



# CASSEZ LES PRIX

## Rompre avec les surcoûts

ÉTAT DE L'ACCÈS AUX SOINS DES PVVIH AU CAMEROUN

RAPPORT ANNUEL **2014**



**TAW/PS2014**

Copyright © 2014

**Treatment Access Watch (TAW)**

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 : TAW-CAMEROUN + année. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction - à des fins de vente ou de diffusion non commercial - doivent être adressées à l'unité de production, par courriel, à : [tawcameroun@gmail.com](mailto:tawcameroun@gmail.com)

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

Le TAW ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est 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.....	iii
Listes des sigles et abréviations .....	iv
Liste des graphiques .....	v
Liste des tableaux.....	v
Remerciements.....	vi
Contacts .....	vi
Résumé analytique .....	vi
Analyse de l'Etat d'accès aux soins .....	viii
Prise en charge du VIH/Sida.....	viii
Prise en charge de la tuberculose .....	ix
Prise en charge du paludisme.....	ix
Recommandations .....	x
Introduction.....	1
I. Méthodologie .....	2
I.1. Type et cible de l'étude .....	2
I.2. Couverture Géographique .....	2
I.3. Echantillon .....	2
I.4. Système de collecte des données .....	2
II. Etats de l'accès aux soins.....	3
Partie I. Prise en charge du VIH/Sida .....	4
I.1. Répartition régionale des centres (CTA/UPEC) observés .....	4
I.2. Analyse de l'état d'accès aux soins .....	5
II.2.2 Analyse de la situation des surcoûts .....	6
II.2.3 Raisons des difficultés observées .....	8
II.2.4 Ouverture du dossier .....	9
Partie II. Prise en charge de la Tuberculose .....	10
II.1 Répartition régionale des centres (CTA/UPEC) observés .....	10
II.2 Analyse de l'état d'accès aux soins .....	10
II.2.1. Analyse de la situation des ruptures .....	10
II.2.2 Analyse de la situation des surcoûts .....	11
II.2.3 Ouverture du dossier .....	11
Partie III. Prise en charge du paludisme.....	12
III.1 Répartition régionale des centres observés .....	12
III.2 Analyse de l'Etat d'accès aux soins .....	12
III.2.1. Analyse de la situation des ruptures .....	12
III.2.2 Analyse de la situation des surcoûts .....	13
III. Actions entreprises.....	15
III.1 Actions de plaidoyer .....	16
III.2. Actions de communication .....	16
IV. Recommandations .....	17
IV.1 En réponse à la généralisation de la hausse des coûts des soins.....	17
IV.2 En rapport avec les ruptures des ARV.....	17
IV.3 Relativement aux coûts supplémentaires .....	17
IV.4 Au sujet du traitement préventif .....	17
IV.5 Au sujet des frais d'ouverture de dossier exigés aux patients.....	17
Conclusion .....	19
Annexes.....	20

# Listes des sigles et abréviations

<b>ARV :</b>	Antirétroviral
<b>BO :</b>	Bilan d'orientation
<b>BPT :</b>	Bilan pré thérapeutique
<b>BS :</b>	Bilan de suivi
<b>CDT :</b>	Centre de Diagnostic et de Traitement
<b>CNLS :</b>	Comité National de Lutte contre le Sida
<b>CTA :</b>	Centre de Traitement Agrée
<b>Cslt</b>	Consultation
<b>IOV :</b>	Indicateur Objectivement Vérifiable
<b>MILDA :</b>	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
<b>OD :</b>	Ouverture de Dossier
<b>TAW :</b>	Treatment Access Watch
<b>TD</b>	Test de Dépistage
<b>UPEC:</b>	Unité de Prise en Charge
<b>VIH:</b>	Virus de l'Immuno déficience Humaine

# Liste des graphiques

Graphique 1. Répartition régionale (%) des CTA/UPEC couverts .....	4
Graphique 2. Répartition régionale des CTA/UPEC (%) par rapport de la file active .....	4
Graphique 3. Variation annuelle des ruptures (TD et Bilans biologiques).....	5
Graphique 4. Variation annuelle des ruptures (Médicaments) .....	5
Graphique 5. Représentation régionale (%) des ruptures (TD et Bilans biologiques).....	6
Graphique 6. Représentation régionale (%) des ruptures (Médicaments) .....	6
Graphique 7. Variation annuelle des surcoûts (examens biologiques).....	7
Graphique 8. Variation annuelle des surcoûts (TD, Cslt et Cotrim).....	7
Graphique 9. Représentation régionale (%) des surcoûts (Bilans biologiques) .....	7
Graphique 10. Représentation régionale (%) des surcoûts (TD, Cslt et Cotrim) .....	7
Graphique 11. Répartition annuelle des raisons des difficultés.....	8
Graphique 12. Variation annuelle des coûts exigés pour l'ouverture du dossier .....	9
Graphique 13. Répartition régionale des CDT couverts.....	10
Graphique 14. Répartition régionale (%) des CDT couverts.....	10
Graphique 15. Répartition annuelle (%) des cas de rupture des tests et traitements.....	10
Graphique 16. Répartition régionale (%) des cas de rupture des traitements.....	10
Graphique 17. Répartition annuelle (%) des cas de Surcoûts.....	11
Graphique 18. Répartition régionale (%) des cas de Surcoûts.....	11
Graphique 19. Représentation annuelle (%) des coûts exigés à l'ouverture du dossier .....	11
Graphique 20. Répartition régionale (%) des centres couverts .....	12
Graphique 21. Répartition annuelle (%) des cas de rupture (test, traitements et MILDA).....	12
Graphique 22. Représentation régionale des cas de rupture (traitements).....	13
Graphique 23. Représentation régionale des cas de rupture (TD r et MILDA) .....	13
Graphique 24. Répartition annuelle (%) des cas de Surcoûts.....	13
Graphique 25. Représentation régionale des cas de Surcoûts (traitements).....	14
Graphique 26. Répartition régionale (%) des cas de Surcoûts (TDr, MILDA et Cslt) .....	14

# Liste des tableaux

Tableau 1. Répartition du nombre de Centres et de la file active couverts en fonction du nombre respectif dans les régions .....	4
Tableau 2. Représentation (%) régionale des raisons des difficultés observées .....	8
Tableau 3. Représentation (%) régionale des coûts exigés à l'ouverture du dossier .....	9

# Remerciements

Ce rapport est le résultat d'un important travail de veille dans lequel plusieurs personnes physiques et morales ont apporté leur contribution. Nous tenons à leur témoigner toute notre gratitude.

Nous remercions :

Toutes les personnes intervenant comme sentinelles ou observateurs dans les différentes formations sanitaires, pour leur disponibilité et surtout pour l'engagement qu'ils ont eu à remonter les informations ;

Le personnel soignant et responsable des CTA/UPEC qui, par différents moyens, de manière directe ou indirecte, ont contribué à l'enrichissement des données collectées ;

Les partenaires techniques pour leur soutien multiforme

## Résumé analytique

La présente note reprend de manière synthétique l'analyse des données de l'accès aux soins et services de santé, relatives aux trois grandes pandémies (VIH/Tuberculose/Paludisme), collectées durant l'année 2014. elle met en exergue les principaux résultats issus de la collecte et l'analyse des données relatives au suivi au suivi de la prise en charge des patients VIH, tuberculeux et paludique dans 78 formations sanitaires. Cette note ressort également des recommandations et pouvant contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins des patients souffrant du VIH/Sida, de la tuberculose et du paludisme.

### *Methodologie*

La méthodologie d'intervention est participative et inclusive. Elle s'efforce d'impliquer, à tous les niveaux, les différentes parties prenantes de l'offre des soins de santé. De manière pratique, elle repose sur une observation permanente, qualitative et quantitative d'indicateurs préalablement définis. Placée dans une perspective de revue périodique des IOV des résultats du TAW, tout au long de l'année écoulée, 78 formations sanitaires réparties sur l'ensemble des dix régions du pays ont été suivies.

# Analyse de l'Etat d'accès aux soins

## Prise en charge du VIH/Sida

### Répartition des centres observés

Par rapport à l'année 2013 (56 centres), le TAW a régulièrement couvert 78 formations sanitaires (CTA/UPEC) réparties sur l'ensemble des 10 régions soit un taux de couverture de 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. La région la mieux couverte est celle du Centre avec 23,1% des FOSA suivies pour 20,3% de la file active.

### Etats des ruptures

**Médicaments** : Dans l'ensemble, la rupture du traitement a touché 18,1% des centres de prise en charge observés. De manière désagrégée, ces ruptures de médicaments ont porté sur les ARV (18,8% des cas), le Cotrimoxazole (34,9% des cas) et le traitement antituberculeux (0,5% des cas). Lorsqu'on compare à l'année dernière (33,3%), la disponibilité des ARV a connu une amélioration de 14,5%. Il en est de même pour celle du traitement antituberculeux (2%). L'on note toutefois une régression de la disponibilité du Cotrimoxazole où l'on a noté une inflexion de 14,3 points comparativement à 2013.

**Examens biologiques** : Concernant les examens biologiques (bilan d'orientation, bilan pré thérapeutique, bilan de suivi), 63,1% des centres ont été touchés par des ruptures (contre 27,7% l'année dernière, soit une dégradation de 35,4%). De manière spécifique, le bilan d'orientation a régulièrement manqué dans 23,9% des centres, le bilan de suivi dans 23,7% des cas enfin le bilan pré thérapeutique dans 15,5% des FOSA observées.

**Test de dépistage** : 0,8% des centres a régulièrement manqué du test de dépistage. Par rapport à l'année dernière (4,7%), la disponibilité de ce test a connu une amélioration de 3,9 points de pourcentage.

### Etats des surcoûts

**Médicaments** : 4,5% des centres ont vendu le Cotrimoxazole. La tendance à la vente de ce médicament est en régression par rapport à l'année 2013 qui avait enregistré 7,3% des cas.

**Examens biologiques** : Davantage de (67,9%) des centres ont exigé des coûts supplémentaires pour la réalisation des examens biologiques que l'année précédente (40,3%) : 60,8% (bilan d'orientation) ; 70% (bilan pré thérapeutique) et 73% (bilan de suivi).

**Test de dépistage** : Le Test de dépistage a régulièrement été réalisé à plus de 500 FCFA (dans 40,3% des centres) que l'année dernière (40,7%).

**Consultation** : 16,7% des centres ont exigé plus de 600 FCFA pour la consultation.

### Raisons des difficultés observées

Les principales raisons qui ont été évoquées pour justifier les difficultés d'accès aux examens biologiques sont :

- Indisponibilité du Compteur CD4 (72,7%) ;
- Ruptures des réactifs CD4 (11,9%) ;
- Incompatibilité des réactifs avec le Compteur CD4 (1,9%) ;
- Ruptures de réactifs VIH (0,6%) ;
- Absence du personnel qualifié (0,1%).

### Ouverture du dossier

En fonction des sommes exigées, les centres (ayant pratiqué des surcoûts) se regroupent selon les tranches de surcoûts ci-dessous :

- 1 - 500 F : 6,6% ;
- 501 - 1000 F : 38% ;
- 1001 - 5000 F : 55,5%.



## Prise en charge de la tuberculose

### Répartition des centres (CDT) observés

Le TAW a régulièrement couvert 78 formations sanitaires durant l'année 2014. Parmi ces formations sanitaires, 74 disposent d'un CDT et ainsi offrent une prise en charge de la tuberculose. Les 4 autres, disposant pas d'un centre de diagnostic et de traitement, n'offrent pas cette prise en charge.

### Etats des ruptures

**Médicaments** : 0,6% des CDT ont régulièrement manqué le traitement antituberculeux. 28% des CDT ont connu des cas de rupture du traitement préventif (TP). Enfin, 8,3% de ces centres ont manqué de traitement de la tuberculose multirésistante (MDR).

**Test de diagnostic rapide** : Aucun cas de rupture n'a été observé.

**Test de dépistage VIH** : Aucun cas de rupture n'a été observé.

### Etats des surcoûts

**Test de diagnostic rapide** : 4,9% des cas de coûts supplémentaires ont été payés par des patients pour le test de diagnostic rapide.

**Test de dépistage VIH** : Dans l'ensemble, 18,3% des formations sanitaires ont exigé des coûts pour la réalisation du test de dépistage VIH, pour des patients souffrant de la tuberculose.

**Consultation** : Des surcoûts ont régulièrement été observés dans 14,2% des cas pour la consultation.

## Prise en charge du paludisme

### Répartition des centres observés

Les données ont été collectées dans 34 centres, réparties dans 8 régions. Il s'agit de : l'Adamaoua, le Centre, l'Est, le Littoral, le Nord, l'Ouest, le Sud et le Sud-Ouest. Le graphique suivant ressort la répartition des formations sanitaires visitées en fonction des régions.

### Etats des ruptures

**Médicaments** : 7% des formations sanitaires ont régulièrement manqué de traitement contre le paludisme simple chez la femme enceinte. On a également noté des cas de ruptures des médicaments contre le paludisme simple chez l'enfant (5,6%), ainsi que du paludisme grave chez la femme enceinte et chez l'enfant (5,4%).

**Test de diagnostic rapide** : 4,1% des formations sanitaires suivies ont connu des ruptures du test de diagnostic rapide.

**Disponibilité de la Moustiquaire** : 6,8% centres ont manqué de moustiquaires imprégnées de longue durée.

# Recommandations

## *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, de la santé publique, les parlementaires, doivent trouver des voies et moyens pour améliorer la contribution de l'Etat à faciliter l'accès aux soins des populations à travers l'allocation de budgets conséquents et à la hauteur des enjeux de l'heure en matière de santé;
- 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 mettre en œuvre toutes les stratégies et processus visant à faciliter la maintenance et 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 diagnostic de la tuberculose ; test et confirmation, réactifs CD4 adaptés au compteur en place, compteur CD4) ;
- promouvoir les partenariats hôpital-hôpital, ou hôpital-laboratoire qui permettent aux patients de réaliser leurs examens, 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).

## *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 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 des surcoûts;
- 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 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 la région du Nord.

## *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.

# Introduction

Le suivi de l'accès aux soins et traitements des patients VIH, TB et Paludiques a révélé tout au long de l'année 2014, de nombreuses difficultés auxquelles ont été confrontés les usagers des formations sanitaires camerounaises. Le présent rapport met en exergue ces difficultés. En effet, tout comme pour les années précédentes, en 2014, le TAW a collecté et analysé des données relatives à la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé dans le domaine de la prise en charge du VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

Grace à l'implication et l'engouement de toutes les parties prenantes de la prise en charge des patients VIH, TB et Paludiques, l'activité de collecte des données a connu un dynamisme sans précédent durant les douze derniers mois. Ce qui a permis d'élargir la couverture des programmes du TAW à plusieurs autres formations sanitaires.

Les indicateurs qui ont fait l'objet d'un suivi régulier dans le cadre des différents programmes du TAW sont les suivants:

- o 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) ;
  - 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 ;
- o 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.
- o 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 ;

Ce rapport relève donc de manière synthétique toutes ces difficultés et suggère des recommandations dans le seul souci d'y apporter des réponses qui nous semblent appropriées. Il présente enfin des actions entreprises par les acteurs visant à inverser la tendance et à contribuer effectivement à l'amélioration des conditions d'accès aux soins et traitements des populations dans notre pays.

Notre souhait en cette fin d'année est de susciter parmi les acteurs intervenant dans le domaine de la santé au Cameroun, un véritable débat pouvant aboutir à des solutions concrètes dans le cadre de la gestion des subventions du fonds mondial.

## Objectifs

Le TAW vise à faire entendre les points de vue des principaux usagers des services de santé que sont les malades sur l'état de l'accès aux soins. A ce titre, il a pour objectifs spécifiques de :

- Faciliter la veille sanitaire dans 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.

# I. Méthodologie

Privilégiant l'approche participative et inclusive des différents acteurs (communautaires, soignants...), la méthodologie de 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 :

## *1.1. Type et d'étude et cibles*

Compte tenu des objectifs de recherche, l'étude se fonde sur une observation permanente qualitative et quantitative, placée dans une perspective de revue périodique, des IOV de résultats du TAW, qu'elle a pour mandat de renseigner chaque semaine. C'est donc une étude transversale qui a pour cibles les 78 formations sanitaires satellites choisis, sur l'ensemble du territoire camerounais.

## *1.2. Couverture géographique*

Afin de servir efficacement de baromètre à la détermination du niveau atteint par les indicateurs de résultats TAW, 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.

## *1.3. Echantillon*

Dans le souci d'une représentativité effective des 10 régions du Cameroun, le TAW s'est déployé dans 78 centres de prise en charge répartis sur l'ensemble du territoire national. Par à rapport l'année 2013, où seulement 54 centres ont été suivis, en 2014, 24 formations sanitaires supplémentaires ont été observées portant le

nombre total des structures de prise en charge suivies à 78 pour ce qui est de la prise en charge du VIH/Sida. 74 Centres de diagnostics et de traitements de la tuberculose, et 34 formations sanitaires pour la prise en charge du paludisme.

Cela représente un taux de couverture de 47,3% sur l'ensemble des CTA/UPEC fonctionnels, pour une file active de 67,4% du nombre total de PVH sous traitement au Cameroun.

## *1.4. 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.



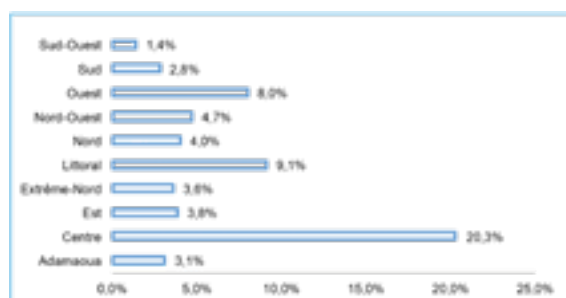
## II. Etats de l'Accès aux soins

Cette partie décrit tour à tour l'état de l'accès aux soins et traitements des trois pandémies, notamment : le VIH/Sida (Partie I), la Tuberculose (Partie II) et le Paludisme (Partie III).

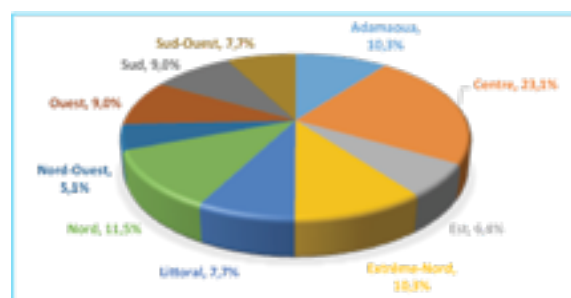
# Partie I. Prise en charge du VIH/Sida

## I.1. Répartition régionale des centres (CTA/UPEC) observés

Un total de 78 centres (CTA et UPEC) a été observé au courant de cette année 2014. Ce chiffre représente 47,3% de l'ensemble des centres de prise en charge fonctionnels au Cameroun. Ce qui traduit une hausse de la couverture de 13,4% par rapport à l'année précédente (33,9%). En termes de file active, l'ensemble des formations sanitaires couvrent 67,4% du nombre total de personnes vivant avec le VIH/Sida sous traitement. Il est à noter que les données ont été collectées selon une répartition disproportionnée d'une région à l'autre (graphique 1) couvrant ainsi une file active variant d'une région à l'autre (graphique 2).



**Graphique 1.** Répartition régionale (%) des CTA/UPEC couverts



**Graphique 2.** Répartition régionale des CTA/UPEC (%) par rapport de la file active

On observe que la région du Centre est la mieux couverte, avec 23,1% de l'ensemble des centres concernés, contrairement au Nord-Ouest où le TAW n'a observé que 5,1% des formations sanitaires.

Dans le graphique 2, les CTA/UPEC observés dans le Centre couvrent 20,3% de la file active nationale. Cette région est suivie du Littoral (9,1%) et de l'Ouest (8%).

Dans le tableau 1 ci-dessous, on peut noter que les programmes du TAW ont couvert tous les centres de prise en charge dans certaines régions. C'est le cas de l'Adamaoua et du Nord

**Tableau 1.** Répartition régionale du taux de couverture selon les files actives

	File active des Centres couverts	File active totale de la région	% File active des Centres couverts
<b>Adamaoua</b>	3 803	3 803	100%
<b>Centre</b>	24 717	31 195	79,2%
<b>Est</b>	4 658	5 018	92,8%
<b>Extrême-Nord</b>	4 248	6 028	70,5%
<b>Littoral</b>	11 131	24 547	45,3%
<b>Nord</b>	4 987	4 987	100%
<b>Nord-Ouest</b>	5 646	18 077	31,2%
<b>Ouest</b>	9 821	12 071	81,4%
<b>Sud</b>	3 482	3 777	92,2%
<b>Sud-Ouest</b>	9 982	12 899	77,4%
<b>Ensemble</b>	82 475	122 402	67,4%

## I.2. Analyse de l'Etat d'accès aux soins

L'analyse de l'état de l'accès aux soins traite des différents services et traitements offerts dans les centres de prise en charge. Il s'agit des examens biologiques (Bilan d'orientation, bilan pré thérapeutique et bilan de suivi), du test de dépistage, des coûts des soins et services, des médicaments (Cotrimoxazole et ARV).

### I.2.1. Analyse de la situation des ruptures

Comparativement à l'année 2013 (4,7%), en 2014, seulement 0,8% des centres ont été touchés par la rupture, soit une amélioration de 3,9 points de pourcentage.

Pour ce qui est des examens biologiques (bilan d'orientation, bilan pré thérapeutique, bilan de suivi), 63,1% de centres suivis ont été affectés par des ruptures, contre 27,7% l'année dernière, soit une inflexion de 35,4%.

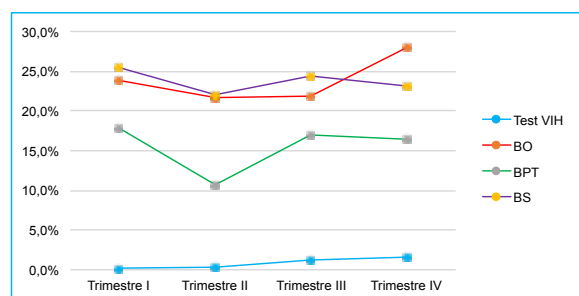
Avec 23,9% des cas de rupture, le bilan d'orientation est l'examen qui a manqué le plus, suivi du bilan de suivi (23,7%) et du bilan pré thérapeutique (15,5%).

Les traitements ont également connu des ruptures au courant de cette année 2014. En effet, dans 18,8% des cas, des ruptures d'ARV ont été enregistrés. Dans 34,9% des cas, le Cotrimoxazole a manqué à un moment ou à un autre. Enfin, dans 0,5% des cas, les antituberculeux ont été absents. Par rapport à l'année dernière (33,3%), la disponibilité des ARV a connu une amélioration de 14,5%. Il en est de même de celle des antituberculeux (2%). Par contre disponibilité du Cotrimoxazole (20,6%) a connu une inflexion de 14,3%.

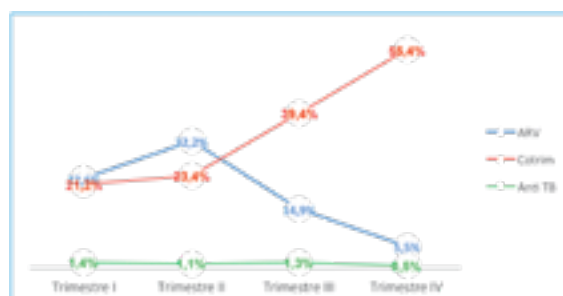
L'analyse des données montre que les cas de rupture ont varié d'un trimestre à l'autre, d'une région à une autre..

#### I.2.1.1 Analyse évolutive trimestrielle

Les graphiques 3 et 4 montrent que ces ruptures n'ont pas été enregistrées avec la même intensité d'un trimestre à un autre.



**Graphique 3.** Variation annuelle des ruptures (TD et Bilans biologiques)



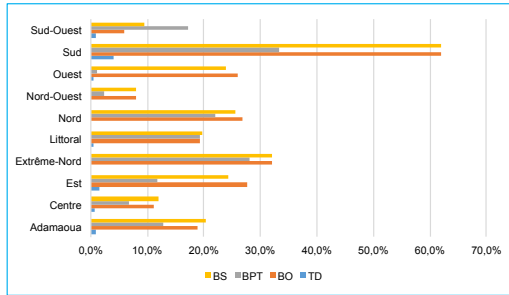
**Graphique 4.** Variation annuelle des ruptures (Médicaments)

On peut souligner, à l'analyse du graphique 3, que c'est le trimestre III qui a le plus enregistré des cas de rupture du bilan d'orientation (28%) et du test de dépistage (1,5%), contrairement au bilan pré thérapeutique (17,8%) et au bilan de suivi (25,4%) qui ont connu leur pic au premier trimestre.

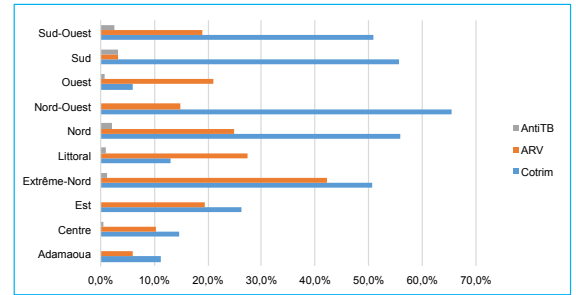
Dans le graphique IV, la rupture du Cotrimoxazole connaît une montée à brute entre le trimestre II (23,4%) et le trimestre IV (55,4%) et atteint son pic. Ce qui n'est pas le cas des ARV dont la situation s'est améliorée. Les cas de rupture sont ainsi passés de 32,2% (trimestre II) à 5,5% (trimestre IV). Le manque du traitement antituberculeux a été plus marqué au trimestre III.

#### I.2.1.2 Analyse des cas de ruptures par région

L'observation annuelle montre que toutes les régions n'ont pas vécu des cas de rupture avec la même intensité. Certaines en ont été plus touchées que d'autres. C'est d'ailleurs ce que ressortent les graphiques ci-dessous.



**Graphique 5.** Représentation régionale (%) des ruptures (TD et Bilans biologiques)



**Graphique 6.** Représentation régionale (%) des ruptures (Médicaments)

On peut observer que la région du Sud tient la tête de file avec 52,6% des cas de rupture des examens biologiques (donc, 61,9% pour ce qui est du bilan d'orientation, 33,3% pour le bilan pré thérapeutique et 61,9% pour le bilan de suivi). Cette région est suivie de l'Extrême-Nord qui a enregistrée 30,7% des cas de rupture – 32,1% (bilan d'orientation) – 28% (bilan pré thérapeutique) – 32,1% (bilan de suivi).

Pour ce qui est du test de dépistage, le Sud avec 4% des cas enregistrés se maintient en première place, suivi de l'Est (1,5%).

Des cas de ruptures du Cotrimoxazole ont été majoritairement signalés dans les régions du Nord-Ouest (65,5%), du Nord (55,9%) et du sud (55,9%).

Concernant les ARV, on peut noter que l'Extrême-Nord, avec 42,3% des cas, va occuper la première marche des régions ayant été frappées par des ruptures. Elle est suivie du littoral (27,4%) et du Nord (24,8%).

### II.2.2 Analyse de la situation des surcoûts

La pratique des surcoûts est devenue récurrente, quasi permanente et globale, avec des prix souvent hors de la portée de certains patients indigents ou peu nantis. Ce que déplorent certains acteurs de la réponse. Car cet état de fait exclu du système de soin un taux non négligeable de patient et induit un problème d'observance thérapeutique.

« La situation est grave, tous les jours, nous regardons impuissants les patients rentrer chez eux en larmes, fautes de moyens pour payer des examens pourtant indispensable à leur prise en charge »

Une ARC en service en milieu hospitalier

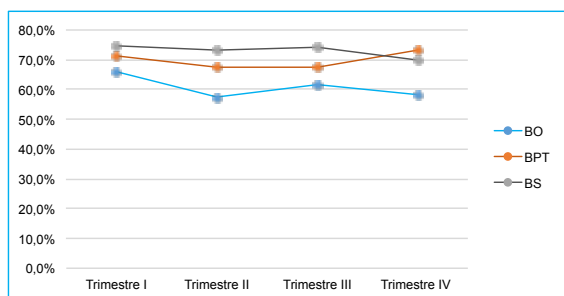
On peut noter que 67,9% des centres ont exigé des coûts supplémentaires pour la réalisation des examens biologiques (bilan d'orientation, bilan pré thérapeutique et bilan de suivi). Ce chiffre est en hausse de 40,3% par rapport à l'année précédente. Les centres concernés par cette pratique, pour ce qui est de ces examens, se répartissent ainsi : 60,8% (bilan d'orientation) ; 70% (bilan pré thérapeutique) et 73% (bilan de suivi). Le Test de dépistage n'a pas dérogé à la règle des surcoûts, puisque 40,3% des centres en ont exigé aux patients contre 40,7% l'année dernière.

On peut également remarquer que 4,5% des centres ont vendu le Cotrimoxazole et 16,7% en ont exigé plus de 600 FCFA pour la consultation. On note que la vente du Cotrimoxazole a été réduite de 7,3% par rapport à l'année 2013.

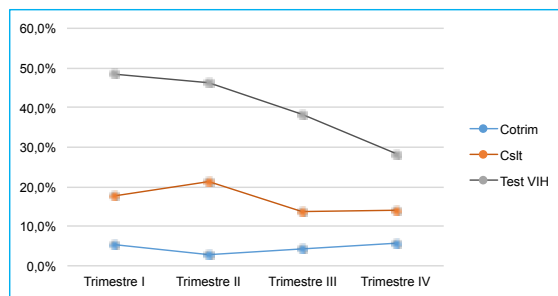


### II.2.2.1 Evolution trimestrielle des surcoûts

L'évolution trimestrielle des surcoûts observés au courant de cette année laisse voir des courbes en dents de scies.



**Graphique 7.** Variation annuelle des surcoûts (examens biologiques)



**Graphique 8.** Variation annuelle des surcoûts (TD, Cslt et Cotrim)

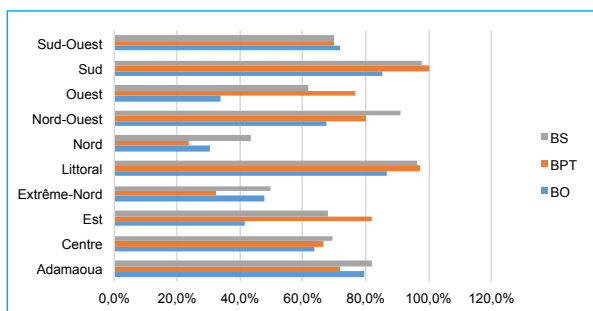
Le graphique 7 montre un pic des surcoûts du bilan d'orientation à 66,2% au premier trimestre de l'année. Cependant, on observe une augmentation des cas de ces surcoûts au trimestre III (61,5%). La même évolution peut être observée concernant les surcoûts exigés pour le bilan de suivi, avec un pic au trimestre I (74,7%) et une remontée au trimestre III (74%). Des surcoûts appliqués au bilan pré thérapeutique présentent une courbe en arc de cercle, avec 71,3% des cas au trimestre I, qui diminuent au trimestre II (67,5%) et au trimestre III (67,6%), puis augmentent à nouveau et atteignent un pic de 73,4% au trimestre IV.

On peut lire sur le graphique 8 une régression de la pratique des coûts supplémentaires entre le trimestre I (48,4%) et le trimestre IV (28,3%) pour ce qui est du test de dépistage.

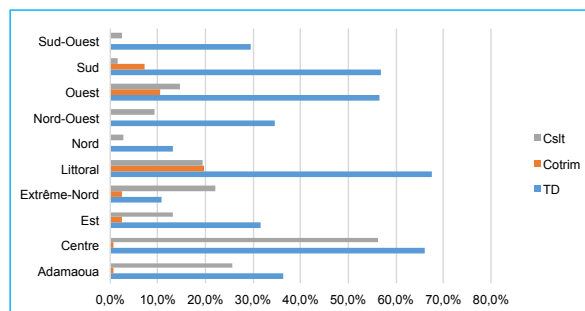
Au premier trimestre, la vente du Cotrimoxazole a été observée dans 5,2% des centres de prise en charge. Ce chiffre a diminué au trimestre II (2,8%) avant de remonter et d'atteindre 5,6% au quatrième trimestre. Pour ce qui est de la consultation, la courbe présente une évolution en dents de scie avec cependant un pic au trimestre II (21,3%).

### II.2.2.2 Analyse des cas de surcoûts par région

D'une région à l'autre, on observe une variation importante des surcoûts appliqués à des services et aux traitements. C'est ce qui ressort des graphiques ci-dessous :



**Graphique 9.** Représentation régionale (%) des surcoûts (Bilans biologiques)



**Graphique 10.** Représentation régionale (%) des surcoûts (TD, Cslt et Cotrim)

L'analyse du graphique 9, met en évidence 94,4% des cas de surcoûts dans le Sud, qui, une fois de plus tient la tête de file. Dans cette région, 100% des centres ont exigé des coûts supplémentaires pour le bilan pré thérapeutique, 85,4% des centres ont prélevé des coûts supplémentaires sur le bilan d'orientation et 97,9% des centres ont fait payer des surplus pour le bilan de suivi. Cette région est directement suivie par le Littoral (93,5%) qui a réalisé 86,7% des surcoûts concernant le bilan d'orientation ; 97,2% concernant le bilan pré thérapeutique et 96,6% des concernant le bilan de suivi.

On peut lire dans le graphique 10 que des coûts supplémentaires appliqués au test de dépistage ont atteint 67,6% dans le Littoral et 66% dans le Centre. Le Sud et l'Ouest suivent avec respectivement 57% et 56,5% des cas.

Pour ce qui est de la vente du Cotrimoxazole, 19,6% des cas ont été signalés dans le Littoral. Dans certains centres de cette région, ce traitement pour les infections opportunistes a souvent été vendu à

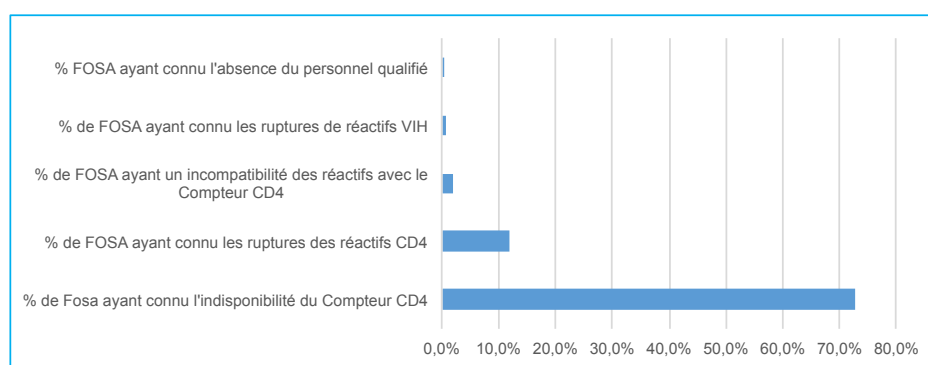
100 FCFA, le blister, au lieu d'être distribué gratuitement.

56,3% des centres ont fait payer la consultation à plus de 600 FCFA dans la région du Centre au courant de cette année. La même logique a été observée par l'Adamaoua (25,6%) et l'Extrême-Nord (22%).

### II.2.3 Raisons des difficultés observées

Cette section présente une analyse des raisons inhérentes à la situation des laboratoires. Cependant, il est à noter qu'en l'absence d'une véritable politique de mobilisation et de gestion des fonds, sans l'effectivité de la subvention des centres de prise en charge, les difficultés décrites ici ne trouveront jamais de solution.

Les raisons reprises portent sur la disponibilité des réactifs, et des compteurs CD4 dans les laboratoires. Dans le graphique ci-dessus, on peut observer une répartition de ces raisons.



**Graphique 11.** Répartition annuelle des raisons des difficultés

On peut noter que 72,7% des difficultés observées dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH sont causées par l'indisponibilité d'un compteur CD4. Cette indisponibilité est souvent due à l'absence du compteur ou une panne. Il est à noter que la durée moyenne d'une panne du compteur dans un centre de prise en charge est de 14 jours.

La deuxième cause des difficultés rencontrées par les patients est la rupture des réactifs CD4 (11,9%). On retrouve également, en de très faibles proportions, l'incompatibilité des réactifs avec le compteur CD4 (1,9%), l'absence d'un personnel qualifié (0,6%) et la rupture des réactifs du test VIH (0,1%).

Tableau 2. Représentation (%) régionale des raisons des difficultés observées

	Indisponibilité du Compteur CD4	Ruptures de réactifs VIH	Absence du personnel qualifié	Ruptures des réactifs CD4	Incompatibilité des réactifs avec le Compteur CD4
	%	%	%	%	%
<b>Adamaoua</b>	76,9	0	0	19,2	0
<b>Centre</b>	74,4	0,5	1,2	12,8	0
<b>Est</b>	77,6	1,5	0	7,5	0
<b>Extrême-Nord</b>	98,1	0,6	0	1,9	0
<b>Littoral</b>	95,3	1,3	0	4,7	0
<b>Nord</b>	68,9	1,4	0	11,1	2,2
<b>Nord-Ouest</b>	33,3	0	0	25	0
<b>Ouest</b>	87,7	0	0	1,4	2,7
<b>Sud</b>	78,2	0	0	7,7	14,1
<b>Sud-Ouest</b>	36,4	0,9	0	27,3	0
<b>Ensemble</b>	72,7	0,6	0,1	11,9	1,9

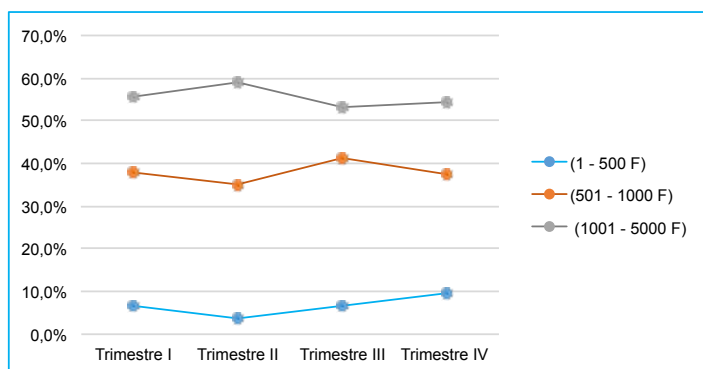
La principale difficulté observée est liée à l'indisponibilité du compteur CD4 est plus perceptible. Dans 98,1% des centres, le compteur CD4, a été absent à un moment ou à un autre. En effet, plusieurs centres de prise en charge ne disposent pas de cet appareil et réfèrent des patients ou alors font des prélèvements qu'ils font acheminer dans les centres qui en disposent. Au Littoral, dans 95,3% des cas, cette indisponibilité est due à des pannes des compteurs CD4 dans les centres de prise en charge. Ces

pannes sont également enregistrées majoritairement dans la région du Centre. On peut noter un cas particulier qui est celui de l'hôpital de district d'Akonolinga où le compteur CD4 avait été volé, et à ce jour, il n'est pas retrouvé.

27,3% des centres ont connu des ruptures des réactifs CD4. La durée moyenne de rupture de ces réactifs est de sept jours. Le Nord-Ouest a marqué 25 points de pourcentage de rupture des réactifs (observés dans ses centres de prise en charge). L'hôpital de district de Wum en est la parfaite illustration, car ce centre a connu des ruptures dont la durée moyenne est estimée à 14 jours.

### II.2.4 Ouverture du dossier

Pour être admis dans un centre de prise en charge, le patient a besoin d'ouvrir un dossier qui va permettre son suivi quotidien. Cependant, n'étant pas règlementée, l'ouverture du dossier est souvent considérée comme une pierre d'achoppement, à cause des montants importants exigés à cet effet dans certaines formations sanitaires. 55,4% des centres ont exigé des sommes comprises entre 1 000 FCFA et 5 000 FCFA. De même, 38% des centres ont fait payer cet acte avec des sommes comprises entre 501 FCFA et 1 000 FCFA. La variation mensuelle de ces coûts est faite dans le graphique ci-dessous :



**Graphique 12.** Variation annuelle des coûts exigés pour l'ouverture du dossier

Ce graphique montre des tendances variables. On peut cependant relever que les pics de coûts ont été atteints au trimestre II (1001 à 5 000 FCFA), avec 59,1% des centres concernés et au trimestre III (501 à 1000 FCFA) avec 41,7% des centres concernés et enfin au trimestre IV (1 à 500 FCFA) avec 9,5% des centres concernés.

Tableau 3. Représentation (%) régionale des coûts exigés à l'ouverture du dossier

	(1 - 500 F)	(501 - 1000 F)	(1001 - 5000 F)
	%	%	%
<b>Adamaoua</b>	1,1	44,8	54
<b>Centre</b>	0,4	14,8	84,8
<b>Est</b>	2,1	21,9	76
<b>Extrême-Nord</b>	36,7	25,5	37,8
<b>Littoral</b>	0,6	8	91,4
<b>Nord</b>	12	64	24
<b>Nord-Ouest</b>	0	41,9	58,1
<b>Ouest</b>	2	71,7	26,3
<b>Sud</b>	9,6	16,5	73,9
<b>Sud-Ouest</b>	0	71,1	28,9
<b>Ensemble</b>	<b>6,6</b>	<b>38</b>	<b>55,5</b>

L'observation faite de ces pics montre que des centres exigent préférentiellement des coûts assez élevés (intervalle 1001 à 5 000 FCFA) pour ouvrir un dossier à un patient. La répartition régionale de ces coûts pourrait confirmer cette observation.

Dans le tableau ci-dessous, les montants les plus élevés ont été observés dans les régions du Littoral (91,4%), du Centre (84,8%) et de l'Est (76%). Les centres de prise en charge illustrent parfaitement cet état de chose, en particulier l'Hôpital de district de Bonassama (Littoral) et le CHU (Centre). Le coût

exigé aux patients pour l'ouverture du dossier s'élève à 5 000 FCFA dans ces formations sanitaires.

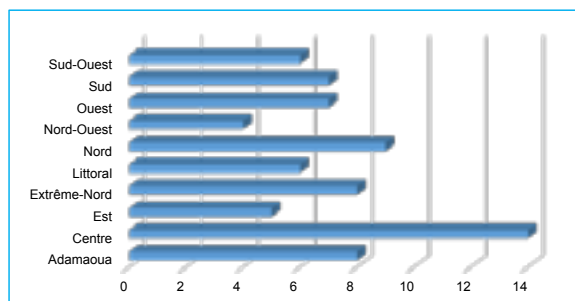
On peut également observer que dans ce tableau, des sommes inférieures ou égales à 1 000 FCFA ont été majoritairement prélevées à l'Ouest (71,7%) et au Sud-Ouest (71,1%).

Le tableau 2 fait une répartition régionale de la situation observée au cours l'année 2014.

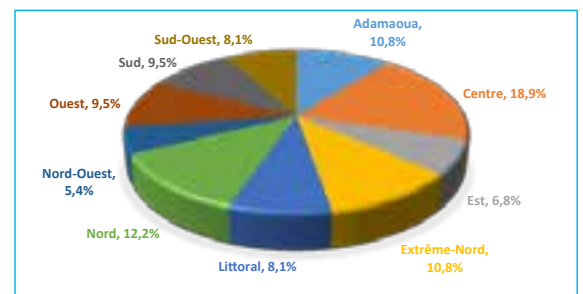
## Partie II. Prise en charge de la Tuberculose

### II.1 Répartition régionale des centres (CTA/UPEC) observés

L'année 2014 a été marquée par l'ouverture des programmes du TAW à d'autres pathologies, dont la tuberculose. Ainsi, au courant de cette année, les programmes du TAW ont couvert 74 formations sanitaires offrant la prise en charge de la tuberculose. On peut noter que, sur les 78 formations suivies dans le cadre de la prise en charge VIH/Sida, 04 ne disposent pas d'un centre de diagnostic et de traitement (CDT). La répartition régionale se présente suivant les graphiques 13 et 14.



**Graphique 13.** Répartition régionale des CDT couverts



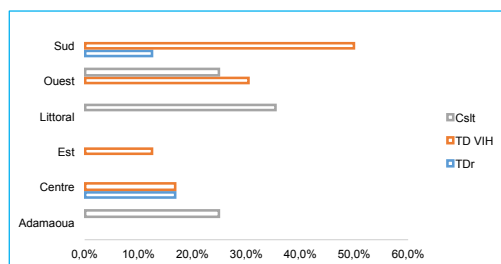
**Graphique 14.** Répartition régionale (%) des CDT couverts

### II.2 Analyse de l'Etat de l'accès aux soins

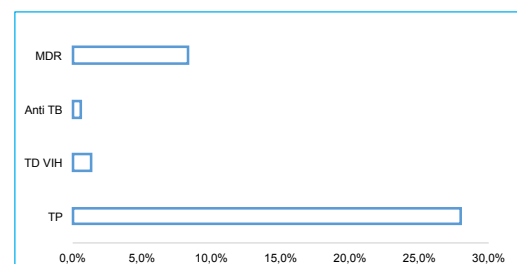
Il est repris dans cette section, l'analyse des données collectées à travers les programmes du TAW donc les indicateurs d'accessibilité portent sur les différents examens et traitements (test de diagnostic, test de dépistage VIH, traitement préventif, et traitement de la tuberculose multi résistante).

#### II.2.1. Analyse de la situation des ruptures

L'analyse des données collectées montre que, 0,6% des centres de traitement et de diagnostic ont régulièrement manqué le traitement antituberculeux. Dans la même logique, 28% des CDT ont connu la rupture du traitement préventif (TP) pour le personnel soignant qui est toujours en contact avec les patients. 8,3% des CDT ont manqué le traitement de la tuberculose multirésistante (MDR). On peut noter que les données pour cet indicateur ont été collectées exclusivement dans les centres qui prennent en charge des cas de tuberculose multirésistante.



**Graphique 16.** Répartition régionale (%) des cas de rupture des traitements

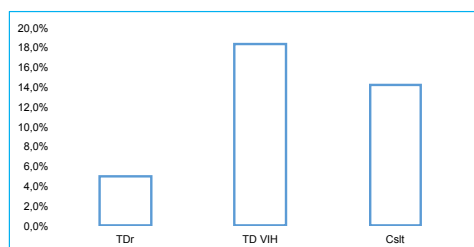


**Graphique 15.** Répartition annuelle (%) des cas de rupture des tests et traitements

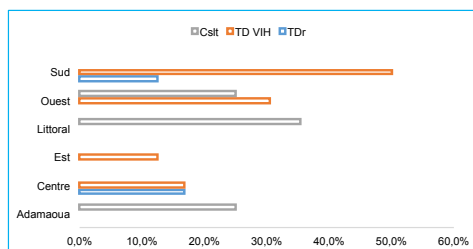
Dans le graphique 15, on note que des cas de rupture du traitement préventif ont majoritairement été observés dans la région de l'Est (87,5%), ainsi que celle du traitement de la tuberculose multirésistante (66,7%). 10% des CDT ont manqué du test de dépistage VIH dans l'Adamaoua et 2,9% des CDT ont connu la rupture des antituberculeuses dans le Sud.

## II.2.2 Analyse de la situation des surcoûts

Dans l'ensemble, 18,3% des formations sanitaires ont exigé des paiements, dont la moyenne est estimée à 1 250 FCFA, pour la réalisation du test de dépistage VIH, pour des patients souffrant de la tuberculose. Il est à noter que pour ces derniers, ce test doit être fait systématiquement et de manière gratuite. Des coûts supplémentaires ont également été payés par des patients pour le test de diagnostic rapide (4,9% des cas) et la consultation (14,2%).



**Graphique 17.** Répartition annuelle (%) des cas de Surcoûts



**Graphique 18.** Répartition régionale (%) des cas de Surcoûts

Des surcoûts ont été pratiqués dans six régions durant l'année 2014. Ainsi, 50% des centres dans la région du Sud ont exigé des frais pour le test de dépistage des patients tuberculeux. Cette région est suivie de l'Ouest (30,5%) et du Centre (16,7%) pour le même test.

Pour ce qui est de la consultation, le Littoral a enregistré 35,4% des cas de surcoûts appliqués à la consultation. L'Ouest et l'Adamaoua avec chacune 25% des cas, viennent en deuxième position pour ce service.

Le test de diagnostic rapide a manqué dans la région du Centre dans 16,7% des CDT et dans le Sud dans 12,5% des CDT.

## II.2.3 Ouverture du dossier

Bien que l'ouverture d'un dossier ne soit pas règlementée dans les centres de diagnostic et de traitement, l'observation révèle cependant que cet acte est un motif de découragement pour certains patients.

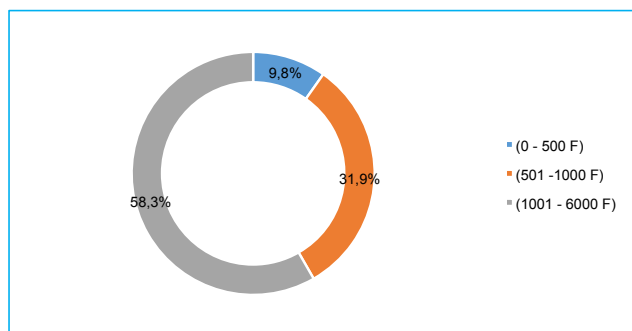
« Lorsque je suis arrivé à l'hôpital, on m'a dit qu'il fallait payer 5 000 FCFA pour avoir un dossier. Je n'avais pas cet argent et je suis rentré. Je ne suis plus revenu jusqu'à ce que la situation soit vraiment grave... »

Un patient hospitalisé après une rechute

Il est à relever que les coûts exigés pour ouvrir un dossier dans certaines formations sanitaires atteignent souvent 5 000 FCFA. L'hôpital de district de Bonassama en est une meilleure illustration.

Le graphique ci-dessous reprend la répartition annuelle des centres selon les coûts exigés.

Cette répartition révèle que les centres de diagnostic et de traitement exigent préférentiellement des sommes supérieures à 1 000 FCFA.

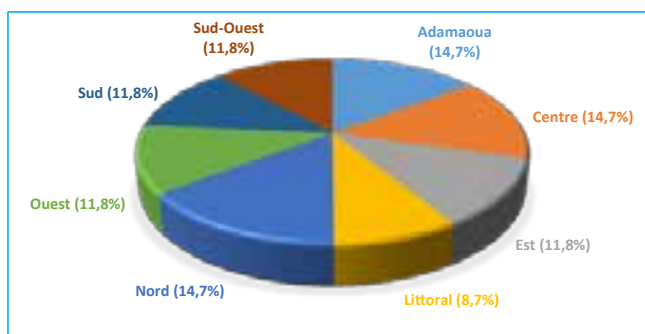


**Graphique 19.** Représentation annuelle (%) des coûts exigés à l'ouverture du dossier

# Partie III. Prise en charge du paludisme

## III.1 Répartition régionale des centres observés

Bien que des programmes du TAW aient couvert 78 formations sanitaires au cours de l'année 2014, les données concernant la prise en charge du paludisme ont été collectées dans 34 centres, repartis dans 8 régions. Il s'agit de : l'Adamaoua, le Centre, l'Est, le Littoral, le Nord, l'Ouest, le Sud et le Sud-Ouest. Le graphique suivant ressort la répartition des formations sanitaires visitées en fonction des régions.



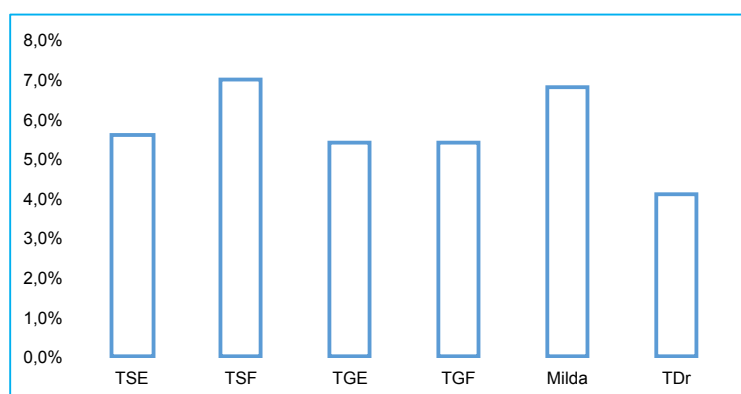
Graphique 20. Répartition régionale (%) des centres couverts

## III.2 Analyse de l'Etat d'accès aux soins

Cette section fait une analyse des indicateurs d'accessibilité et de disponibilité renseignés à partir des données collectées. Il s'agit ici des données collectées du Test de diagnostic rapide (TDR), au traitement du paludisme simple et grave chez l'enfant (TSE et TGE) et la femme enceinte (TSF et TGF) et à la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA).

### III.2.1. Analyse de la situation des ruptures

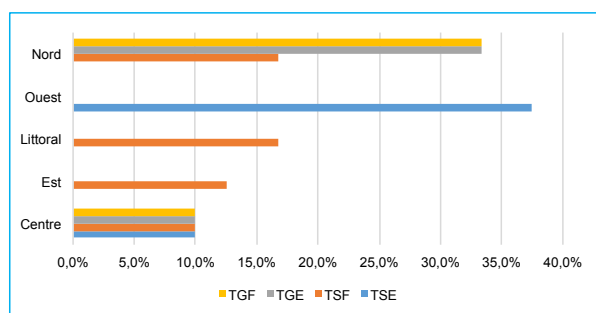
L'observation annuelle montre que 7% des formations sanitaires ont régulièrement manqué le traitement du paludisme simple de la femme enceinte. 6,8% des centres ont manqué des moustiquaires imprégnées de longue durée. On a également noté des ruptures du test de diagnostic rapide (4,1%), du traitement du paludisme simple chez l'enfant (5,6%), du traitement du paludisme grave chez la femme et chez l'enfant (5,4%).



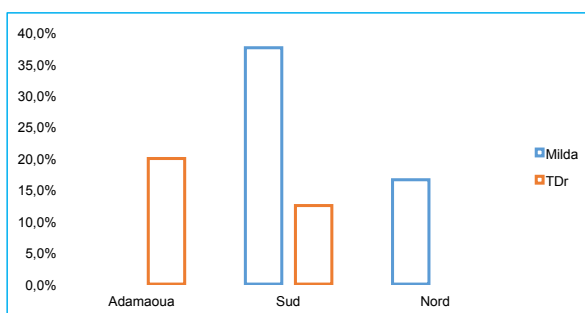
Graphique 21. Répartition annuelle (%) des cas de ruptures (test, traitements et MILDA)

**Légende :** TDR : Test de diagnostic rapide ; TSE : Traitement du paludisme simple chez l'enfant de moins de 5 ans ; TSF : Traitement du paludisme simple chez la femme enceinte ; TGE : Traitement du paludisme grave chez l'enfant de moins de 5 ans ; TGF : Traitement du paludisme grave chez la femme enceinte ; MILDA : Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action.

La répartition régionale des cas de rupture dans le graphique 21 montre que le traitement du paludisme simple chez l'enfant a manqué dans 37,5% des formations sanitaires dans la région de l'Ouest. Dans la région du Nord 33,4% des centres ont manqué les traitements du paludisme des formes simples et graves chez la femme enceinte et l'enfant de moins de 5 ans. On note aussi que 16,7% des centres ont manqué de traitement du paludisme simple chez la femme enceinte dans le Nord et le Littoral.



**Graphique 22.** Représentation régionale des cas de rupture (traitements)

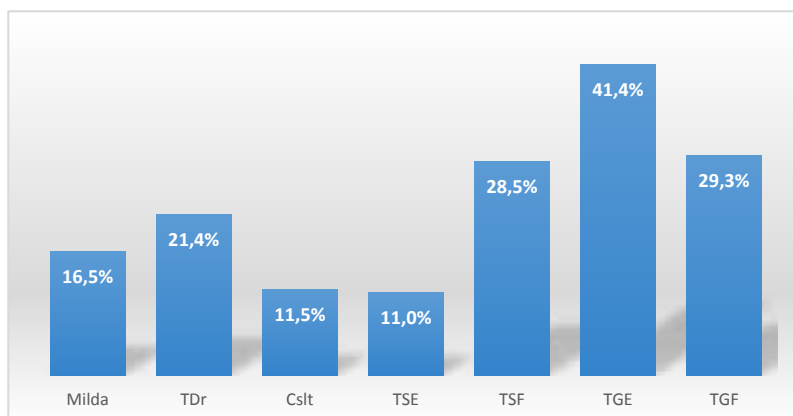


**Graphique 23.** Représentation régionale des cas de rupture (TDr et MILDA)

Dans le Sud (graphique 22), 37,5% des centres ont connu la rupture de la MILDA et 12,5% ont manqué le test de diagnostic rapide.

### III.2.2 Analyse de la situation des surcoûts

De manière générale, des coûts supplémentaires ont été appliqués pour les traitements du paludisme simple chez l'enfant (11%), du paludisme grave chez l'enfant (41,4%), du paludisme chez la femme enceinte (28,5%) et du paludisme grave chez la femme enceinte (29,3%). Dans la même lancée, la MILDA a été vendue (16,5%), 21,4% des centres ont exigé des surplus pour le test de diagnostic rapide et la consultation a été réalisée avec des surcoûts dans 11,5% des formations sanitaires.

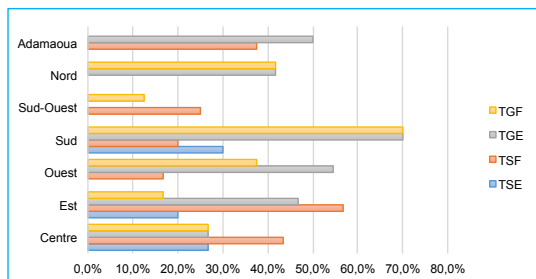


**Graphique 24.** Répartition annuelle (%) des cas de Surcoûts

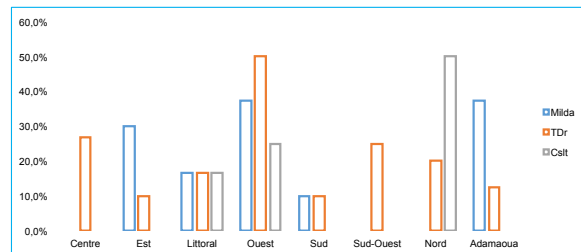
Selon les régions, on a observé 70% des cas de surcoûts des traitements du paludisme grave chez la femme enceinte et l'enfant de moins de 5 ans dans le Sud. Ces deux traitements ont également été administrés avec des surplus de 41,7% dans le Nord et dans le Centre (26,7%).

Pour ce qui est des formes simples du paludisme, chez la femme enceinte, 56,7% et 43,4% des centres ont exigé des surcoûts à l'Est et dans le Centre. Chez l'enfant de moins de 5 ans, 30% et 26,7% des cas de surcoûts ont été observés au Sud et dans le Centre.

Dans le graphique 25, les régions du Nord (50%) et de l'Ouest (50%) se distinguent par des coûts supplémentaires appliqués respectivement sur la consultation et le test de diagnostic rapide. De même, l'Adamaoua et l'Ouest ont chacune marqué 37,5% des cas de surcoûts alors que l'Est en a marqué 30% lors de la distribution des moustiquaires imprégnées de longue durée d'action. Ces répartitions sont faites dans les graphiques ci-dessous.



**Graphique 25.** Représentation régionale des cas de Surcoûts (traitements)



**Graphique 26.** Répartition régionale (%) des cas de Surcoûts (TDR, MILDA et Cslt)



## III. Actions entreprises

Deux types d'actions sont menés dans ce programme, conformément à ces missions dans le but de résorber les insuffisances reprises dans ce rapport. Il s'agit notamment des actions de Communication et de plaidoyer.



### 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.

#### **Résultats :**

- 52 synthèses des rapports sentinelles envoyées à raison de 1 par semaine;
- 27 courriers de plaidoyer envoyés avec 12 feedbacks ;
- 20 entretiens avec les personnels des formations sanitaires ;
- 20 leaders associatifs interpellés pour porter les manquements observés au niveau de responsables sanitaires de leurs régions respectives.

### 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 le mailing list de la société civile et sous copie dure à envoyer aux différents décideurs politiques (Ministre de la Santé, parlementaires), opérationnels (CENAME, DLM, CLNS, GTR, Coordonnateurs CTA et UPEC, DPM), administratifs (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 ;
- diffusion de la newsletter élaborée chaque semaine à travers le mailing list de la société civile ;
- diffusion des rapports trimestriels.

#### **Résultats :**

- 52 rapports sentinelles diffusés auprès de 70 cibles avec une moyenne de 4 feedbacks par mois ;
- 52 newsletters diffusées auprès de 10000 récepteurs avec une moyenne de 12 feedbacks par mois ;
- 02 causeries éducatives dans des hôpitaux ;
- 4 causeries éducatives dans les associations de lutte contre le Sida et à caractère culturel, ethnique ou corporatiste ;
- 04 rapports trimestriels diffusés.

## IV. Recommandations

La résorption de nombreuses difficultés reprises dans le présent rapport commande des actions concrètes, motivées par une véritable volonté politique. De ce fait, il nous semble opportun de formuler ces recommandations dans le but de voir une amélioration effective de la prise en charge des personnes souffrant des trois pandémies. Dans l'espérance qu'elles susciteront cette véritable volonté politique. Si elles sont prises en compte par les différentes parties prenantes, nous pensons que ces recommandations contribueront à l'amélioration de la santé des populations.

#### *IV.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, ainsi que 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 des 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 diagnostic de la tuberculose ; test et confirmation, réactifs CD4 adaptés 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 diffuser les textes régissant l'accès aux soins et services (VIH/Sida, Tuberculose et paludisme) auprès du grand public en général et des praticiens en particulier.

#### *IV.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).

#### *IV.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 rackets et coûts supplémentaires.

#### *IV.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, particulièrement dans la région du Nord.

#### *IV.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

L'observation de l'accès aux soins et traitement au cours de l'année 2014 relève de nombreux manquements qui continuent d'entraver l'accès aux soins et traitements des patients. Dans le cas de la prise en charge du VIH/Sida, on a noté des ruptures des ARV (18,8%), du Cotrimoxazole (34,9%) et des bilans de suivi biologique (21%). 67,9% des centres ont exigé des surcoûts pour la réalisation des examens de suivi biologiques et 40,3% des centres ont pratiqué des coûts supplémentaires pour le Test de dépistage.

La prise en charge de la tuberculose n'a pas échappé à ces difficultés. L'observation a montré que, 0,6% des centres ont connu des ruptures du traitement antituberculeux et 1,3% des CDT a manqué de tests de dépistage VIH/Sida. De même, 18,3% des centres ont exigé des coûts supplémentaires pour le test de dépistage systématique du VIH/Sida, 14,2% des centres pour la consultation et 4,9% pour le test de diagnostic rapide.

Pour ce qui est de l'accès aux soins et traitement du paludisme, 5,9 % des formations sanitaires l'ont régulièrement manqué (forme simple et grave). Le traitement du paludisme chez la femme enceinte était indisponible dans 6,2% des centres et celui du paludisme chez l'enfant de moins de 5 ans a manqué dans 5,5% des centres. On a aussi noté la pratique des surcoûts dans 27,6% des centres (traitement du paludisme simple), 35,4% des centres (traitement du paludisme grave) et 21,4% des centres (test de diagnostic rapide).

De ce qui précède, il ressort de nombreux défis à relever, pour ce qui est de :

- l'effectivité de la subvention des formations sanitaires ;
- la normalisation des coûts des soins et traitement ;
- la normalisation de l'approvisionnement en réactifs et traitements ;
- la réglementation de l'ouverture du dossier.

Nous pensons que la prise en compte des recommandations faites dans ce rapport pourra contribuer à une prise de décisions efficaces dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme. Elle pourra par ailleurs servir de stimulant à une véritable volonté politique pour l'amélioration de l'accès aux soins et services dans la lutte contre les grandes pandémies.

# 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 Beti, 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 Yagoua, HD de Mokolo, 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 Foumban, HD Mbouda, HD Dschang, HP Bangoua, Dream Hospital de Dschang ; HD Foubot.
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 Buéa.
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	



## Présentation du TAW

Le Treatment Access Watch (TAW) est un dispositif communautaire indépendant de suivi de l'accès aux soins et traitements qui rentre en droite ligne avec plusieurs volets de la politique nationale visant à favoriser l'accès universel aux soins et traitements. Le TAW fonctionne beaucoup plus comme un thermostat qu'un thermomètre dans le but de mesurer les obstacles et de déclencher des actions efficaces afin de pallier aux difficultés rencontrées dans le mécanisme d'accès aux traitements.

En tant que dispositif indépendant de veille sur l'accès aux soins au Cameroun, le TAW a pour cible toutes les structures décisionnelles et opérationnelles du système de santé, les sites de prise en charge, les structures d'accès aux soins, les associations de PVVIH (personnes vivant avec le VIH).

De manière opérationnelle, le travail du TAW se déploie selon une approche participative et communautaire, de manière coordonnée et harmonisée la méthodologie mise en place, implique à tous les niveaux toutes les parties prenantes de l'accès aux soins.

Les activités du TAW se déclinent au travers des programmes suivants :

- **Programme sentinelle**

Programme sentinelle est un dispositif communautaire de suivi de la disponibilité des antirétroviraux, réactifs (dépistages et examens biologiques) et aussi de suivi des coûts.

- **Programme Access Watch**

Cette activité consiste à mobiliser et former au moins quatre les observateurs bénévoles dans chaque structure de soins. Dans le but de suivre et évaluer l'accessibilité dans les services de santé.

- **Programme Citizenship**

Le programme d'éducation à la citoyenneté est le plus transversal de nos interventions. Il consiste à travers divers outils de communication et de sensibilisation d'informer, d'éduquer et de communiquer sur les textes et lois nationaux et internationaux, dans le but de contribuer à une meilleure participation des parties prenantes à un meilleur accès aux soins.

- **Programme Feedback**

Né du constat que plusieurs évaluations d'accès aux soins ne prennent pas toujours en compte le point de vue des usagers. 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.

## Contacts

### Positive-Generation

BP : 8908 Yaoundé 14

Tél. : 237 22 23 88 60/ 22 03 63 27

Email : [positive.generation@positive-generation.org](mailto:positive.generation@positive-generation.org)

Site web : [www.camerounaids.org](http://www.camerounaids.org)

### 3SH

BP : 3169 Douala

Tél. : + (237) 22 61 39 57/ 70 79 56 11

Email : [info@3sh.org](mailto:info@3sh.org)

Site web: <http://www.3sh.org>

# LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE 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.