surcoûts appliqués à la consultation et à la dispensation du Cotrimoxazole;
- Les surcoûts appliqués à la réalisation des examens biologiques (bilan de suivi, bilan pré thérapeutique, et bilan d'orientation).

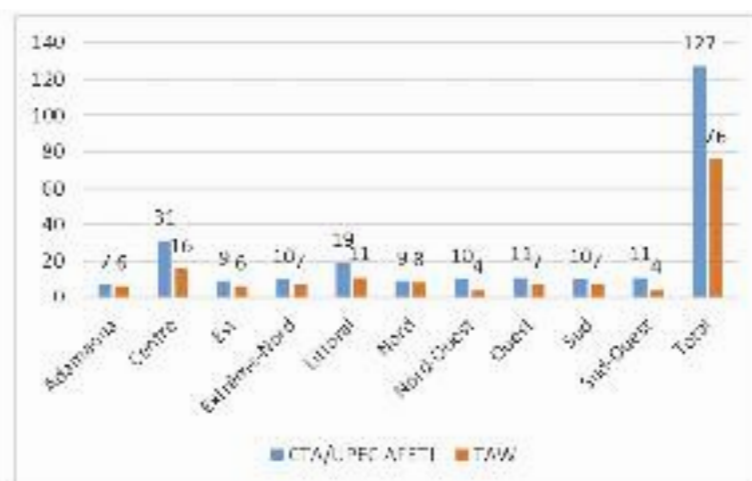
Répartition géographique des CTA et UPEC soutenus par l'AFETI

Au Cameroun, l'AFETI appui 13 Centres de Traitements Agréés (CTA) et 114 Unités de Prise en Charge (UPEC) répartis sur l'ensemble des régions du pays.



Répartition géographique des CTA et UPEC soutenus par l'AFETI

Sur l'ensemble des structures de prise en charge du VIH/SIDA bénéficiant de l'appui de l'AFETI, le Treatment Access Watch (TAW) couvre 74 (CTA et UPEC confondus) soit 63,8%



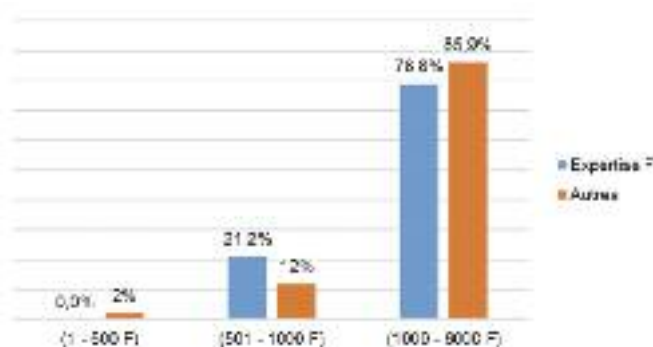
Couverture régionale des sites appuyés l'AFETI par le TAW

Etat comparé des frais d'ouverture de dossier médical

Dans la tranche de coûts compris entre 0 et 500FCFA, les structures de prise en charge bénéficiant de l'appui de l'AFETI, les frais d'ouverture de dossiers sont moins élevés que dans les autres formations sanitaires. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que l'AFETI a mis à disposition de certaines formations sanitaires des dossiers médicaux destinés à être distribués gratuitement aux patients.

Par contre dans la tranche de coûts compris entre 501 et 1000 FCFA, les formations sanitaires soutenues par l'AFETI sont plus nombreuses à exiger des frais élevés pour le dossier médical. Au-delà de 1000 FCFA, la tendance est à l'inverse car on y retrouve 78,8% des structures de prise en charge soutenues l'AFETI contre 85,9% pour les autres.

Etat comparé des frais d'ouverture de dossier



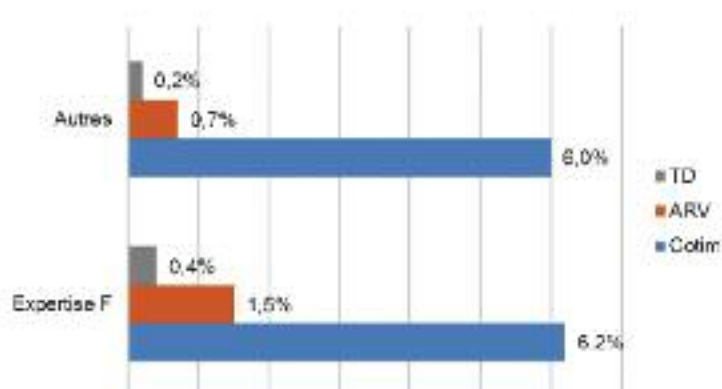
FOSA AFETI	Autres
• 1 à 500 FCFA : 0,0%	• 1 à 500 FCFA : 2%
• 501 à 1000 FCFA : 21,2%	• 501 à 1000 FCFA : 12%
• 1000 à 6000 FCFA : 78,8%	• 1000 à 6000 FCFA : 85,9%

Etat comparé des ruptures en intrants de santé

Ruptures des traitements et du Test de dépistage

D'une manière générale les formations sanitaires soutenues par l'AFETI connaissent plus de ruptures de test de dépistage, d'ARV et de Cotrimoxazole. Pour ce qui est du test de dépistage (0,2% AFETI contre 0,4% pour les autres) et des ARV (1,5% AFETI contre 0,7% pour les autres) spécifiquement, elles sont sensiblement deux fois plus affectées que les autres. Quant aux ruptures de Cotrimoxazole elles sont sensiblement affectées avec la même intensité.

Etat comparé des ruptures du test de dépistage, des ARV et du Cotrimoxazole



FOSA AFETI

- Test de dépistage : 0,4%
- ARV : 1,2%
- Cotrimoxazole : 6,2%

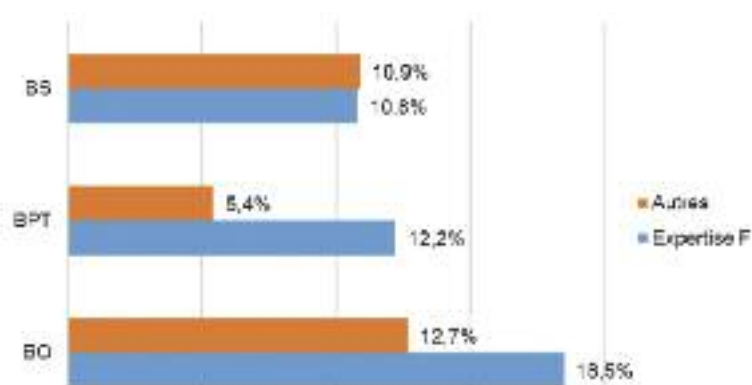
Autres

- Test de dépistage : 0,2%
- ARV : 0,7%
- Cotrimoxazole : 6,0%

Ruptures des examens biologiques

Si les données relatives aux ruptures du bilan de suivi démontrent que les formations sanitaires qui bénéficient de l'appui de l'AFETI et les autres sont affectées avec la même intensité, il n'en est pas de même pour le bilan pré thérapeutique et le bilan d'orientation. En effet, avec 12,2% des structures de prise en charge ayant connu des épisodes de ruptures de bilan pré-thérapeutique contre 5,4% pour les autres, les formations sanitaires appuyées par l'AFETI ont doublement souffert de ruptures. La tendance est la même pour le bilan d'orientation (18,5% AFETI contre 12,7% pour les autres)

Etat comparé des ruptures des bilans pré thérapeutique, de suivi, et d'orientation



FOSA AFETI

- Bilan de suivi : 10,8%
- Bilan pré-thérapeutique : 12,2%
- Bilan d'orientation : 18,5%

Autres

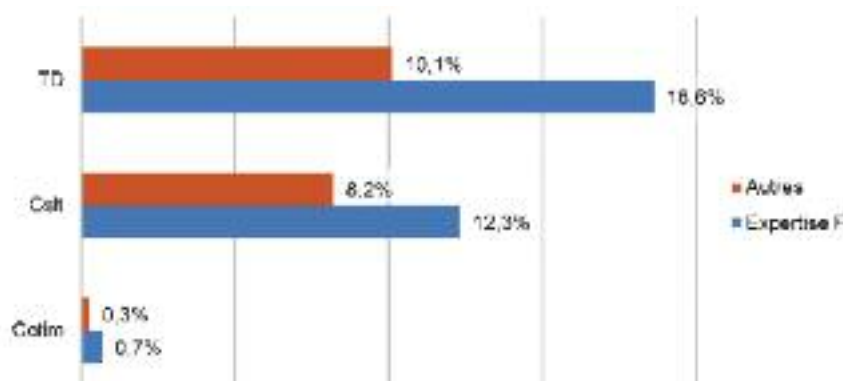
- Bilan de suivi : 10,9%
- Bilan pré-thérapeutique : 5,4%
- Bilan d'orientation : 12,7%

Etat comparé des surcoûts appliqués aux services et médicaments VIH SIDA

Surcoûts du test de dépistage, de la consultation et du Cotrimoxazole

De l'analyse des données il ressort que pour ce qui est des coûts appliqués à la consultation, au test de dépistage et à la mise à disposition du cotrimoxazole, les formations sanitaires appuyées par l'AFETI pratiquent le plus de surcoûts. En effet, 18,6% d'entre elles contre 10,1% pour les autres appliquent des tarifs au-dessus de la norme lorsqu'il s'agit de la dispensation du test de dépistage. Pour la consultation, 12,3% de ces structures de prise en charge contre 8,2% pour les autres pratiquent des surcoûts et 0,7% contre 0,3% pour les autres ont vendu le cotrimoxazole.

Etat comparé des surcoûts appliqués au test de dépistage, à la consultation et à la dispensation du Cotrimoxazole



FOSA AFETI

- Test de dépistage : 18,6%
- Consultation : 12,3%
- Cotrimoxazole : 0,7%

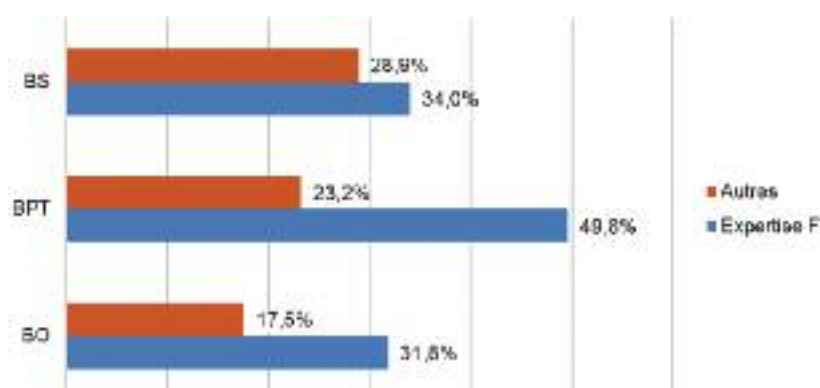
Autres :

- Test de dépistage : 10,1%
- Consultation : 8,2%
- Cotrimoxazole : 0,3%

Surcoûts appliqués aux examens biologiques

Les données relevées par le TAW démontrent que les formations soutenues par l'AFETI appliquent le plus de surcoûts pour les examens biologiques. En effet, 34% d'entre elles contre 28,9% pour les autres pratiquent des surcoûts pour le bilan de suivi. Pour le bilan pré thérapeutique, ce taux est de 49,6% contre 23,2% pour les autres. La fourniture du bilan d'orientation n'échappe pas à cette pratique car 31,8% des FOSA ayant le soutien de l'AFETI appliquent des surcoûts alors que pour les autres, ce taux est de 17,5%.

Etat comparé des surcoûts appliqués aux bilans pré-thérapeutique, de suivi, et d'orientation



FOSA AFETI

- Bilan de suivi: 34%
- Bilan pré-thérapeutique : 49,6%
- Bilan d'orientation : 31,8%

FOSA AFETI

- Bilan de suivi: 28,9%
- Bilan pré-thérapeutique : 23,2%
- Bilan d'orientation : 17,5%

Discussion et conclusion

D'une manière générale, les structures de prise en charge de l'infection à VIH appuyées par l'AFETI sont beaucoup plus affectées par des pratiques qui limitent l'accès aux soins et traitements pour les personnes vivant avec le VIH. En effet, comparativement aux autres, elles connaissent plus de ruptures et appliquent plus de surcoûts dans la dispensation des services et traitements. Ceci est quelque peu paradoxal surtout lorsque l'on considère l'objectif même de l'AFETI qui est de favoriser l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays en développement. A décharge, certains seraient tentés d'évoquer le poids de la file active et la charge de travail compte tenu du fait que près de la moitié des CTA et UPEC soutenus par l'AFETI se trouvent dans les régions du centre et du littoral. L'application des surcoûts pourrait être une pratique exercée par des formations sanitaires plus grandes, où la difficulté d'exercer des contrôles sur un personnel plus nombreux est plus intense d'une part et d'autre part pourrait être associée à un besoin d'augmenter les frais de gestion pour pouvoir maintenir les services. Cependant force est de constater que des mesures efficaces ne sont pas prises pour s'assurer que les services sont fournis et accessibles conformément au cadre réglementaires.

Toutefois, au regard de ces constats, il serait prématuré de porter un jugement sur les interventions de l'AFETI dans l'accès aux soins des PVVIH au Cameroun. En effet, les données du TAW (uniquement quantitatives) et ne saurait par conséquent à elles seules permettre d'évaluer l'impact des interventions de l'AFETI dans l'accès aux soins des patients. Cependant, elles constituent une base qui peut permettre de mettre en œuvre des études complémentaires afin de s'assurer de la plénitude de l'atteinte des objectifs des programmes soutenus par l'AFETI et de son impact réel sur le patient. En tout état de cause, il est urgent de développer et mettre en place une véritable politique qui vise à s'assurer du strict respect du cadre réglementaire. Cela contribuera à plus d'équité dans l'accès aux soins.

Actions entreprises et recommandations



ACTIONS ENTREPRISES

En vue d'apporter des solutions aux manquements observés, des actions de plaidoyer et de communication ont été menées tout au long de l'année 2015. Ces actions ont permis d'interpeller les parties prenantes de l'accès aux soins en général et les détenteurs d'enjeux en matière de santé en particulier dans le but de revendiquer les meilleures conditions d'accès aux soins pour les patients.

Actions de plaidoyer

- Rédaction des lettres de dénonciation des manquements au Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) et à l'Instance de coordination nationale du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA (ICN)
- Organisation des rencontres d'échanges avec les décideurs, notamment ONUSIDA, CNLS, et ICN.
- Appels téléphoniques avec le CNLS, les Groupes Techniques Régionaux qui représentent le CNLS au niveau régional, et les formations sanitaires UPEC et CTA ;
- Organisation des entretiens avec les personnels des formations sanitaires ;
- Interpellation des acteurs associatifs pour dénoncer les manquements observés.

Actions de communication

- Rédaction et diffusion des synthèses des rapports sentinelles hebdomadaires ;
- Diffusion de la synthèse des données de manière hebdomadaire sous format électronique à travers le mailing list de la société civile et sous copie dure à (aux différents décideurs au niveau politique (Ministre de la Santé, parlementaires), opérationnel (CENAME, DLM, CLNS, GTR, Coordonnateurs CTA et UPEC, DPM), administratif (Délégués Régionaux à la Santé, Gouverneur) impliqués dans la prise en charge des PVVIH au Cameroun ;
- Des causeries éducatives dans les associations, les hôpitaux et les communautés ;
- Rapport et diffusion des rapports trimestriels ;
- Rédaction et diffusion du rapport annuel 2014.

RECOMMANDATIONS

Les difficultés que rencontrent les patients et les prestataires dans les formations sanitaires persistent et inhibent des efforts jusque-là consentis par le gouvernement de la république pour améliorer la qualité de l'accès aux soins et traitements des populations dans notre pays. Elles traduisent également la grande difficulté qu'il y a à mettre en place un système efficace capable de garantir la couverture sanitaire universelle.

Au vu des manquements observés, des actions concrètes soient entreprises. A cet effet, le TAW recommande :

En réponse à la généralisation de la hausse des coûts de soins

- Les Ministres de l'économie, de la planification et de l'aménagement du territoire, des finances et de la santé publique, les parlementaires doivent trouver des voies et moyens pour améliorer la contribution de l'Etat pour faciliter l'accès aux soins des populations à travers l'allocation d'un budget conséquent, à la hauteur des enjeux de l'heure ;
- Le pays s'étant engagé résolument sur la voie de la couverture sanitaire universelle, il devient impératif d'élaborer une stratégie nationale de financement de la santé. Cela permettra de limiter la dépendance du financement de la riposte contre VIH/SIDA, tuberculose et le paludisme aux subventions du Fonds Mondial.
- Le ministère de la santé publique doit développer un plan logistique afin d'améliorer l'accès aux intrants de santé ;
- Le Ministre de la santé publique doit élaborer et/ou vulgariser la politique nationale de maintenance des appareils hospitalier ;
- Les pouvoirs publics doivent mettre à la disposition des structures de soins les intrants et le matériel nécessaire en quantité suffisante pour chaque examen (réactifs VIH et diagnostique de la tuberculose ; test et confirmation, réactifs CD4 adapté au compteur en place, compteur CD4) ;
- Les responsables des formations sanitaires doivent développer des stratégies de recherche de financement additionnel qui puissent permettre aux populations les plus vulnérables d'accéder aux soins et services de santé.
- Il est indispensable promouvoir les partenariats hôpital-hôpital, ou hôpital-laboratoire qui permettent aux patients de réaliser les examens de suivi biologique à un coût abordable ;
- Les différentes parties prenantes de l'accès aux soins doivent vulgariser les textes qui régissent l'accès aux soins et services (VIH/Sida, Tuberculose et paludisme).

- Les pouvoirs publics doivent appliquer des sanctions répressives à l'endroit des praticiens qui d'une manière ou d'une autre se refusent à respecter les dispositions en vigueur qui régissent la prise en charge des patients ;

En rapport avec les ruptures des ARV

- Des mesures spéciales doivent être prises pour la région de l'Adamaoua afin d'assurer la disponibilité des ARV ;
- Le contrôle permanent des stocks et le ravitaillement à temps par les structures responsables au niveau central et périphérique (CENAME et CAPR).

Relativement aux coûts supplémentaires

- Identifier et sanctionner les personnels responsables de ces pratiques ;
- la CONAC (commission nationale anticorruption) et la cellule de lutte contre la corruption du Ministère de la Santé, déjà représentées dans les hôpitaux, doivent intensifier la lutte contre la corruption en milieu hospitalier ;
- maintenir un niveau de vigilance élevé afin de pérenniser les acquis en matière de lutte contre les rackets et coûts supplémentaires.

Au sujet du traitement préventif

- Des mesures spéciales doivent être prises en vue d'assurer la reprise de l'approvisionnement des centres en traitement préventif, particulièrement dans les régions du Sud, de l'Est et du Littoral;
- Au sujet des frais d'ouverture de dossier exigés aux patients;
- Les frais d'ouverture du dossier doivent être encadrés par un texte afin de limiter les dérives observées.

Conclusion Générale

Les données rapportées par le TAW tout au long de l'année 2015 démontrent que les indicateurs de disponibilité et d'accessibilité des intrants, des soins et services de prise en charge de l'infection à VIH au Cameroun sont en nette amélioration au regard des résultats engrangés en 2014. Malheureusement pour ce qui est de la prise en charge de la tuberculose et du paludisme ces indicateurs sont en net recul.

Cependant avec l'apport du Fonds Mondial dans le cadre du nouveau mécanisme de financement, tout porte à croire que la qualité de la prise en charge va s'améliorer durant l'année 2016. Toutefois cette amélioration ne sera possible que si toutes les parties prenantes s'impliquent et s'engagent résolument à lever les obstacles révélés dans le présent rapport, collaborent dans un esprit constructif et inclusif et mettent en œuvre des actions de plaidoyer de nature à consolider les acquis et à étendre l'accès aux soins aux communautés les plus vulnérables.

Le Treatment Acces Watch pour sa part est disposé à jouer sa partition en collectant et en diffusant les données sur l'état de l'accès aux soins et services de prise en charge VIH/TB et Palu. Et en menant un plaidoyer actifs tant au niveau national que local. Pour cela nous comptons avec l'appui de notre partenaire mettre sur pied une base de données électroniques qui contribuera à avoir les résultats plus rapidement et à termes permettra des déclinaisons à l'utilisation du téléphone mobile pour renseigner les données. Nous comptons également au cours de l'année 2016 introduire le suivi de l'accès aux soins pour les hépatites et d'autres secteurs de prise en charge. Bien évidemment avec un accès particulier pour la promotion des bonnes pratiques et des droits humains à travers une densification et multiplication des sites où le programme citizenship sera mis en œuvre.

Au final, les difficultés observées révèlent de manière éloquent que la marche vers la couverture sanitaire universelle est encore longue pour notre pays. Cependant, au vu des iniquités observées dans l'accès aux soins et services, Il est impératif de promouvoir et rendre effective, un système de couverture sanitaire universelle. Cela contribuera au respect des droits humains en général et du droit à la santé en particulier.

Annexes

Centre de prise en charge VIH/Sida, Tuberculose et Paludisme observés par le TAW

Régions	Nombre	Identité du Centre de prise en charge
Adamaoua	8	HD de Meiganga ; HP de Ngaoubela, HR Ngaoundéré ; CMS Université Ngaoundéré, HD Tignère, HD Bankim, HD Banyo, HL Ngaoundéré.
Centre	18	HC de Yaoundé, HD de la Cité Verte, HD de Bafia, HD de Biyem-Assi, HG de Yaoundé, CHU de Yaoundé, Hôpital de la CNPS, HD de Djoungolo, HD d'Akonolinga, HD d'Eséka, Hôp Jamot de Yaoundé, Hôp militaire de Yaoundé, HD de Mbalmayo, UPEC des sœurs de Mvog Belé, HD Sa'a.
Est	5	HD d'Abong-Mbang, HR de Bertoua, HD de Belabo, HD de Batouri, Garoua Boulai
Extrême-Nord	6	HD de Yaoua, HD de Mckolo, HD de Bogo, HD Kaélé, HD Meskiné, HR Maroua, HD Kolofata, HD Kousserie.
Littoral	6	HD Nylon ; CMA Soboum ; HD de New-Bell ; HD de Bonassama ; HD Cité des palmiers.
Nord	9	HR de Garoua, HD de Guider ; HD Lagdo ; HD Poli ; HD Figuil ; HM Garoua ; HD Touboro ; HP Garoua ; HD Tcholliré.
Nord-Ouest	4	HD de Wum, HR de Bamenda, HD Bafut, HD Bali
Ouest	7	HR Bafoussam, HD Fomban, HD Mbouda, HD Dschang, HP Bangoua, Dream Hospital de Dschang ; HD Fombot.
Sud	7	HD Zoétélé, HD Kribi, HD Sangmélina, HR Ebolowa, HD AMBAM ; HD Meyomessala ; HD Djoum.
Sud-ouest	6	Hôpital Tiko ; HD Ekondo-Titi ; HD Kumba ; HR Annexe Limbé ; HP Mutenguene ; HD Boua.
TOTAL	80	

A propos de Positive-Generation (PG)

Créée en 1998 et légalisée en 2003, Positive-Generation est une association de développement qui œuvre dans le domaine de la promotion de la santé et des droits humains. Ses principaux secteurs d'intervention sont les suivants:

- Communication pour le développement dans le domaine de la santé et des droits humains ;
- Financement de la santé ;
- Santé, participation et gouvernance ;
- Suivi des politiques publiques en matière de santé ;
- Analyse des Systèmes et chaînes d'approvisionnement en médicaments ;
- Suivi opérationnel des stratégies en matière de santé et d'accès aux soins ;
- Démarche qualité dans le domaine de la santé;

Afin d'atteindre ses objectifs, Positive-Generation met en œuvre les activités de :

- Sensibilisation et de promotion de la santé et des droits humains auprès des communautés ;
- Renforcement des capacités des leaders communautaires sur le plaidoyer et la problématique d'accès aux soins;
- Formation des leaders communautaires sur le suivi et l'évaluation budgétaire dans la gestion des fonds alloués à l'accès aux soins et services de santé;
- Renforcement des capacités des membres du CCM sur les stratégies, les procédures et mécanismes du fonds mondial, le rôle de la société civile en vue d'optimiser leur appropriation du CCM, et de permettre un meilleur suivi de la

mise en œuvre de subventions;

- Mobilisation pour le financement de la santé;
- Mobilisation pour l'accès aux médicaments génériques;
- Suivi de l'accès aux soins;
- Accompagnement juridique et/ou judiciaire au profit des personnes en situation de vulnérabilité sanitaire.

Positive-Generation est lauréate 2012 du prix ONE décerné chaque année à la meilleure organisation africaine de plaidoyer. Elle a également le statut d'Observateur à la Commission Africaine des Droits de l'homme et des peuples. Par ailleurs, au vue de la qualité de ses interventions sur le terrain, l'association s'est également vue décerner plusieurs certificats d'appréciation positive (notamment un décerné par le bureau pays de l'ONUSIDA).

Contacts

BP : 8908 Yaoundé 14

Tél. : 237 222 23 88 60/ 242 03 63 27

Email : positive.generation@positive-generation.org

Site web : www.camerounhealth.org

POSITIVE GENERATION POUR LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE. C'EST UN DROIT

La couverture (sanitaire) universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.

Cette définition contient trois objectifs de la couverture universelle, liés entre eux :

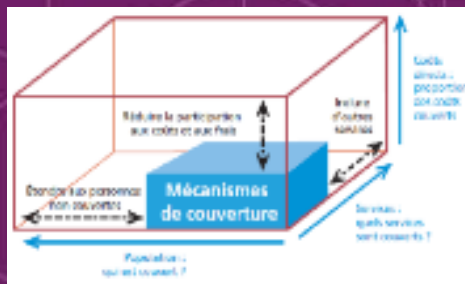
- L'accès équitable aux services de santé - tous ceux qui ont besoin des services de santé, quels que soient leurs moyens financiers, doivent pouvoir y accéder;
- La qualité - les services de santé doivent être d'une qualité suffisante pour améliorer la santé de ceux qui en bénéficient;
- La protection financière - le coût des soins ne doit pas exposer les usagers à des difficultés financières.

La couverture sanitaire universelle permet à chacun d'utiliser les services de santé sans avoir à craindre de graves répercussions financières.

Les États Membres de l'OMS se sont fixés l'objectif d'organiser leur système de financement de la santé en vue de garantir une couverture universelle. L'expression «couverture universelle» signifie que chacun peut accéder aux services de santé sans devoir craindre de graves répercussions financières liées au paiement des soins.

Plusieurs pays ont consacré moins de 10% de leurs dépenses publiques à la santé.

Les gouvernements doivent accorder une plus grande priorité à la santé dans leur budget car les ressources financières intérieures sont indispensables si l'on veut maintenir une couverture universelle à long terme. Si les pays de l'Union africaine consacraient 15% de leurs dépenses publiques à la santé, conformément aux engagements souscrits dans la Déclaration d'Abuja en 2001, ils pourraient, tous pays confondus, lever un montant supplémentaire de 29 milliards de dollars par an pour la santé.



Chaque année, les paiements directs font sombrer 100 millions de personnes dans la pauvreté.

Chaque année, 100 millions de personnes sombrent dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer directement leurs soins de santé. Pour réduire ces risques financiers, des pays comme la Thaïlande se démarquent d'un système largement financé par les paiements directs au profit d'un système de prépaiements – mélange d'impôts et de primes d'assurance.

Des pays trouvent des moyens novateurs pour lever des fonds pour la santé.

Tous les pays peuvent améliorer leurs mécanismes de recouvrement des impôts. Ils peuvent également envisager d'introduire des charges ou des taxes à visée sanitaire, telles que des taxes sur la vente de tabac et d'alcool. Le Ghana, par exemple, a financé en partie son système national d'assurance-maladie en augmentant de 2,5% la taxe sur la valeur ajoutée.

La meilleure façon d'assurer une couverture universelle est de répartir les coûts dans l'ensemble de la population.

Ainsi, les personnes versent des cotisations ou contributions obligatoires – par le biais d'impôts et/ou de primes d'assurance – à un fonds qui met en commun des ressources sur lesquelles elles pourront compter en cas de maladie, indépendamment du montant versé. Au Kirghizistan, par exemple, la mise en commun des recettes générales et des charges sociales réservées à l'assurance-maladie a contribué à améliorer l'accès aux soins de santé.

Tous les pays peuvent aller plus loin encore sur la voie de la couverture sanitaire universelle.

L'OMS a élaboré un plan d'action pour aider les pays à mettre au point des stratégies bien conçues de financement de la santé. La participation de tous les acteurs et l'amélioration du système de santé dans son ensemble sont autant d'éléments essentiels pour s'acheminer vers la couverture sanitaire universelle.

avec le soutien de :

