



Etat de l'accès aux soins des PVVIH au Cameroun

Rapport Annuel 2016



Décembre 2016

Sommaire

Liste des graphiques.....	3
Remerciements.....	4
Contacts.....	4
Résumé analytique.....	6
Objectifs.....	8
Méthodologie	9
Chapitre I. Répartition régionale des centres de prise en charge observés	11
I.1 Répartition des centres de prise en charge du VIH/Sida	11
I.2 Répartition des centres de prise en charge de la Tuberculose	11
I.3 Répartition des centres de prise en charge du Paludisme.....	12
Chapitre II. Etats de l'accès aux soins.....	12
II.1 Prise en charge du VIH/Sida	12
II.1.1 Analyse de la situation des ruptures	12
II.1.2 Analyse de la situation des Surcoûts	15
II.1.3 Analyse de la raison des difficultés observées.....	17
II.2 Prise en charge de la Tuberculose.....	17
II.2.1 Analyse de la situation des ruptures	17
II.2.2 Analyse de la situation des Surcoûts	18
II.3 Prise en charge du Paludisme	19
II.3.1 Analyse de la situation des ruptures	20
II.3.2 Analyse de la situation des Surcoûts	21
II.4. Ouverture du dossier	23
Chapitre III. Actions entreprises.....	24
III.1 Actions de plaidoyer.....	24
III.2. Actions de communication	24
III.3. Recommandations	25
III.3.1. En réponse à la généralisation de la hausse des coûts de soins	25
III.3.2. En rapport avec les ruptures des ARV	25
III.3.3 Relativement aux coûts supplémentaires.....	25
III.3.4. Au sujet du traitement préventif	26
III.3.5. Au sujet des frais d'ouverture de dossier exigés aux patients	26
Conclusion.....	26

Liste des graphiques

Fig 1. Répartition régionale (%) des centres couverts	12
Fig 2. Répartition régionale (%) des centres par rapport à l'effectif national	12
Fig 3. Répartition régionale (%) des FOSA observées	12
Fig 4. Variations mensuelles (%) des ruptures des examens biologiques	13
Fig 5. Variations mensuelles (%) des ruptures des traitements	13
Fig 6. Répartition régionale (%) des ruptures des examens biologiques	14
Fig 7. Répartition régionale (%) des ruptures des traitements	14
Fig 8. Evolution mensuelle (%) des cas de surcoûts du Cotrim et de la Consultation	16
Fig 9. Evolution mensuelle (%) des cas de surcoûts des examens	16
Fig 10. Répartition régionale (%) des cas de surcoûts des examens biologiques.....	16
Fig 11. Répartition régionale (%) des cas de surcoûts du Cotrim et de la Consultation	16
Fig 12. Evolution régionale (%) des raisons des difficultés.....	17
Fig 13. Représentation générale des raisons des difficultés.....	17
Fig 14. Répartition régionale (%) des cas de ruptures des traitements et du test de dépistage du VIH	18
Fig 15. Evolution mensuelle (%) des ruptures des traitements et du test de dépistage VIH .	18
Fig 16. Evolution mensuelle (%) des cas de surcoûts (Cslt, TDm, TD VIH).....	19
Fig 17. Répartition régionale (%) des cas de surcoûts (Cslt, TDm, TD VIH).....	19
Fig 18. Evolution mensuelle (%) des cas de rupture des traitements	20
Fig 19. Evolution mensuelle (%) des cas de ruptures du test de dépistage rapide et de la MILDA	20
Fig 20. Répartition régionale (%) des cas de rupture des traitements des femmes enceintes et des enfants de moins cinq ans	21
Fig 21. Répartition régional (%) des cas de rupture des tests de diagnostic rapide et de la MILDA	21
Fig 22. Evolution mensuelle (%) des traitements chez la femme enceinte et l'enfant de moins de cinq ans.....	22
Fig 23. Evolution mensuelle (%) des cas de rupture du test de diagnostic rapide et des MILDA	22
Fig 24. Répartition régional (%) des cas de surcoûts des tests de diagnostic rapide et de la MILDA	22
Fig 25. Répartition régionale (%) des cas de surcoûts des traitements des femmes enceintes et des enfants de moins cinq ans	22
Fig 26. Evolution mensuelle (%) des coûts appliqués à l'ouverture du dossier	23

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 régalienne 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.
- 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 ;

Contacts

Positive-Generation

BP : 8908 Yaoundé 14

Tél. : 237 222 23 88 60/ 242 03 63 27

Email : positive.generation@positive-generation.org

Site web : www.camerounaids.org

Résumé analytique

Au cours de cette année 2016, le Treatment Access Watch s'est régulièrement déployé sur 76 structures de prise en charge de l'infection à VIH (UPEC et CTA confondus). Ces structures réparties sur l'ensemble du territoire couvrent 66,3% par rapport à la file active nationale des personnes sous ARV. Pour ce qui est de la Tuberculose 74 centres de diagnostic et de traitements ont été observés tout au long de l'année ainsi que 40 formations sanitaires dans le cadre de la prise en charge du paludisme.

Des données collectées, il ressort que des difficultés subsistent dans la prise en charge de l'infection à VIH. En dépit de l'adhésion du pays à la stratégie 90-90-90 et du passage à la stratégie de la stratégie Test and Treat, 0,8% des CTA et UPEC ont connu des ruptures d'intrants pour le test de dépistage. 6,4% des formations sanitaires sous observation ont connu des épisodes de ruptures d'ARV, tandis que 12% d'entre elles ont été confrontées à une indisponibilité de Cotrimoxazole. Pour ce qui est du bilan d'orientation dans lequel on retrouve l'examen de CD4 préconisé en cas d'absence de compteur de charge virale, 29,6% des centres suivis ne disposent pas de compteurs fonctionnels. S'agissant de la charge virale spécifiquement, seulement 35,3% des centres de prise en charge la propose en première intention et dans 9,8% des cas elle est réalisée avec surcoûts.

En effet, comme les années précédentes, la pratique des surcoûts reste un sérieux goulot d'étranglement pour l'accès aux soins. Celle-ci porte entre autres sur la consultation dans 26,1% des cas, sur le bilan d'orientation dans 63,3% des centres de prise en charge et sur dépistage dans 30,5% des cas.

Relativement à la prise en charge de la tuberculose, l'observation a relevé que 37,4% des CDT suivis ont connu des ruptures du traitement préventif pour le personnel soignant. Dans le même sillage, 1,9% d'entre eux ont manqué de traitement antituberculeux et 5,6% des CDT suivis ont connu des ruptures des tests de dépistage systématique du VIH pour les patients tuberculeux. Par ailleurs, 24,6% des centres de diagnostic et traitement ont réalisé le test de diagnostic microscopique à plus de 1 000 FCFA tandis que 30,7% des centres ont pratiqué des surcoûts à la consultation.

Les données portant sur la lutte contre le Paludisme quant à elles démontrent que 13,4% des centres de santé suivis ont connu des ruptures des MILDA tandis 10,2% d'entre eux ont connu des ruptures du test de diagnostic rapide. Concernant les traitements chez la femme enceinte et l'enfant de moins de cinq ans, 7,7% des centres ont connu la rupture de traitement du paludisme dont, 7,3% pour le traitement de la forme simple et 8,1% du traitement de la forme grave.

Par ailleurs, 38,9% des formations sanitaires ont vendu les MILDA et 30,8% des formations sanitaires ont appliqué des coûts supplémentaires sur le test de diagnostic rapide. Dans le même sillage, les traitements du paludisme simple et grave chez l'enfant de moins de cinq ans ont respectivement connu des surcoûts de 22,7% et de 33,9%. Chez la femme enceinte, le paludisme simple a été traité avec des surcoûts dans 34,5% des cas et, 46,2% des formations sanitaires observées ont fait payé plus qu'il n'en faut pour traiter sa forme grave. Au vue de ces résultats, des efforts doivent être consentis par le pouvoir public et l'ensemble des parties prenantes de la santé en vue d'améliorer l'accès aux soins et traitements des patients. Les fruits des efforts ainsi faits devront avoir un impact significatif sur les communautés en générale et sur les plus vulnérables en particulier. La dynamique ainsi mise en place doit concourir à la démocratisation de l'accès aux soins de santé et à la couverture sanitaire universelle.

Les recommandations suscitées, si elles sont prises en compte, pourront booster l'élargissement de la couverture sanitaire universelle et contribuer à une utilisation rationnelle des ressources allouées par l'Etat, le Fonds Mondial et les autres partenaires.

Introduction

Selon le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS la couverture sanitaire universelle « *unifie les services et les fournit de façon intégrée et globale, sur la base des soins de santé primaires* ». Son but en matière de santé est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières.

Pour qu'une communauté ou un pays parvienne à la couverture universelle en matière de santé, plusieurs facteurs doivent être réunis, à savoir :

1. Un système de santé solide, efficace et bien géré qui réponde aux besoins de santé prioritaires au moyen de soins intégrés centrés sur les personnes (y compris des services spécialisés dans le VIH, la tuberculose, le paludisme, les maladies non transmissibles, la santé de la mère et de l'enfant):
 - en informant les gens et en les encourageant à rester en bonne santé et à prévenir les maladies;
 - en dépistant tôt les problèmes de santé;
 - en ayant les moyens de traiter les maladies;
 - en aidant les patients ayant besoin d'une réadaptation.
2. Des soins à un coût abordable ; un système de financement des services de santé qui évite aux usagers de rencontrer des difficultés financières lorsqu'ils y font appel.
3. L'accès aux médicaments et aux technologies essentiels pour diagnostiquer et traiter les problèmes médicaux.
4. Des effectifs suffisants de personnels de santé bien formés et motivés pour dispenser les services et répondre aux besoins des patients en se fondant sur les meilleures données factuelles disponibles.

La couverture universelle en matière de santé a un impact direct sur la santé de la population. L'accès aux services de santé permet aux gens d'être plus productifs et de contribuer plus activement au développement du pays. En même temps, la protection contre le risque financier évite d'acculer les gens à la pauvreté s'ils doivent payer les services de leur poche.

La couverture universelle est donc une composante essentielle du développement durable et de la lutte contre la pauvreté, et un élément clé de tout effort de réduction des inégalités sociales. Elle témoigne de l'engagement des pouvoirs publics à améliorer le bien-être des tous les citoyens.

C'est au vu ces effets bénéfiques que le gouvernement de la République du Cameroun s'est résolument engagé à la mettre en place, un groupe technique Couverture Sanitaire Universelle a à cet effet été créé et une ébauche de politique est déjà disponible. Toutefois tant que la politique définie ne sera pas implémentée, les populations en générale et les plus vulnérables en particulier éprouveront toujours des sérieuses difficultés pour accéder aux soins de santé de qualité. C'est le cas pour les patients VIH, tuberculeux et paludiques.

Ce rapport s'inscrit dans un contexte particulier marqué par une volonté manifeste d'arrimer le pays à la CSU, de nombreux changements dans le processus de prise en charge des patients VIH+ (notamment la prise en compte de la charge virale comme examen de référence, la création de nouvelles structures de prises en charge et le déploiement des Accompagnateurs psychosociaux et pédiatriques) et la volonté manifeste du Ministère de la santé d'atteindre la cible mondiale (90-90-90) en ce qui concerne le VIH/Sida.

Le présent rapport fait ainsi la synthèse des données collectées dans des formations sanitaire du territoire national sur l'état de l'accès aux soins et traitement des personnes touchées par soit le VIH/Sida, soit la Tuberculose ou le paludisme. Il y ressort également des recommandations adressées aux différents acteurs de la santé au Cameroun, sur la gestion

efficace et transparente des subventions du fond mondial et l'amélioration de l'accès aux soins.

Objectifs

Le TAW vise à dresser un état des lieux à des périodicités précises de la disponibilité et de l'accessibilité des soins et services de prise en charge du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme d'une part et d'autre part à mettre en avant la perception et le ressenti des bénéficiaires des prestations de santé dans le cadre de la riposte face à ces trois maladies.

De manière spécifique, le TAW a pour objectifs de:

- Faire la veille sanitaire dans le cadre de la prise en charge des personnes touchées par les pathologies que sont le VIH, la TB et le paludisme ;
- Collecter, analyser et diffuser des informations relatives à l'état de l'accès aux soins des populations ;
- Élaborer des propositions et recommandations permettant aux décideurs de prendre les mesures efficaces pour l'amélioration des conditions d'accès aux soins.

Méthodologie

La méthodologie développée s'appuie sur l'implication de toutes les parties prenantes et acteurs intervenant dans l'accès aux soins et aux traitements. Elle se décline de la façon suivante :

➤ **Type d'étude et cibles**

L'étude se fonde sur une observation permanente qualitative et quantitative, des indicateurs objectivement vérifiables de résultats du TAW. C'est donc une étude transversale qui a pour cibles les 80 formations sanitaires satellites choisis sur l'ensemble du territoire camerounais.

➤ **Couverture géographique**

La totalité des 10 régions du Cameroun a été couverte, de telle sorte qu'une synthèse des résultats obtenus puisse permettre aux décideurs d'avoir une vue à l'échelle globale, du niveau de réalisation des services et soins mis à la disposition de la population.

➤ **Echantillon**

Durant les douze mois de cette année 2016, le TAW s'est déployé dans les 10 régions et a couvert plusieurs formations sanitaires. Ainsi, pour ce qui est de la prise en charge du VIH/Sida, 76 centres de prise en charge (CTA/UPEC) ont été régulièrement couverts, représentant 66,3% de la file active nationale ; 74 Centres de diagnostics et de traitements de la tuberculose ; 44 formations sanitaires pour la prise en charge du paludisme.

➤ **Indicateurs observés**

Ces données ont été collectées et analysées sur la base des indicateurs objectifs, préalablement établies. Ces indicateurs sont :

- dans le domaine de la prise en charge du VIH/Sida :
 - L'état des ruptures (en médicaments, intrants pour les examens biologiques, test de dépistage). En dépit des changements survenus dans la prise en charge des patients VIH, notamment la prise en compte de la charge virale comme examen de référence, le Secrétariat du TAW a fait le choix pour le compte de l'année 2016 de continuer à suivre les données sur la disponibilité et l'accessibilité des bilans pré-thérapeutique, d'orientation, de suivi. Ceci s'explique par le fait que les centres pouvant effectuer l'examen de charge virale sont peu nombreux et que dans leurs pratiques, les prestataires de soins ont observé une période de transition durant laquelle l'ancien algorithme de prise en charge a continué à être appliqué.

- l'état des surcoûts pratiqués au niveau de la dispensation des services tels que les médicaments, les examens biologiques, les tests de dépistage, les consultations et l'ouverture du dossier médical.
- dans le domaine de la prise en charge de la tuberculose de :
 - L'état des ruptures (en médicaments, test de diagnostic rapide, test de dépistage du VIH) ;
 - l'état des surcoûts observés au niveau de la dispensation du test de diagnostic rapide, du test de dépistage du VIH et de la consultation.
- dans le domaine de prise en charge du paludisme de :
 - l'état des ruptures en médicaments, en test de diagnostic rapide et la disponibilité des MILDA.

➤ **Système de collecte des données**

Le système de collecte des données est basé sur les différents programmes du TAW. Les outils de collecte des données sont :

- Une grille d'observation/Programme Access Watch ;
- un questionnaire/programme sentinelle ;
- une fiche de témoignage/ Programme feed-back ;
- des fiches de suivi de causerie éducative/programme Citizenship.

Chapitre I. Répartition régionale des centres de prise en charge observés

I.1 Répartition des centres de prise en charge du VIH/Sida

Au cours de cette année 2016, les programmes du Treatment Acces Watch ont régulièrement couvert 76 centres de prise en charge (UPEC et CTA). Ce chiffre est en baisse par rapport à la fin de l'année 2015 (80 centres de prise en charge). De même, une moyenne de 52,3% des centres (CTA/UPEC) a été couverte par région durant cette même période d'observation. La couverture semestrielle du TAW représente une file active de 66,3% par rapport à la file active nationale soit un total de 78729 patients. Le tableau ci-dessous fait une répartition régionale de la couverture des centres, du nombre de patient et du pourcentage de la file active.

Tableau 1 : Répartition régionale de la couverture des centres, du nombre de patient et du pourcentage de la file active

	<i>Couverture régionale des centres (%)</i>	<i>Couverture nationale de la file active (%)</i>	<i>Nombre de patients par région</i>
Adamaoua	75	2,7	3 255
Centre	38	18,3	22 344
Est	60	3,9	4 799
Extrême-nord	58,3	3,3	3 793
Littoral	42,3	13,5	16 635
Nord	88,9	3,9	4 566
Nord-ouest	22,2	4,7	5 646
Ouest	50	8,3	10 163
Sud	63,6	2,8	3 482
Sud-ouest	25	4,9	4 046
	Moyenne : 52,3	Moyenne : 66,3	Total : 78 729

De l'analyse de ce tableau, il ressort que les 38% des formations sanitaires couvertes dans la région du Centre représentent 18.3% de la file active nationale soit 22344 patients. Dans le Littoral le TAW a suivi 42,3% des centres (CTA/UPEC), ce qui représente 13,5% de la file active nationale soit 16 635 patients. La région la moins couverte est le Sud-ouest avec 25% des centres de la région, 4,9% de la file active et 4 046 des patients.

I.2 Répartition des centres de prise en charge de la tuberculose

Le déploiement des programmes du TAW a permis la collecte des données de l'accès aux soins et traitements de la tuberculose dans 74 formations sanitaires repartis inégalement dans les 10 régions. Il s'agit en moyenne de 49,7%, soit 7 centres de diagnostic et de traitements par région.

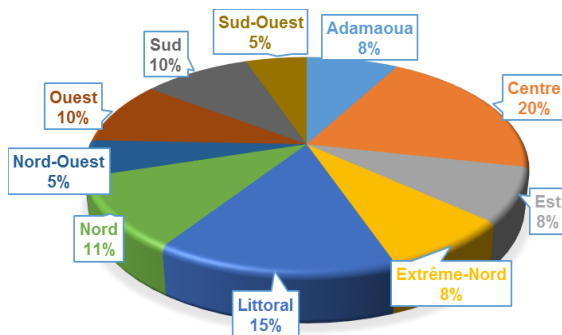


Fig. 1. Répartition régionale (%) des centres couverts

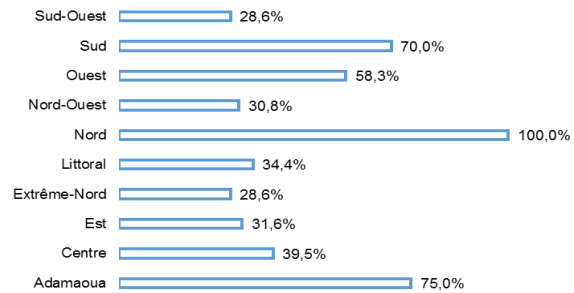


Fig. 2. Répartition régionale (%) des centres par rapport à l'effectif national

La figure 1 révèle que dans les 74 CDT couverts par le TAW, 20% sont au Centre et 15% dans le Littoral. Le Nord-ouest et le Sud-ouest viennent en dernier avec 5% des centres suivis. Par ailleurs, on remarque dans la figure 2 que le TAW a couvert tous les CDT de la région du Nord (100%). Les régions de l'Extrême-nord (28,6%), du Sud-ouest (28,6%) et le Nord-ouest (30,8%) restent les régions les moins couvertes.

I.3 Répartition des centres de prise en charge du Paludisme

Le TAW a régulièrement suivi 40 formations sanitaires réparties dans 8 régions du pays, pour une moyenne de 5 centres par région.

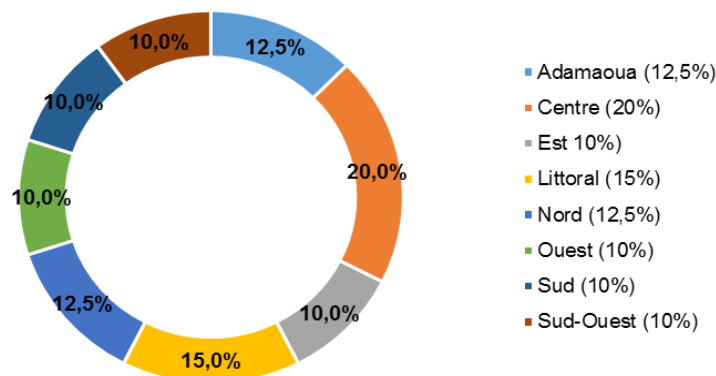


Fig. 3. Répartition régionale (%) des FOSA observées

Chapitre II. Etats de l'accès aux soins

II.1 Prise en charge du VIH/Sida

Cette section traite des difficultés liées à la disponibilité et à l'accessibilité aux services et aux traitements observés tout au long de l'année 2016. Sa première partie est consacrée à l'analyse de la situation des cas de ruptures et la seconde traite du respect des dispositions réglementaires en matière de coûts des services et traitement.

II.1.1 Analyse de la situation des ruptures

De manière générale, la rupture des traitements (Cotrimoxazole, ARV, Anti TB) a touché en moyenne 7,2% des centres (UPEC et CTA) mis sous observations. Les ruptures de Cotrimoxazole ont affecté 12,7% des formations sanitaires observées. Ce taux est en légère augmentation comparativement à celui de 2015 (12,2%). Les ruptures d'ARV par contre ont

touché 6,7% des centres. En comparaison avec l'année 2015, on note un accroissement de ce taux de l'ordre de 4,5%.

Pour ce qui est des examens biologiques (bilan d'orientation, bilan pré thérapeutique, bilan de suivi), 23,3% des centres ont connu des ruptures en 2016, il s'agit sensiblement du même pourcentage (23,5%) enregistré en 2015.

Durant le premier semestre 2016, 29,6% des centres ont connu des épisodes de ruptures de Bilan d'orientation (examen CD4). 21,4% des centres ont été affectés par des ruptures de Bilan suivi et 18,9% des centres ont connu des moments de manque d'intrants pour le Bilan Pré Thérapeutique ; 6,7% des unités de prise en charge ont également connu la rupture des tests de dépistage.

On peut noter que des cas de ruptures ont été observés de manière disproportionnée d'un trimestre à l'autre. C'est ce que révèlent les graphiques 4 et 5 ci-dessous.

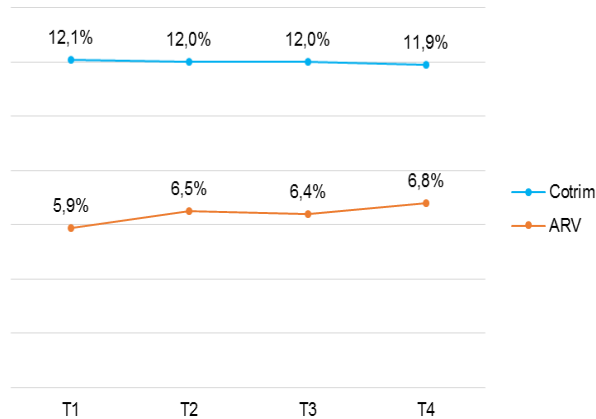


Fig 5. Variations annuelles (%) des ruptures des traitements

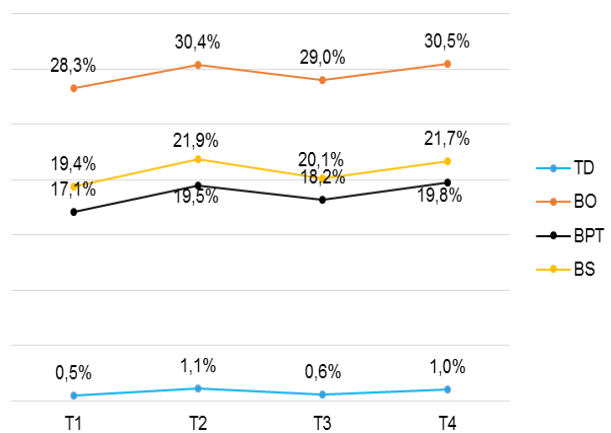


Fig 4. Variations annuelles (%) des ruptures des examens biologiques

Sur le graphique 4, on peut voir que des cas de rupture du Cotrimoxazole et des ARV ont été plus marqués au trimestre 1 (12,1%). Cependant, des cas de ruptures du Cotrimoxazole ont progressivement régressé jusqu'au trimestre 4 (11,9%). La courbe des ARV par contre décrit un pic des cas de rupture au trimestre 2 avec 6,5% des formations sanitaires observées affectées.

Pour ce qui est des examens biologiques, on observe des pics respectifs au trimestre 4 de 30,5%, 18,5% et de 21,7% pour le bilan d'orientation, le Bilan pré thérapeutique et le bilan de suivi. Puis, 8,1% des cas de rupture au cours du même trimestre pour le test de dépistage. Tous ces examens ont connu une évolution en dents de scies des cas de rupture durant l'année 2016. Si des cas de rupture ont varié d'un trimestre à l'autre, ils ont également varié d'une région à l'autre. La répartition de ces cas de rupture est faite dans les graphiques 6 et 7 ci-dessous.

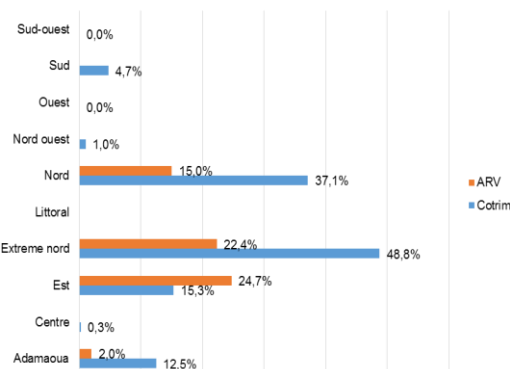


Fig 7. Répartition régionale (%) des ruptures des traitements

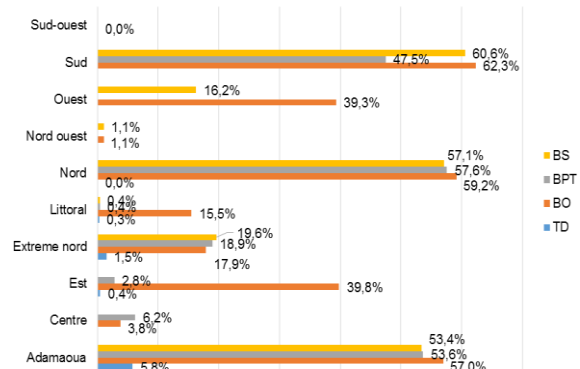


Fig 6. Répartition régionale (%) des ruptures des examens biologiques

Le graphique 6 indique que les ruptures du Cotrimoxazole ont le plus été observées dans les régions de l'Extrême-nord (48,8%), du Nord (37,1%) et de l'Est (15,3%). Pour ce qui est des ARV avec 24,7% la région de l'Est est la plus touchée. Elle est suivie de l'Extrême-nord (22,4%) et au Nord (15 %). Les régions du Sud-ouest et l'Ouest quant à elles n'ont pas connu de rupture de traitements.

La rupture des examens biologiques se fait le plus marquer au Sud avec 62,3% de rupture des Bilans d'orientation et 60,6% des Bilan de suivi ; au nord 59,2% des Bilans d'orientation et 57,1% des Bilans de suivi ; dans l'Adamaoua 57% des Bilans d'orientation et 53,4% des Bilans de suivi.

Les données font également ressortir le fait que ces trois régions ont le plus souffert des ruptures de bilan pré thérapeutique avec au Nord, 57,6% des formations sanitaires touchées, 53,6% dans l'Adamaoua et 47,5% au Sud.

Pour ce qui est du test de dépistage VIH, les taux les plus élevés de ruptures ont été enregistrés dans l'Adamaoua 5,8% et dans l'Extrême-nord 1,5%.

D'une manière générale, les cas de rupture des traitements ont plus été marqués dans les régions de l'Est, de l'Extrême-nord et du Nord. Par contre, pour ce qui est des examens de suivi biologique, les régions du Sud, du Nord, de l'Extrême-nord et l'Adamaoua ont été les plus affectées.

De l'accessibilité et de la disponibilité de la charge virale, il ressort qu'en date du 04 janvier 2016, la décision ministérielle N° 0002/MINSANTE/CAB/CNLS/GTC/SP établissait la charge virale comme examen de premier choix dans le suivi des personnes vivant avec le VIH/Sida au Cameroun. Cette décision est complétée par la N°1019/MINSANTE/CAB/CNLS/GTC du 24 mai 2016 qui fixe les coûts de cet examen. La lettre circulaire N°D35636/LC/MINSANTE/CAB/CNLS/SP du même jour, établi un plan d'enrôlement des

laboratoires pour la réalisation de l'examen de la charge virale. A cet effet, huit laboratoires ont été retenus dans six régions notamment : le Centre, le Nord, le Sud-ouest, le Nord-ouest, l'Ouest et le Littoral.

Du suivi de l'application de ces différents textes, il ressort que 35,3% des centres de prise en charge ne proposent pas encore en première intention. Dans ce registre, les centres de prise en charge de la région du Sud (62,5%), de l'Adamaoua (75%) et de l'Est (80,3%) ont préférentiellement proposé la charge virale en seconde intention. Ceci s'explique en grande partie par l'éloignement des centres agréés, l'absence de moyens de stockages des prélèvements et/ou de transport.

Par ailleurs dans 9,8% des cas, elle est réalisée avec des surcoûts compris en 5000 et 10000 FCFA.

II.1.2 Analyse de la situation des Surcoûts

La Décision ministérielle N° 0002 /MINSANTE/CAB/CNLS/GTC/CSP du 04 janvier 2016, fixant le paquet subvention des examens biologiques de suivi des personnes vivants avec le VIH/Sida sous ARV au Cameroun consacre les examens de charge virale et de numération lymphocytaire CD4 comme étant les examens biologiques de suivi subventionnés au Cameroun. Cette décision qui est complétée par celle du 24 mai 2016 fixant les prix subventionnés desdits examens abroge toutes dispositions antérieure an matière de coûts pour ces examens. De ces deux décisions, il ressort que le paquet subventionné des examens biologique de suivi des PVVIH sous ARV au Cameroun porte sur la charge virale et la numération lymphocytaire CD4 (anciennement contenu dans le bilan d'orientation). Ces examens sont accessibles pour des coûts respectifs de 5000 et 2500 FCFA.

Toutefois, compte tenu du fait que de nombreuses formations sanitaires sur toute l'étendue du territoire national appliquent l'ancien protocole, dans ce rapport, nous parlons encore des surcoûts pour certains examens de suivi biologique, à l'instar de ceux du bilan pré thérapeutique.

Dans 0,03% des formations sanitaires observées, le Cotrimoxazole a été vendu. Ce taux est en diminution comparativement à 2015 où il était de 1%. Par contre, des cas de surcoûts sur la consultation ont augmenté de 5,6%, passant de 20,5% en fin d'année 2015 à 26,1% en fin d'année 2016.

La pratique de surcoûts s'est également observée sur le dépistage (30,5% des structures suivies concernées) et les examens de suivi biologique avec 48,9% des cas, soit 12,8 points de pourcentage de moins qu'en fin d'année 2015 (61,7%). Dans la liste de ces examens, 45,5% des cas de surcoût du bilan d'orientation, 63,3% des cas de surcoût du bilan pré thérapeutique et 56,6% des cas de surcoût du bilan de suivi. En fin d'année 2015, ces chiffres étaient respectivement de 49,3%, 72,8% et 62,9%. Ces cas de surcoûts ont évolué différemment d'un trimestre à l'autre comme nous le fait remarquer les graphiques ci-dessous.

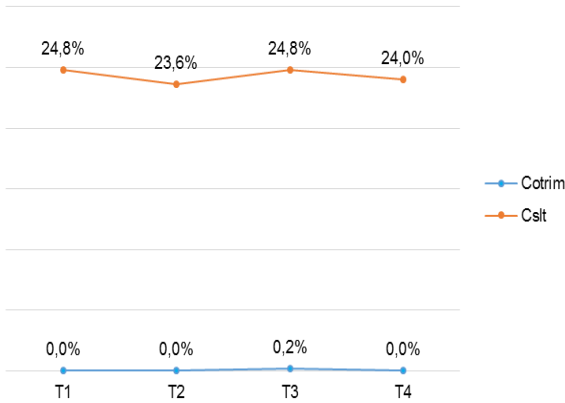


Fig 8. Evolution trimestrielle (%) des cas de surcoûts du Cotrim et de la Consultation

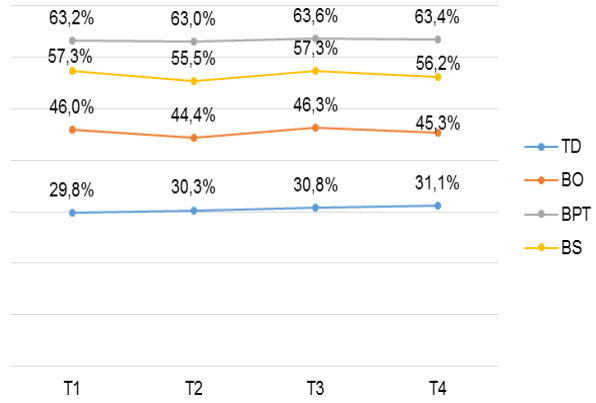


Fig 9. Evolution trimestrielle (%) des cas de surcoûts des examens

On remarque dans le graphique 8 que le Cotrimoxazole a été vendu seulement au trimestre 3. Par contre, la consultation présente une courbe qui évolue en dents de scie et dont le pic est observé au premier et troisième trimestre 2016 (24,8%).

Les courbes du graphique 9 ont de manière générale des faibles pentes. Ce qui justifie une constante apparente des cas des surcoûts des examens durant l'année dans les sites mis sous observation. On remarque cependant, des pics notamment au trimestre 3 pour le bilan d'orientation (46,3%) et le bilan pré thérapeutique (63,8%). Le bilan de suivi lui présente son pic aux trimestres 1 et 3 (57,3%).

Concernant le test de dépistage, on observe le pic de surcoûts au quatrième trimestre (31,1%).

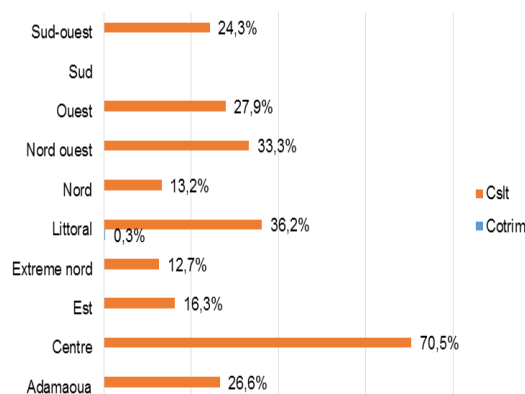


Fig 10. Répartition régionale (%) des cas de surcoûts du Cotrim et de la Consultation

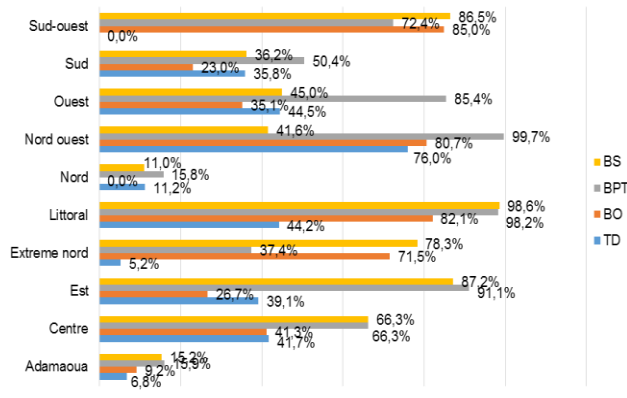


Fig 11. Répartition régionale (%) des cas de surcoûts des examens biologiques

La répartition régionale des cas de surcoûts (figure 10) montre que le Cotrimoxazole a été vendu seulement dans la région du Littoral (0,3% des cas). Par contre, les surcoûts appliqués à la consultation ont atteints 70,5% des formations sanitaires dans la région du Centre, 36,2% dans le Littoral et 33,3% dans le Nord-ouest.

La Figure 11 quant à elle met en avant la pratique des surcoûts appliqués à la dispensation du bilan d'orientation. Dans ce registre, il ressort que la région du Sud-ouest a été affectée dans 85% des cas, le Littoral dans 82,1% et le Nord-ouest dans 80,7%. En 2015, ces taux étaient de 76,4% pour le Littoral ; de 73,8% pour l'Extrême-nord ; de 72,5% pour le Sud.

L'observation a révélé que 99,7% des centres de prise en charge a exigé des surcoûts pour le bilan pré thérapeutique dans la région du Nord-ouest durant l'année 2016. Elle est suivie dans cette logique par le Littoral (98,2%) et l'Est (91,1%). Par rapport à la fin d'année 2015,

on peut noter que le Nord-ouest a ravie la vedette à la région du Sud qui comptait alors 99,5% des cas. Pour le bilan de suivi, on a observé 98,6% des cas de surcoûts dans le Littoral, 87,2% à l'Est; et 86,5% au Sud-ouest. Concernant le test de dépistage, on a enregistré 76% des cas de surcoûts dans le Nord-ouest et 44,5% à l'Ouest.

II.1.3 Analyse de la raison des difficultés observées

Trois raisons ont le plus souvent été évoquées pour justifier les ruptures et la pratique des surcoûts dans les formations sanitaires. Il s'agit de l'indisponibilité du compteur CD4, de la rupture des réactifs CD4 et de la rupture des réactifs du test de dépistage du VIH/Sida.

Ainsi, on a observé que 33,8% des centres ont connu l'indisponibilité du compteur CD4 ; 9,2% des centres ont connu la rupture des réactifs CD4 et 0,8% des centres ont connu la rupture des réactifs pour le test de dépistage du VIH/Sida.

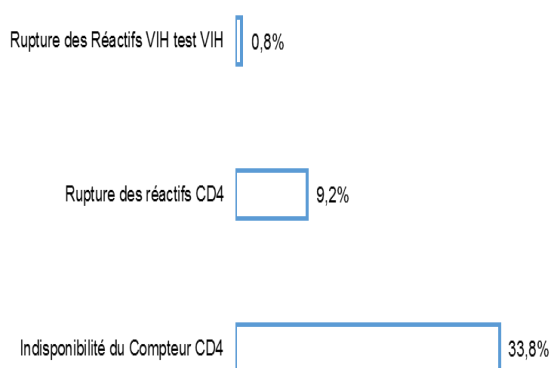


Fig 13. Représentation générale des raisons des difficultés

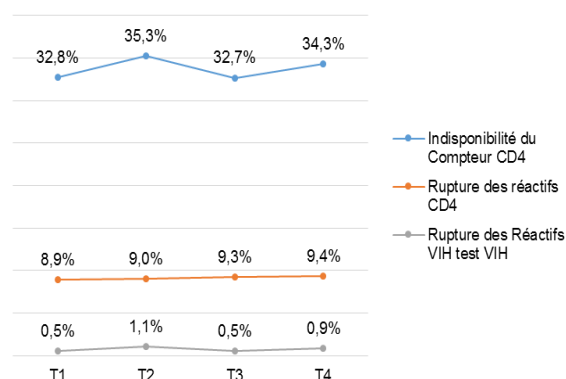


Fig 12. Evolution régionale (%) des raisons des difficultés

L'indisponibilité du compteur CD4, est la première raison relevée dans les centres de prise en charge. En effet, 80% de ces centres ne disposent pas toujours de compteurs CD4 et 20% ont des compteurs en panne.

La Figure 13 permet de relever que 35,3% des centres de santé sous observation ne dispose pas de compteurs de CD4 fonctionnels. Ce taux est en hausse de 1,6% au 2^{ème} trimestre. Au 3^{ème} trimestre, il est de 32,7% et remonte à 34,3% au 4^{ème} trimestre.

La rupture des réactifs CD4 a évolué en ligne droite de 8,9% de centres au 1^{er} trimestre à 9,4% au 4^{ème} trimestre. Quant à la rupture des réactifs du test de dépistage, on remarque un au trimestre 4 (0,9%).

II.2 Prise en charge de la tuberculose

Cette partie traite des difficultés liées à la prise en charge de la tuberculose dans les centres de diagnostic et de traitement. Elle met en avant la disponibilité et l'accessibilité des soins et traitements contre la Tuberculose.

II.2.1 Analyse de la situation des ruptures

Des données produites par le TAW en 2016, il ressort que le traitement préventif pour le personnel soignant demeure le principal maillon faible dans la prise en charge de la tuberculose. En effet, 37,4% des centres de diagnostic et de traitement ont connu des épisodes de ruptures pour ce type de traitement. En 2015, ce taux était de 41,3%.

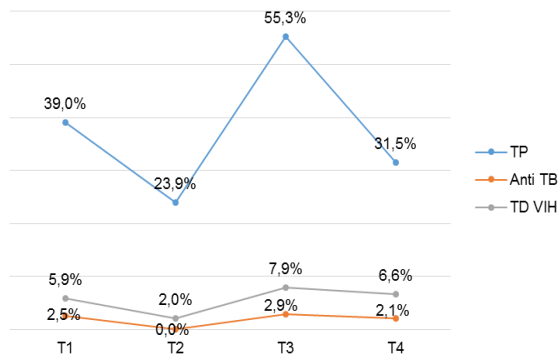


Fig 15. Evolution Trimestrielle (%) des ruptures des traitements et du test de dépistage VIH

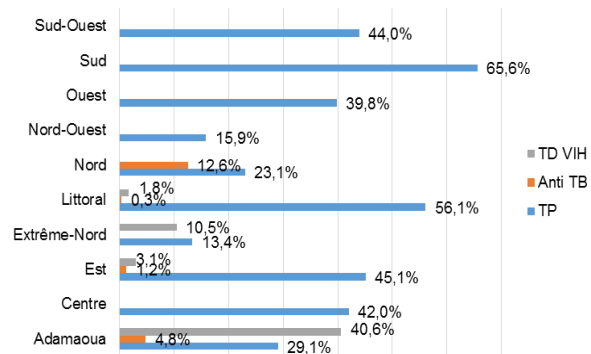


Fig 14. Répartition régionale (%) des cas de ruptures des traitements et du test de dépistage du VIH

Par ailleurs, 1,9% des centres de diagnostic et de traitement ont connu des épisodes de rupture de traitement antituberculeux. Ce taux est en augmentation de 0,7% par rapport à l'année 2015 (1,2%).

Le test de dépistage VIH systématiquement proposé aux patients tuberculeux. En cas de résultats positifs, les personnes dépistées sont orientées vers l'unité de prise en charge de la même formation sanitaire. En 2016 5,6% des CDT suivis ont connu des ruptures des tests de dépistage systématique. Ceci marque une dégradation de la situation comparativement à 2015 où ce taux était de 0,6%.

La figure 14 renseigne l'évolution des cas de ruptures des traitements préventif pour le personnel soignant et du test de dépistage VIH dans les centres de diagnostic et de traitement sous observation. De son analyse, il ressort que le trimestre 3 avec 55,3% est celui qui a le plus été affecté par les ruptures de traitement préventif. La situation des ruptures des traitements antituberculeux quant à elle montre une croissance des cas de rupture au trimestre 3 (2,9%). Au troisième trimestre que le test de dépistage du VIH/Sida à atteint a son pic de rupture avec 7,9% des formations sanitaires touchées

Le graphique 15, qui met en avant une répartition régionale des ruptures de traitement préventif pour le personnel soignant révèle que la région du Sud avec 65,6% des formations sanitaires observées, tient la tête de file. Elle est suivie par celle du Littoral (56,1%) et de l'Est (45,1%).

Pour ce qui est des antituberculeux, quatre régions sont concernées par des ruptures. Il s'agit du Nord (12,6%), de l'Adamaoua (4,8%), de l'Est (1,2%), et du Littoral (0,3%).

II.2.2 Analyse de la situation des Surcoûts

Durant l'année 2016, trois services ont été rendus avec des coûts supplémentaires. Il s'agit du test de diagnostic microscopique (TDm) communément appelé test de crachat, la consultation et le test de dépistage du VIH/Sida.

De manière générale, 24,6% des centres ont réalisé le test de diagnostic microscopique à plus de 1 000 FCFA. En 2015, ce chiffre était de 6,9%. On note donc une augmentation de 17,7%. Cette augmentation a également été observée pour la consultation. En effet, 24,6% des CDT ont appliqué des coûts supplémentaires pour ce service contre 22,8% en 2015. Le test de dépistage du VIH par contre a connu une amélioration de 2,7%, passant de 28,7% en fin d'année 2015 à 26% au premier semestre 2016.

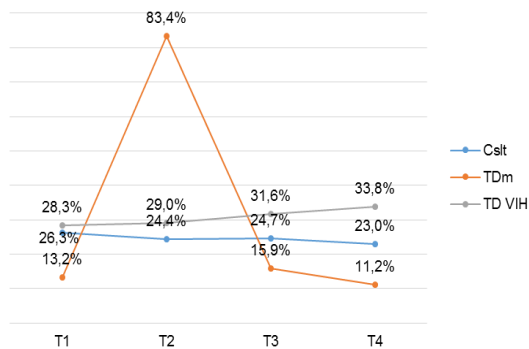


Fig 16. Evolution Trimestrielle (%) des cas de surcoûts (Cslt, TDm, TD VIH)

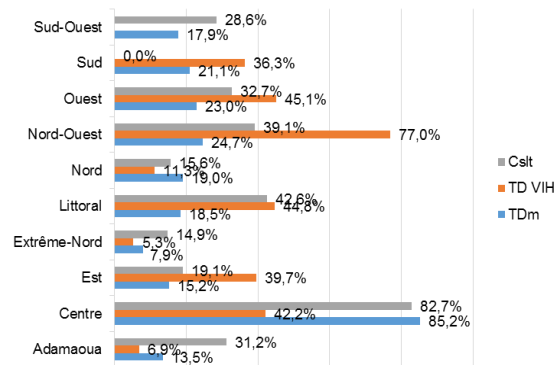


Fig 17. Répartition régionale (%) des cas de surcoûts (Cslt, TDm, TD VIH)

De la figure 16, il ressort, que la pratique des surcoûts sur le test de diagnostic microscopique a touché 83,4% des CDT au 2^{ème} trimestre de l'année 2016. Les courbes décrivant les cas de surcoûts du test de dépistage du VIH/Sida et de la consultation quant à elles montrent des allures relativement stables avec des pics respectifs de 33,8% au trimestre 4 (test de dépistage du VIH/Sida) et de 26,3% au trimestre 1 (consultation).

La figure 17 qui met en avant une répartition régionale de la pratique des surcoûts appliquée au test de diagnostic microscopique ressort que la région du Centre se distingue avec 85,2% des CDT ayant appliqué des surcoûts au test de diagnostic microscopique et 82,7% à la consultation. Le Nord-ouest par contre tient la tête de file pour ce qui est des coûts supplémentaires (77%) sur le test de dépistage du VIH/Sida.

II.3 Prise en charge du paludisme

Cette partie fait une analyse des difficultés observées dans la prise en charge du paludisme durant l'année 2016. Elle relève les ruptures des traitements d'une part, et les coûts supplémentaires appliqués à ces traitements d'autre part.

II.3.1 Analyse de la situation des ruptures

Cette section traite des cas de rupture du test de diagnostic rapide (TDr), des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) et des traitements (traitements du paludisme simple et grave chez la femme enceinte et l'enfant de moins de cinq ans).

On note dans l'ensemble que 13,4% et 10,2% des centres ont connu des ruptures respectives des MILDA et du test de diagnostic rapide. Ces chiffres se sont améliorés par rapport à la fin d'année 2015, puisqu'ils étaient de 18,1% pour la rupture des MILDA et de 12,2% des TDr.

Concernant les traitements chez la femme enceinte et l'enfant de moins de cinq ans, 7,7% des centres ont connu la rupture de traitement du paludisme (forme simple et grave) dont, 7,3% pour le traitement de la forme simple et 8,1% du traitement de la forme grave. Les graphiques ci-dessous montrent l'évolution mensuelle des cas de rupture durant les six premiers mois de cette année 2016.

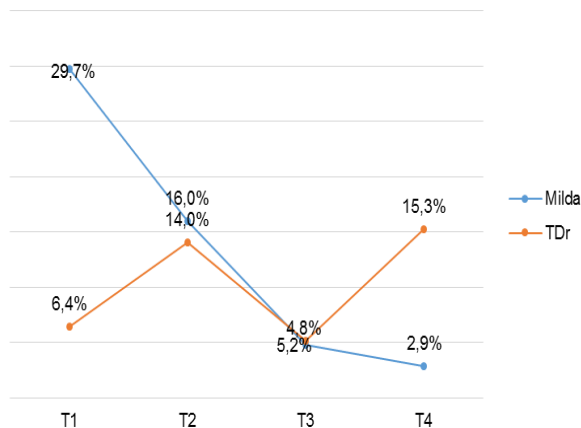


Fig 19. Evolution mensuelle (%) des cas de ruptures du test de diagnostic rapide et de la MILDA

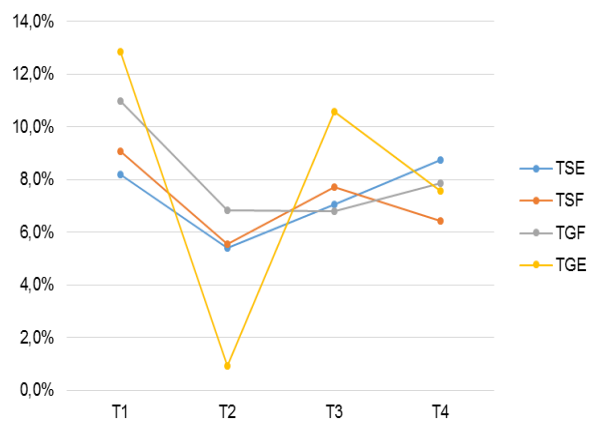


Fig 18. Evolution mensuelle (%) des cas de rupture des traitements

Dans le graphique 18, la courbe qui décrit la rupture des MILDA présente un pic de 29,7% au trimestre 1. Par contre, celle qui décrit les ruptures des tests de diagnostics rapides, avec une allure en dents de scie, montrent deux pics au trimestre 2 (14%) et au trimestre 4 (15,3%).

A l'observation du graphique 19, on constate que le taux des cas de rupture du traitement du paludisme grave chez l'enfant de moins de 5 ans est de 12,9% au trimestre 1 ; puis, chute à 0,9% au trimestre 2 et remonte à 10,6% au trimestre 3.

Pour ce qui est du paludisme simple chez l'enfant de moins de cinq ans, le plus grand nombre de cas de ruptures a été enregistré au trimestre 4 (8,7%).

Des cas de rupture des traitements du paludisme simple (9,1%) et grave (11%) chez la femme enceinte ont été observés au trimestre 1.

Au niveau régional, on remarque que le Sud avec 34,9% des cas, est la région la plus touchée par la rupture des MILDA. Elle est suivie du Sud-ouest (20,4%) et de l'Adamaoua (17,5%). Le test de diagnostic rapide a le plus connu de rupture dans le Sud-ouest (18,4%) et l'Adamaoua (16,6%).

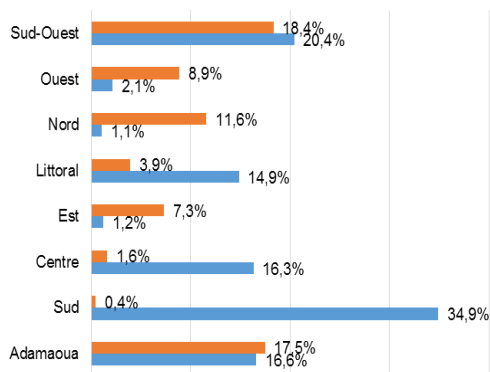


Fig 21. Répartition régional (%) des cas de rupture des tests de diagnostic rapide et de la MILDA

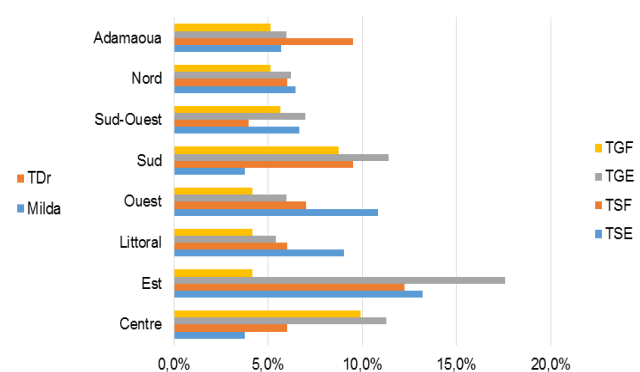


Fig 20. Répartition régionale (%) des cas de rupture des traitements des femmes enceintes et des enfants de moins cinq ans

Dans le graphique 21, il ressort que 12,6% des cas de ruptures ont été observés à l'Est pour du traitement du paludisme grave chez l'enfant de moins de cinq ans.

Pour le traitement du paludisme simple chez l'enfant de moins de cinq ans, l'Est (13,2%) suivi de l'Ouest (10,8%) ont connu des ruptures.

Chez les femmes enceintes, les cas de ruptures du traitement de paludisme grave ont été observés dans la région du Centre 9,9%, suivie de celle Sud (8,7%). Le paludisme simple quant à lui a connu des ruptures de traitement à l'Est (17,6%), au Sud (9,5%) et dans l'Adamaoua (9,5%).

II.3.2 Analyse de la situation des Surcoûts

La pratique des surcoûts est l'un des principaux freins auxquels font face de nombreux patients dans des formations sanitaires.

Ainsi, 38,9% des formations sanitaires ont vendu les MILDA au lieu de les distribuer gratuitement contre 40,7% en 2015. 30,8% des formations sanitaires ont appliqué des coûts supplémentaires sur le test de diagnostic rapide en 2016, soit 4,4% de moins qu'en fin d'année 2015 (35,2%).

Les traitements du paludisme simple et grave chez l'enfant de moins de cinq ans ont respectivement connu des surcoûts de 22,7% et de 33,9%. On note que ces surcoûts ont connu une amélioration par rapport à l'année 2015 où on a observé 23,3% des cas pour le paludisme simple et 34,5% des cas pour le paludisme grave.

Le paludisme simple chez la femme enceinte a été traité dans 34,5% des cas avec des surcoûts soit 0,4% de plus qu'en 2015. Pour ce qui est du paludisme grave, 46,2% des femmes enceintes ont payé plus qu'il n'en faut, contrairement à 47,7% en 2015. Ces cas de ruptures ont évolué différemment d'un trimestre à l'autre comme nous le montre les graphiques ci-dessous.

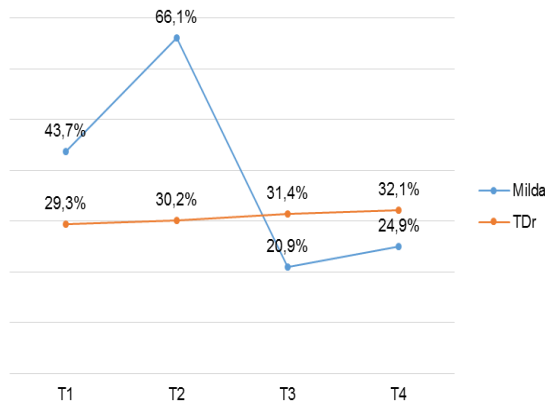


Fig 23. Evolution mensuelle (%) des cas de ruptures du test de diagnostic rapide et des MILDA

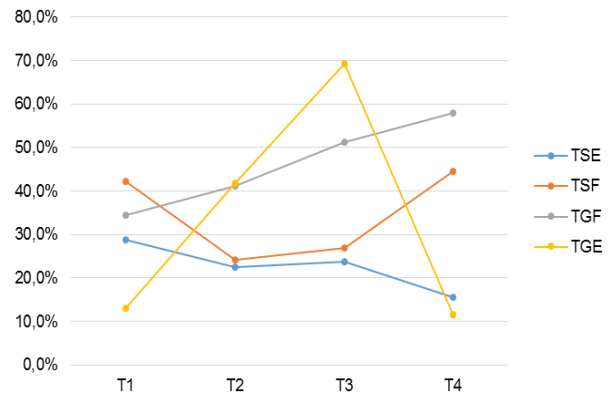


Fig 22. Evolution mensuelle (%) des traitements chez la femme enceinte et l'enfant de moins de cinq ans

La Figure 22 fait ressortir une évolution croissante des cas de vente des MILDA du trimestre 1 (43,7%) au trimestre 2 (66,1%). La courbe qui décrit les surcoûts du traitement du paludisme grave chez la femme enceinte quant à elle est croissante du trimestre 1 (34,4%) au trimestre 4 (57,9%). le traitement du paludisme simple chez la femme enceinte, a connu son taux le plus élevé au trimestre 4(44,4%) et au trimestre 1 (42,3%). Pour ce qui est du traitement des enfants de moins de cinq ans, on a enregistré un pic de surcoût au trimestre 1 (28,7%), la courbe a par la suite décru jusqu'au trimestre 4 jusqu'à 15,7%.

Les figures 24 et 25 ci-dessous présentent la répartition régionale des cas de surcoûts des traitements chez la femme enceinte et les enfants de moins de cinq mois.

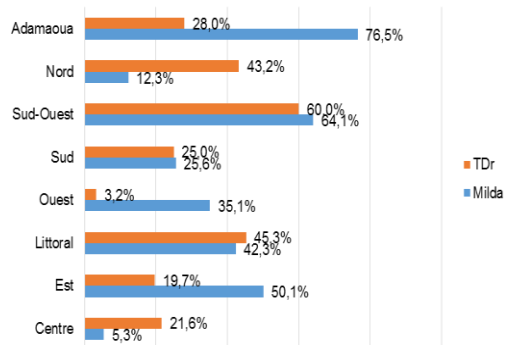


Fig 25. Répartition régional (%) des cas de surcoûts des tests de diagnostic rapide et de la MILDA

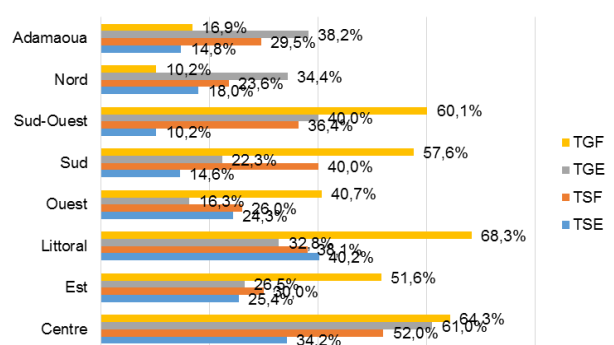


Fig 24. Répartition régionale (%) des cas de surcoûts des traitements des femmes enceintes et des enfants de moins cinq ans

Il ressort de la figure 24 que 76,5% des centres des formations dans l'Adamaoua ont vendu les MILDA durant toute la période d'observation Elle est suivie du Sud-ouest (64,1%) et le Littoral (50,1%). Pour ce qui la pratique des surcoûts du test de diagnostic rapide, le Sud-ouest, arrive en première place avec 60% des cas enregistrés, devant le Littoral (45,3%) et le Nord (43,2%).

Les histogrammes contenus dans la figure 25 démontrent que 68,3% des centres dans la région du Littoral ont pratiqué des surcoûts pour le traitement du paludisme grave chez la femme enceinte. ; suit la région Centre (64,3%) et celle du Sud-ouest (60,1%). Pour ce qui est du paludisme simple chez la femme enceinte, la région Centre enregistre un taux de 52% ; suivie par le Sud 40% et le Littoral 38,1% des cas de surcoûts.

Pour le traitement du paludisme grave chez l'enfant de moins de cinq ans, les pourcentages les plus élevés des surcoûts ont été observés dans la région du Centre 61% ; et du Sud-ouest 40%. Le traitement de la forme simple du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans, a quant à lui été dispensé avec des coûts supplémentaires dans la région du Littoral (40,2%) et du Centre (34,2%).

II.4. Ouverture du dossier

L'ouverture du dossier est l'acte par lequel un patient est enregistré dans une formation sanitaire. Le dossier médical permet un suivi particulier dudit patient. L'observation révèle que cet acte est également un véritable frein à la prise en charge des patients dans différents services de prise en charge.

On note que, des coûts appliqués à l'ouverture du dossier varient de 1 à 6 000 FCFA. 14,7% des centres ont appliqués des coûts compris entre 1 et 500 FCFA. 26,2% des centres de prise en charge ont exigés des coûts donc la somme est comprise entre 501 FCFA et 1 000 FCFA et, 44,1% ont fait payer des coûts de moins de 6 000 FCFA.

Le pourcentage des centres sur les surcoûts de l'ouverture du dossier, a connu une baisse de 3,9% par rapport à la fin de l'année 2015 (48%).

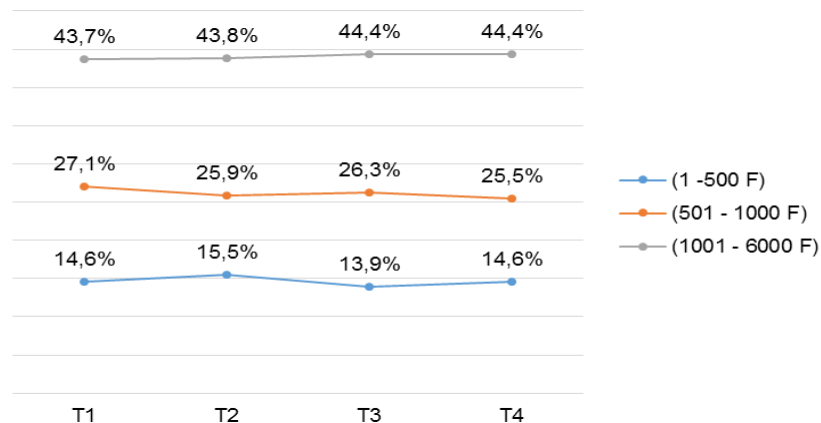


Fig 26. Evolution trimestrielle (%) des coûts appliqués à l'ouverture du dossier

Les courbes du graphique ci-dessus montrent une allure générale relativement constante, traduisant ainsi, une faible variation des coûts appliqués par les formations sanitaires dans le temps.

On observe cependant pic de 15,5% au trimestre 2 pour des sommes inférieurs ou égales à 500 FCFA, et on remarque également que le pourcentage des centres n'a plus varié entre les trimestres 3 et 4 (44,4%) pour des centres qui ont appliqués des coûts supérieurs à 1 000 FCFA.

Chapitre III. Actions entreprises

Au-delà de son rôle de thermomètre, le TAW se veut également un thermostat capable de prendre la température et de la réguler. Face aux dysfonctionnements observés, des actions de plaidoyer et de communication ont été entreprises afin d'adresser les manquements relevés. Ces actions ont permis d'interpeller tous les détenteurs d'enjeux afin que ces derniers s'engagent à apporter des solutions aux problèmes rapportés et œuvrent pour de meilleures conditions d'accès aux soins des patients.

III.1 Actions de plaidoyer

- Rédaction des lettres de dénonciation des manquements (CNLS, CCM) ;
- organisation des rencontres d'échanges avec les décideurs (ONUSIDA, CNLS, CCM) ;
- appels téléphoniques (CNLS, GTR, UPEC/CTA) ;
- organisation des entretiens avec les personnels des formations sanitaires ;
- interpellation des acteurs associatifs pour dénoncer les manquements observés.

De manière spécifique :

- 52 Synthèses des rapports sentinelles envoyées à raison de 1 par semaine, avec 961 accusés de réception ;
- 12 courriers de plaidoyer ont été adressés à divers détenteurs d'enjeux au niveau national et local
- 18 Entretiens ont été menés avec les personnels des formations sanitaires
- 06 Entretiens avec les Coordonnateurs des Groupes Techniques Régionaux (GTR)

III.2. 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 un mailling list qui compte 2228 adresses et contenant des décideurs majeurs 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 ;

Résultats :

- 52 rapports sentinelles diffusés hebdomadairement auprès de 496 cibles avec une moyenne de 5 feedbacks par mois ;
- 52 newsletters hebdomadairement diffusées auprès de 2228 récepteurs avec une moyenne de 8 feedbacks par mois ;
- 5 communiqués de presse diffusés.

III.3. Recommandations

Malgré les nouvelles orientations et l'important apport financier et technique des bailleurs de fonds, tout au long de l'année 2016, les patients ont été confrontés à des difficultés liées à l'accessibilité et à la disponibilité des soins et traitements durant cette année 2016. Et si des cas de ruptures pour ce qui est de la prise en charge du VIH/Sida tendent à diminuer, les cas de surcoûts restent constants. Des actions fortes doivent donc être mises en place dans le but de résorber ces difficultés.

Le présent rapport formule des recommandations qui pourraient à l'amélioration de l'accès aux soins de santé.

III.3.1. 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 ;
- les pouvoirs publics doivent prendre en compte les recommandations issues du dispositif indépendant pour le suivi et la veille permanente au respect des textes qui régissent l'accès aux soins ;
- les responsables des formations sanitaires doivent veiller à la maintenance et au fonctionnement des appareils mis à leur disposition ;
- 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) ;
- promouvoir les partenariats hôpital-hôpital, ou hôpital-laboratoire qui permettent aux patients de réaliser leur examen malgré l'indisponibilité des compteurs CD4 ;
- les pouvoirs publics doivent prendre les mesures qui s'imposent 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 ;
- les pouvoirs publics doivent faciliter l'accès aux textes régissant l'accès aux soins et services (VIH/Sida, Tuberculose et paludisme).

III.3.2. En rapport avec les ruptures des ARV

- Des mesures spéciales doivent être prises pour les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, et du Sud-ouest pour 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).

III.3.3 Relativement aux coûts supplémentaires

- Identifier et sanctionner les personnels responsables de ces pratiques ;
- la CONAC 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 racketts et coûts supplémentaires.

IV.3.4. 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, de la tuberculose chez le personnel soignant particulièrement dans la région du Nord.

IV.3.5. Au sujet des frais d'ouverture de dossier exigés aux patients

- La gratuité de l'ouverture du dossier doit être encadrée par un texte comme tous les autres services de la prise en charge.

Conclusion

2016 aura été une année charnière pour la lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun. Elle marque résolument un changement significatif au niveau de la prise en charge de cette infection à travers le passage à l'option test and treat et la prise en compte de l'examen de charge virale dans le paquet des examens biologiques de suivi des personnes vivants avec le VIH/Sida sous ARV au Cameroun.

Comme les années précédentes, le TAW s'est évertué à faire le suivi de la disponibilité et de l'accessibilité des soins et services VIH, tuberculose et paludisme sur un échantillon représentatif de formations sanitaires. Des observations, il ressort que des efforts restent à faire notamment au niveau du respect des dispositions réglementaires en matière de couts des examens, des traitements et des services.

Ceci est un impératif dans la mesure où les personnes souffrant de ces pathologies sont pour la plupart vulnérables sur le plan sanitaire, social et financier. L'indisponibilité des soins et services de santé et la pratique des surcouts pour leurs dispensations les amènent à dépenser plus qu'il n'en faut pour accéder aux soins de santé. Cet état de fait ne concoure pas à la couverture sanitaire universelle, option dans laquelle s'est résolument engagé le gouvernement de la république. Il convient donc pour l'ensemble des acteurs et détenteurs d'enjeux en matière de santé d'œuvrer de manière synergique pour afin de lutter contre les dysfonctionnements observés et d'y apporter des réponses appropriées