



GROUPEMENT DE LA FILIÈRE BOIS  
DU CAMEROUN



au travers de la KFW



## Projet santé dans les entreprises forestières membres du Groupement de la Filière Bois du Cameroun

# Rapport Annuel 2014



**« Un milieu de travail sain est propice à une santé physique  
et mentale optimale et permet d'adapter les tâches aux capacités  
et à l'état de santé physique et mental des travailleurs »**

*In Recueil des directives pratiques du BIT sur le VIH/Sida et le monde du travail, p 6*

Projet santé dans les entreprises forestières membres  
du Groupement de la Filière Bois du Cameroun

## Rapport annuel 2014





Liste des Figures et Tableaux	4
Liste des Annexes	4
Acronymes	4
Propos Introductifs	7
<b>I- Contexte légal de mise en œuvre des activités VIH au sein des entreprises forestières</b>	<b>9</b>
I.1 Cadre institutionnel de la lutte contre le VIH dans le monde du Travail	10
I.2 contexte Légal, Politique et Stratégique du VIH dans le monde du travail	10
I.3 Certifications forestières	12
<b>II- Appréciation des interventions au niveau du projet</b>	<b>13</b>
II.1 Gouvernance	14
II.2 Renforcement des Politiques de Prévention et de Prise en Charge	15
II.3 Renforcement de la décentralisation de la prise en charge	16
II.4 visibilité, collaboration, participation aux ateliers	21
<b>III- Evolution des activités de Prévention et de Prise en charge sur les sites</b>	<b>23</b>
III-1 Bilan des formations	24
1- Formation des pairs éducateurs	24
2- Formation du personnel soignant	25
III.2 Bilan de la PEC	26
1- Evolution du dépistage et de la mise sous traitement des patients	26
2- Evaluation des résultats du projet INH	30
3- analyse de l'incidence	31
<b>IV- Analyse de l'Autonomisation des entreprises et Perspectives 2015</b>	<b>33</b>
IV.1 Analyse de l'Autonomisation des entreprises	34
1- Politique de gestion de santé en entreprise	34
2- Analyse de l'offre de soins dans les formations sanitaires de proximité	34
3- La question du financement de la santé en entreprise	35
IV.2 Perspectives	35
<b>Conclusion</b>	<b>37</b>

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

**Figure n° 1 :** structures de pec disponibles avant 2010 dans la Région de l'Est

**Figure n° 2 :** structures de pec disponibles dans la Région de l'Est en 2014

**Figure n°3 :** Comparaison des taux d'incidence dans les trois sites entre 2007 et 2014

**Tableau n° 1 :** Evolution du nombre de PVVIH sous ARV suivies au sein des structures de pec créées en entreprise

## LISTE DES ANNEXES

**Annexe n°1:** Les 12 activités prescrites par l'OMS pour la collaboration des programmes TB/VIH

**Annexe n°2 :** 1er algorithme de dépistage de la TB et de la provision d'INH chez les PVVIH

**Annexe n°3 :** Nouvel algorithme de dépistage de la TB et de la provision d'INH chez les PVVIH

**Annexe n° 4 :** Fiche d'information sur l'INH pour les patients

**Annexe n°5 :** Calcul des points pour les critères de notation

**Annexe n°6 :** Grille de Notation

## ACRONYMES

**ARC :** Agents de relai communautaire

**ARV :** Antirétroviraux

**BIT :** Bureau International du Travail

**CDV:** Centre de Dépistage Volontaire

**CNLS :** Comité National de Lutte contre le Sida

**COMIFAC :** Commission des forêts d'Afrique centrale

**CTA :** Centre de traitement agréé

**DG :** Directeurs généraux

**DLM :** Direction de la lutte contre la maladie

**DRS :** Délégués Régionaux de la Santé

**DSCE :** Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi

**GFBC :** Groupement de la Filière Bois du Cameroun

**GIZ :** Coopération Internationale Allemande

**GTR :** Groupe technique régional

**IEC :** Information, Communication, Education

**INH :** isoniazide

**MINSANTE :** Ministère de la santé

**OMS :** Organisation Mondiale de la Santé

**PCS :** Partenaire Contre le Sida

**PE :** Pair éducateur

**PEC :** Prise en charge

**PF :** Point focal

**PNLT :** Programme national de Lutte contre la Tuberculose

**PPECF :** Programme de promotion de l'exploitation certifiée des forêts

**PPP :** Partenariat Public Privé

**PS :** Personnel soignant

**PSN :** Plan stratégique national

**PVVIH :** Personne vivant avec le virus du SIDA

**SIDA :** Syndrome de l'immunodéficience acquise

**TVVIH :** Travailleur vivant avec le VIH

**TB :** Tuberculose

**UPEC :** Unité de Prise en Charge

**VIH :** Virus de l'immunodéficience humaine

**Rapport à établir en vertu de l'ARTICLE 3 – OBLIGATIONS D'INFORMATION ET PRESENTATION DES RAPPORTS NARRATIFS ET FINANCIERS – de la Charte du Programme de Promotion de l'Exploitation Certifiée des Forêts et qui stipule que <Le Bénéficiaire fournit au Programme toutes les informations requises relatives à la mise en œuvre de l'Intervention. A cet effet, il établit de son point de vue, des rapports intermédiaires ainsi qu'un rapport final de l'Intervention...>.**

**1.1. Nom du bénéficiaire :** GROUPEMENT DE LA FILIERE BOIS DU CAMEROUN

**1.2. Nom et fonction de la personne de contact :** Jacques DUPANLOUP- Délégué Général du GFBC

**1.3. Numéro du Contrat :** PPECF/ Contrat C041/ Subvention GFBC VIH

**1.4. Date de début et date de fin de la période de reporting :** février 2014- février 2015

**1.5. Pays ou région(s) :** Cameroun

**1.6. Bénéficiaires finaux et/ou groupes cibles<sup>1</sup> (si différents) :** les entreprises forestières; les travailleurs; les familles des travailleurs; les populations riveraines.

---

<sup>1</sup> Les "groupes cibles" sont les groupes/entités pour lesquels l'Intervention aura eu un apport direct et positif au niveau de l'Objectif du Projet, et les "bénéficiaires finaux" sont ceux qui bénéficieront de l'Intervention à long terme.



## Propos Introductifs

**L**a virulence de la pandémie du VIH et du Sida a frappé de plein fouet la communauté internationale dans les années 1980 nécessitant une riposte à la hauteur de la tragédie. Le plus lourd tribut est sans contexte payé par les pays pauvres d'Afrique Sub saharienne qui présentent près de 70% de la population mondiale infectée, causant de graves menaces sur la santé, le développement durable et le progrès social et économique.

La création d'un Fonds Mondial pour la santé, le développement des partenariats publics privés, l'émergence de programmes internationaux et nationaux de lutte, se basant sur une approche multisectorielle... vont permettre de renverser la tendance de la propagation du virus. L'organisation de la riposte se dessine et à l'orée 2020, l'on semble assister à une maîtrise de l'infection qui se mesure à la baisse de nouvelles infections, la gratuité des ARV qui a permis un bond notable du nombre de personnes mises sous traitement, tel que le souligne le dernier rapport d'ONUSIDA<sup>2</sup> ...

L'infection s'attaque à la tranche d'âge la plus active (15-49 ans), faisant du milieu du travail un levier de premier plan pour endiguer le fléau que représente le VIH/Sida. Le secteur de la foresterie qui est l'un des milieux professionnels les plus à risque de transmission de la maladie, est doublement interpellé. Le Groupement de la Filière bois du Cameroun a compris les enjeux de la lutte contre cette pandémie au sein de ses entreprises forestières membres : celui de la préservation de sa force de travail dans un milieu favorable à la propagation du virus ; celui de la cohérence face aux critères sociaux des processus de certification dans lesquels les entreprises se sont engagées, couplé à un contexte national de renforcement de la lutte dans le milieu du Travail.

Le GFBC a mis sur pied en 2007 un projet qui allait réaliser au sein des entreprises adhérentes<sup>3</sup>, des programmes complets de lutte contre le VIH comprenant des séances d'IEC, le cycle complet de CDV, ainsi qu'un volet prise en charge. La durée du projet a été arrêtée à 5 ans afin d'amener à une bonne appréhension de cette problématique sur les sites forestiers. Des partenaires<sup>4</sup> techniques et financiers ont appuyé cette initiative du groupement, à l'instar de la Coopération Internationale allemande au travers de la GIZ qui a accompagné le projet de sa création jusqu'en décembre 2013, le prolongeant d'une année supplémentaire en vue de renforcer le processus d'appropriation et d'autonomisation des activités en entre-prise.

En conformité avec la Déclaration de Paris, le principe de responsabilité partagée était de mise entre les partenaires, chacun apportant sa plus value : pour les partenaires, leur expertise technique et ressources financières ; et pour les entreprises, la responsabilité de la logistique générale des missions (déplacements, hébergement, restauration des équipes...). Avec le processus d'appropriation, l'apport financier des entreprises sera de plus en plus sollicité (financements des CD4, propre système d'approvisionnement en supports et outils de sensibilisation...).

<sup>2</sup> Rapport ONUSIDA 2013

<sup>3</sup> Le projet santé a travaillé au total avec 10 entreprises adhérentes depuis 2007

<sup>4</sup> Les autres partenaires qui ont accompagné le projet sont : Partenaires Contre le Sida et le Laboratoire d'analyse IRD/IMPM/CREMER

Ces dernières bénéficient de l'une des offres de soins VIH en entreprise les plus performants avec la création des unités de prise en charge sur les sites, ce qui permet un suivi de proximité des TVVIH/PVVIH. Le projet est une vitrine forte de la politique de santé de ses entreprises adhérentes, et à la fin du financement du partenaire GIZ, le GFBC a tenu à conserver cette approche coordonnée dans la mise en œuvre des activités, et une cellule de coordination a été maintenue.

Le lancement des activités a été observé en janvier 2014 en concertation avec les DG. En février 2014 le groupement obtient une subvention du Programme de Promotion de l'Exploitation Certifiée des Forêts (PPECF), un sous programme de la Commission Interministérielle des forêts d'Afrique Centrale (COMIFAC), qui appui les entreprises dans le processus de certifications forestières dans lesquelles les approches VIH constituent un critère sociale de premier plan. **L'objectif premier de l'Action était d'assurer la poursuite coordonnée des activités et les mêmes niveaux d'intervention sur les sites malgré la fin des financements.**

Aussi, nous développerons notre propos autour des questions ci-après : quelle est la spécificité de la mise en œuvre des activités de VIH dans le contexte forestier et sa pertinence dans les questions de développement durable ? Pour les entreprises, quelles leçons tirées dans la mise en œuvre de leur politique de santé dans un environnement naturel hostile et mal desservi par les politiques nationales de santé, et qui concentre un grand nombre de problèmes de santé prioritaires ?

Nous nous appesantirons sur l'évolution du projet et ses défis continus en matière d'offre de soins de santé qui se doivent, en conformité avec la charte d'OTTAWA, d'être adaptés aux besoins de santé, ce qui implique une mission plus large de Promotion de la Santé, et nous verrons comment les interventions éclectiques en matière de santé ont été réalisées. Nous ressortirons également le cadre normatif et réglementaire de la mise en œuvre des activités dans les entreprises forestière et de manière générale dans le monde du travail. Et enfin un essai d'analyse de l'autonomisation des entreprises et de la pérennisation des activités sera également mené et quelques pistes de solutions retenues.







# **CONTEXTE LEGAL DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES VIH AU SEIN DES ENTREPRISES FORESTIERES**

## I.1 Cadre institutionnel de la lutte contre le VIH dans le monde du Travail

Devant l'impact tragique sur le développement humain, social et économique, et la menace sur l'avenir de la Nation, le gouvernement du Cameroun a érigé la lutte contre le VIH et le Sida au premier plan des priorités nationales et l'avait déjà inscrit comme programme prioritaire dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté. La Lutte contre le VIH sera encore reconduite comme programme prioritaire dans le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi, c'est dire l'importance que le gouvernement accorde à cette problématique de santé publique. Il est à noter que le cadre institutionnel sur lequel est fondée la lutte contre le VIH découle de la volonté politique exprimée au plan mondial à travers les OMD, la Déclaration sur le VIH et le Sida(UNGASS), le principe <Three ones> de l'ONUSIDA(2004), la déclaration d'ABUJA, et au plan national par le DSCE.

Les éléments qui marquent l'appropriation de cette lutte par le gouvernement sont sans contexte la création d'un Comité Nationale de Lutte contre le Sida en 1998, et l'élaboration de 3 Plans Stratégiques Nationaux de lutte contre le VIH et le Sida : le 1er PSN-2000/2005 ; le 2ième PSN-2006/2010 ; Le 3ième PSN 2011-2015 dont une des priorités est l'élaboration d'un Document Cadre d'Orientation concernant le VIH et le Sida dans le monde du travail. Le premier PSN qui se voulait multisectoriel et décentralisé a été renforcé par un programme multisectoriel de lutte contre le Sida, élaboré et mis sur pied en 2001 par la signature de la **Circulaire N° 010/CAB/PM**, et dont les grandes lignes visaient à impliquer tous les secteurs et acteurs de la vie nationale dans la lutte contre cette maladie pour un ciblage complet et adéquat des interventions.

En vue de rendre cette approche effective, différentes formes de partenariats ont été élaborés, à l'instar du partenariat public/privé dans la lutte contre le VIH et le Sida, en vue de définir un cadre formel de l'implication des secteurs autres que la santé dans la lutte, et parmi les acteurs impliqués, l'on retrouvait les entreprises privées et parapubliques. La Politique Nationale de santé est définie et régulée par l'Etat et sa mise en œuvre fait intervenir plusieurs acteurs tels que le secteur privé à but lucratif et à but non lucratif.

L'un des axes majeurs autour duquel s'est orientée la lutte contre le VIH en 2014, a porté sur le milieu du travail et en particulier sur les grands chantiers structurants par la mise en place de programme intégré de lutte contre le VIH et le Sida à l'endroit des travailleurs et des populations environnantes. L'une des grandes recommandations gouvernementale est la mise en place systématique de programme VIH dans tous les chantiers structurants, et l'intégration de cet enjeu dans les évaluations environnementales retient l'attention de plusieurs experts en évaluation environnementale. C'est ce qui ressort du 6ième séminaire du Secrétariat pour l'Evaluation Environnementale en Afrique Centrale, tenu du 13 au 14 novembre 2014 dans la ville de Buéa au Cameroun, sous le thème : « Evaluation Environnementale : Intégrateur des enjeux émergents dans le processus de développement durable : Changements climatiques/REDD+, Conflits d'usages, économie verte, égalité du genre et lutte contre le VIH Sida ».

## I.2 Contexte Légal, Politique et Stratégique du VIH dans le monde du travail

En l'absence d'une étude approfondie dans le domaine du travail sur le plan national, la séroprévalence globale du VIH chez les travailleurs, reste inconnue. Les seules données qui figurent dans le <Document Cadre d'Orientation de la Lutte contre le VIH dans le milieu du travail> s'appuient sur la publication des résultats d'un dépistage sentinelle qui avait été réalisé sur un site forestier et qui situait le taux de séropositivité à 17%. Et à ce titre dans le cadre de la stratégie de la lutte dans le secteur du travail, le secteur des Forêts et des bois compte parmi les 8 secteurs recensés comme les plus exposés au VIH.

En ce qui concerne les entreprises du groupement et adhérentes au projet, les statistiques de séroprévalence sont maîtrisées et sur **les sites urbains sont inférieurs à 3%**

tandis que sur **les sites forestiers** ils sont autour de **7% chez les travailleurs**, et vont parfois à plus de **10% chez les populations riveraines**. Une étude menée sur un échantillonnage représentatif tend également à soutenir que le taux de nouvelles infections est en baisse de 69%.

Il est indubitablement admis que le VIH constitue un obstacle non négligeable au travail décent et à un développement durable. La mise en œuvre des activités VIH en entreprise s'appuie sur les instruments juridiques, internationaux et nationaux. Des instruments moteurs fondent cette stratégie :

### **Au plan international**

**La Convention 155** sur la Sécurité et la Santé des Travailleurs en milieu du travail, adoptée le 22 juin 1981 et son protocole de 2002, ratifiée par le Cameroun en Décembre 2011 qui prescrit en son article 4 alinéa 1 et 2 l'adoption d'une politique cohérente en matière de sécurité et de santé au travail, de même que les mesures à prendre par les autorités publiques et les entreprises pour promouvoir la sécurité et la santé au travail et améliorer les conditions de travail.

**La Recommandation N°200**, concernant le VIH et le sida et le monde du travail, adopté en juin 2010.

**La Convention 111**, concernant la discrimination (emploi et profession), adoptée en 1958 et ratifiée en 1988 qui proscrie toute distinction, exclusion ou préférence basées sur la race, la couleur, le sexe, la religion, l'opinion publique, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, ayant pour effet de détruire ou d'altérer l'égalité des chances ou de traitement en matière d'emploi ou de profession.

**La Convention N° 158** sur licenciement, adoptée en 1982 et ratifiée par le Cameroun en mai 1988 qui consacre le principe selon lequel un travailleur ne doit pas être licencié sans qu'il n'existe un motif valable de licenciement lié à son aptitude ou sa conduite ou fondé sur les nécessités du fonctionnement de l'entreprise, de l'établissement ou du service.

**La Convention N° 161** concernant les services de santé au travail, adoptée le 22 juin 1985 qui prévoit la mise en place au niveau de l'entreprise de services de médecine du travail, dont la mission est essentiellement préventive, qui sont chargés de conseiller l'employeur, les travailleurs et leurs représentants dans l'entreprise en matière de prévention, de la sécurité, de la salubrité et de santé du milieu du travail. Etc...

### **Au plan national**

**La Loi 92/007 du 14 août 1992** portant Code du Travail et ses textes d'application, en son titre VI prévoit des dispositions relatives à la sécurité et à la Santé au travail.

**L'arrêté N° 015/MTPS/IMT** du 11 octobre 1979 qui porte organisation et fonctionnement des services médicaux du travail en fixant les conditions dans lesquelles sont effectuées les visites médicales et l'installation et l'approvisionnement en médicaments des services médicaux du travail ;

**La Déclaration tripartite** de lutte contre le VIH et le sida en milieu de travail (2008). Le Programme Pays pour un Travail Décent du Cameroun (2010-2015), qui est le document de référence pour accompagner le gouvernement dans la mise en œuvre de sa politique nationale de l'emploi et visant à s'affranchir de la pauvreté par la création et la protection d'emplois décents ;

En 2013 l'OIT a procédé au lancement de l'initiative VCT@work qui vise de proposer le dépistage volontaire du VIH et la PEC à 5 millions de travailleurs d'ici 2015. Le Cameroun s'est fait un écho favorable à cette initiative et le MINTSS a procédé à la mise en œuvre en 2014, par une campagne menée auprès des entreprises, notamment quelques unes du GFBC. Les entreprises du groupement ont participé à cette initiative dans le cadre des dépis-tages réalisés sur les sites forestiers.



### I.3 Certifications forestières

Le processus de certification forestière s'est accéléré ces dernières années dans les forêts du Bassin du Congo, dans le but d'amener à une prise de conscience dans l'exploitation et surtout à l'application d'une gestion durable. Ceci demande de la part des entreprises qui s'engagent soit pour l'obtention ou le maintien de son certificat, à se soumettre à un ensemble de bonnes pratiques forestières, en lien avec les grands Principes du standard de certification encouru.

La grande majorité des entreprises du groupement sont concernées par la certification FSC™. Dans le Principe 4 de la Grille de contrôle, il est énoncé : « Les opérations de gestion forestière doivent préserver ou améliorer le bien-être social et économique à long terme des travailleurs forestiers et des communautés locales ». La mise en œuvre des activités VIH et plus prosaïquement de santé s'inscrit dans les plans d'action FSC™ des sociétés forestières.

La notion de < bien être social > ne saurait être dissociée de la santé car il ne saurait exister de bien être sans la santé, et cela renvoi à une notion plus large de promotion de la santé et développement durable, dans une logique de coûts et bénéfices des activités mises en place dans le cadre de ce projet au sein des entreprises. L'objectif du PPECF est d'accroître l'exploitation certifiée des forêts dans le bassin du Congo par :

- La mise en place de mécanismes techniques et formels ainsi que des conditions institutionnelles en appuyant la mise en place d'un cadre propice à la certification à travers les réseaux soutenant la certification et de donner un appui aux (nouveaux) acteurs privés et publiques ;
- L'amélioration de la qualité de l'exploitation industrielle des forêts et il est question pour ce volet de renforcer principalement les entreprises par le biais de formations et d'activités spécifiques liées à la certification.

Dans le cadre logique du programme < la mise en œuvre des approches VIH > est une sous activité de l'activité principale 2. La subvention accordée au groupement par le programme concourt à l'obtention ou au maintien du certificat pour les entreprises. Le plaidoyer pourrait également être mené au niveau du programme pour l'accompagnement des entreprises dans le processus de pérennisation des activités VIH et de santé en général par un appui technique pour la mise en place d'une mutuelle de santé au niveau du GFBC.



## ***APPRECIATION DES INTERVENTIONS AU NIVEAU DU PROJET***

## II.1 Gouvernance

La Gouvernance est assurée au niveau des entreprises par le compte rendu des activités aux DG et la planification annuelle des activités en collaboration avec les PF VIH des entreprises. En fin d'année 2013, les membres de l'équipe de coordination ont effectué une mission de compte rendu auprès des DG et de préparation de la prolongation des activités du projet après la fin de financement de la GIZ. Sur les 9 entreprises qui s'étaient jusque là engagées, 7 ont souhaité poursuivre avec le projet (ALPICAM ; CUF ; PALLISCO ; PANAGIOTIS MARELIS ; SFID ; VICWOOD THANRY, WIJMA). Les implications en terme stratégique et financier ont été discutées avec les DG, ce qui a assuré la reprise des activités en janvier 2014.

Pour piloter le projet dans son ensemble et assurer une meilleure coordination avec les entreprises bénéficiaires, quelques canaux de concertation sont mis en place. Ces canaux visent à impliquer les bénéficiaires dans la préparation et la planification des activités à réaliser, à renforcer la communication et le suivi, et à rendre compte aux différents partenaires afin de faciliter le processus de prise de décision.

### • Planification participative

En début de chaque année, le projet organise un atelier de planification en prélude à la mise en œuvre des activités. A cette occasion les participants qui sont les représentants des entreprises bénéficiaires, l'équipe de coordination et le GFBC procèdent à l'évaluation des activités de prévention et de prise en charge menées sur les sites, les difficultés rencontrées, ainsi que les bonnes pratiques.

Au terme dudit atelier, le plan opérationnel de l'année en cours est élaboré, ainsi que les stratégies de mise en œuvre. C'est aussi à ce moment que les questions de logistique liées à la réalisation des missions sont examinées. Un des enjeux de l'exercice de planification participative est de s'assurer que tous les participants ont une vision commune des stratégies de mise en œuvre et des résultats à atteindre. La tenue d'un atelier de planification en début de chaque année est très appréciée par l'ensemble des intervenants pour lesquels cette rencontre constitue une plateforme idéale d'échange et de concertations entre les différents responsables des entreprises bénéficiaires. Un des avantages de cette pratique est de faciliter le partage des bonnes pratiques, et d'améliorer la communication.

### • Suivi de la mise en œuvre au projet

Un outil de reporting et de suivi est élaboré par l'équipe de coordination et approuvé par les responsables des entreprises bénéficiaires. Cet outil qui permet à l'équipe de coordination de vérifier si les activités planifiées se déroulent conformément au Plan de Travail Annuel, fournit un flux continu d'information tout au long de la mise en œuvre, permet de prendre des décisions en temps opportun pour résoudre des problèmes éventuels qui obs-truient la mise en œuvre.

Les informations collectées sont transmises à une fréquence trimestrielle au projet, et présentées lors des réunions trimestrielles du Comité Hygiène Santé et Sécurité du site. Cette organisation dans le travail permet non seulement aux responsables de l'entreprise de suivre la mise en œuvre des activités sur le site, mais aussi à l'équipe de coordination de suivre le niveau de réalisation des activités planifiées.

### • Comité de pilotage

Le comité de pilotage est la structure décisionnelle qui joue un rôle prépondérant dans le projet. Il est également chargé de veiller au bon fonctionnement du projet. Il regroupe les différents partenaires engagés dans sa mise en œuvre. Lorsque cela est nécessaire, d'autres personnalités et partenaires au développement sont conviés.

Un Comité de Pilotage par an se tient entre les 2 partenaires, le GFBC et le PPECF,

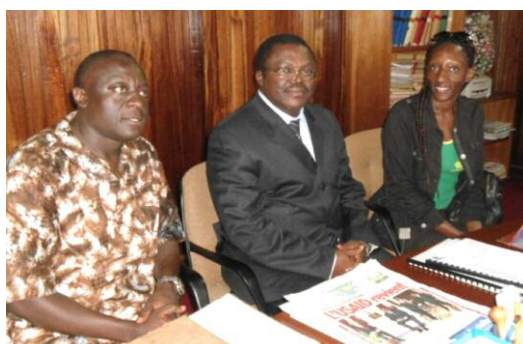


et celui-ci a eu lieu en juin 2014, et a tenu lieu de Suivi Evaluation pour le programme, mais également de préparation de la prochaine phase, la subvention liant les 2 partenaires s'étalant sur 2 ans (février 2014- Avril 2016). En novembre 2014 un Rapport d'Avancement a été émis dans lequel un avenant avait été sollicité pour l'introduction de nouvelles activités dans le Contrat de Subvention GFBC/PPECF. Cet avenant a été entièrement accepté par le programme, ce qui de facto créé une modification dans le cadre logique 2015.

Des comptes rendus des activités sont également menés à l'endroit des administrations de santé, notamment à l'endroit du Ministère de la Santé Publique avec lequel le groupement a un Accord de Collaboration ; les administrations de santé décentralisées, GTR, DRS, ect... Au CNLS et les autres programmes de santé ; ainsi qu'au MINTSS et au MINFOF...

Cette action est également menée envers les autorités administratives à l'instar des gouverneurs de régions, ect... sur les sites le déploiement des activités se font avec les autorisations de convenance.

Enfin un rendu des activités est également observé avec les organismes tels que le BIT, Esther...



**ph 1** : équipe du projet avec le DGA d'Alpicam

**Ph 2** : équipe du projet autour du Gouverneur de la Région de l'Est(2012)

## II.2 Renforcement des Politiques de Prévention et de Prise en Charge

Les interventions de santé du projet sur les sites forestiers ont évolué avec les besoins de santé. De 2007 à 2010 le projet s'est consacré à la problématique du VIH. A partir de 2011 les objectifs principaux vont être modifiés avec l'intégration de nouvelles pathologies à savoir, la prévention de la tuberculose, du paludisme et des maladies hydriques.

Le programme de prévention de la tuberculose a donné lieu au Projet INH. L'OMS recommande la mise sous traitement préventif à la molécule INH, de la tuberculose chez les PVVIH, 1<sup>ère</sup> affection opportuniste chez les immuno déprimés. En collaboration avec le PNLT, un projet pilote a été initié sur 70 TvVIH en 2013. A terme il faudrait passer à l'échelle afin que tous les TVVIH puissent être mis sous traitement sur les sites. En ce qui concerne le paludisme qui constitue le premier motif de consultation sur les sites forestiers, le projet a joué le rôle de facilitateur pour la distribution des MILDA lors de la grande campagne du MINSANTE de 2011 ; il a également porté son action sur le suivi des protocoles nationaux pour le traitement du paludisme, notamment chez la femme enceinte ; et par la production et la mise à disposition de supports de sensibilisations.

Les problèmes d'accès à l'eau potable se posent avec acuité sur les sites et les entreprises ont leurs stratégies pour y remédier. Le projet a appuyé cette politique d'accès à l'eau potable en mettant à disposition des sites, des produits de traitement des eaux destinées à la consommation de 2011 à 2012. Suite à des contraintes de finan-

**ph 3 :** Atelier d'imprégnation des médecins à la pec des hépatites



cement cette distribution a été suspendue, mais cette question reste un vrai souci et la faisabilité d'une étude sur ce problème est envisagée.

Le relai des politiques nationales de santé sur les sites forestiers est primordial, et cela s'est observé pour le projet de diverses manières. En 2014, le gouvernement au travers du MINSANTE a lancé une campagne contre les hépatites avec pour objectifs d'Améliorer l'appropriation de la PEC par les prestataires ; Maitriser le traitement des hépatites ; Assurer le suivi-évaluation. A cet effet un atelier d'imprégnation à la prise globale des hépatites s'est tenu à la DLM du 23 au 24 juillet 2014, et afin de permettre une décentralisation de la prise en charge des hépatites, les médecins des Forces Armées, de la Police, de certaines formations sanitaires publiques, et des entreprises forestières y avaient été conviés, grâce au plaidoyer du projet ; cette campagne a été marquée par des dépistages et la pec à Yaoundé et à Douala, et lors de son déploiement sur tout le territoire en 2015, le projet sera un interlocuteur du MINSANTE pour le relai sur les sites.

**Ph 4:** campagne mains propres sur les sites;



**Ph 5 :** affiche de sensibilisation sur le virus EBOLA

L'actualité brûlante du virus Ebola a également retenu l'attention du projet en 2014, et a fait l'objet d'une vaste campagne de sensibilisation sur les sites en conformité avec les recommandations du MINSANTE. C'est ainsi qu'une affiche de sensibilisation portant sur les moyens de transmission, les symptômes, et les moyens de prévention, a été conçue



par le projet et mise à disposition des sites. Des vastes campagnes < mains propres > ont été réalisées avec des gestes symboliques tels que des distributions de savons...

### II.3 Renforcement de la décentralisation de la prise en charge

Au démarrage de la prise en charge de l'infection à VIH, celle-ci était concentrée dans les seules villes de Yaoundé et Douala. L'insuffisance des ressources humaines et financières a amené les décideurs à aller vers la décentralisation. En 2001, l'on a la signature de l'initiative ACCESS, la décision n°0178/MSP/CAB du 16 mars 2001 portant création des CTA au niveau de tous les Hôpitaux Régionaux du territoire prend effet le 30 mars. Intervient ensuite l'arrivée des subventions internationales à partir de 2004 et l'entrée des génériques. En 2004, l'arrêté ministériel n° 0455/D/MSP/SG/DLM/SDLVIH-IST/SPEC/BPECM du 22 septembre 2004 porte désignation en 1ère phase de la création des UPEC au niveau des hôpitaux de district ; commence alors un vaste programme de décentralisation, facteur déterminant du passage à l'échelle.

En 2001, un traitement ARV coûtait 600 000 F CFA (1240 dollars) ; en 2007, au cours d'une conférence de presse à Yaoundé, le Ministre de la Santé annonce l'effectivité de la gratuité des ARV dès le 1er mai 2007, gratuité qui s'inscrit dans le cadre du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2006-2010, qui vise à rendre accessible les ARV à 75% des adultes et 100 pour cent des enfants en attente de ces traitements d'ici 2010.

Le Cameroun bénéficie à cet égard, des financements des Principaux contributeurs tels que la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, ONUSIDA, OMS, PNUD, UNICEF, Coopération Française, la Coopération Internationale Allemande, UNITAID, USAID/PEPFAR. Le GIP ESTHER qui intervient au Cameroun depuis 2002 contribue à cette réponse par l'assistance à l'opérationnalisation de la « décentralisation par le tutorat de la prise en charge du VIH », des Centres de Traitement Agréés (CTA) vers les Unités de prise en charge (UPEC) (projet C2D Santé), l'accompagnement psychologique des personnes vivant avec le VIH sous traitement et l'« amélioration de la disponibilité et de l'usage des ARV et intrants » à travers le projet ESTHERAID.

De nombreux efforts sont consentis pour améliorer l'accès aux soins des populations; grâce à la décentralisation, le ministère de la santé s'efforce de rapprocher les bénéficiaires des structures de prise en charge et de leur faciliter l'accès au traitement. Malheureusement, des difficultés persistent : de nombreuses Upecs sont créées mais tardent à devenir fonctionnelles, les ressources humaines ne sont pas suffisantes, ainsi que les moyens matériels. De grosses difficultés pour la réalisation des examens médicaux se posent. Dans les zones forestières, les populations sont confrontées à de nombreux freins pour la prise en charge globale de l'infection à VIH : problème d'accessibilité géographique, déplacement des populations des zones forestières vers les structures de prise en charge épineux, moyens financiers importants nécessaires pour les frais de transport, d'hébergement et de restauration.

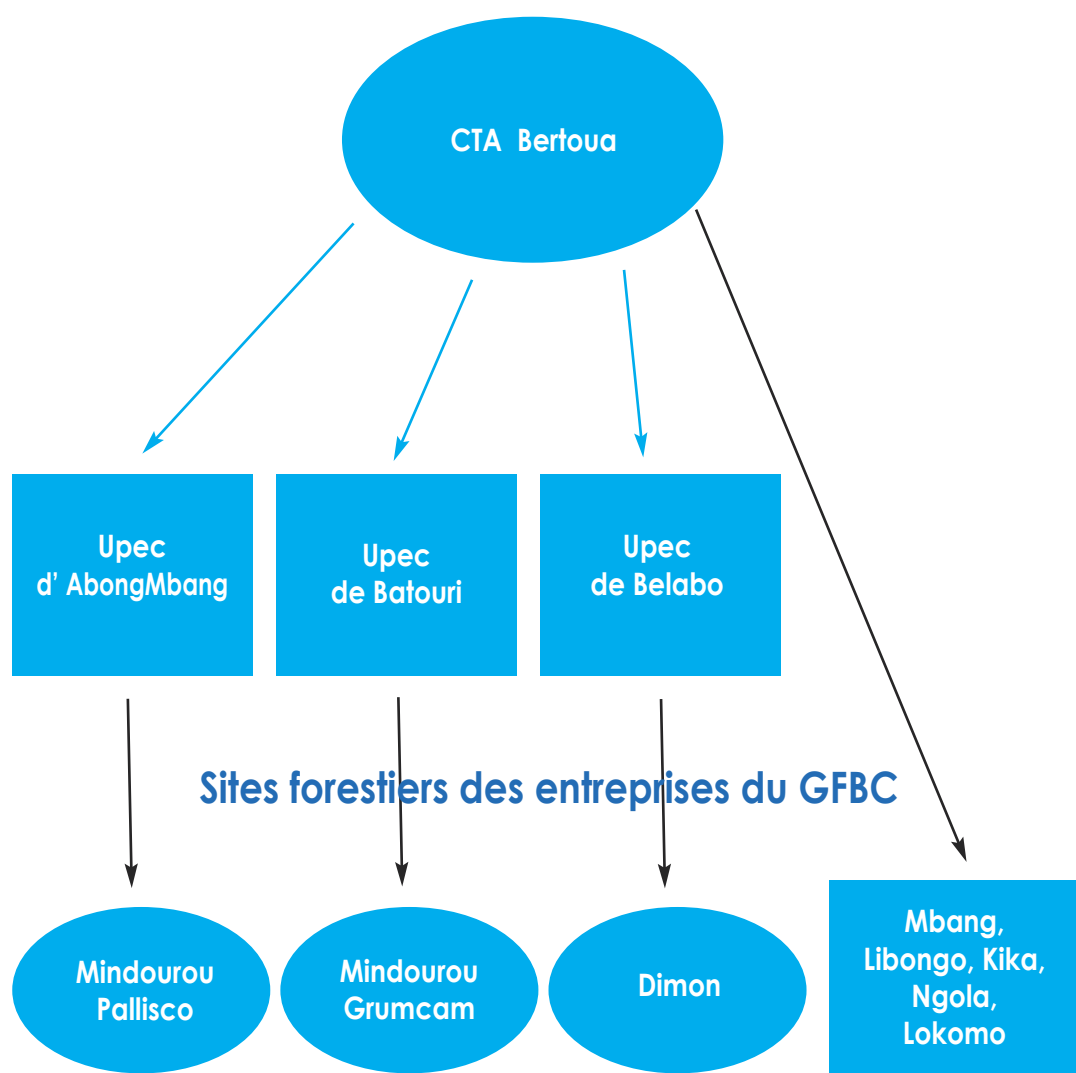
Les activités du projet santé sont réalisées depuis 2007 dans cinq régions du Cameroun. Dans la région de l'Est, région qui avait à cette époque, la prévalence la plus élevée et dont la population la plus infectée, était constitué en majorité des jeunes (sans emploi, sous scolarisé...). Malgré l'existence de quelques Upecs (Abong Mbang, Batouri, Belabo), les personnes séropositives devaient toutes se rendre au CTA de Bertoua pour la réalisation des bilans et pour une zone comme Yokadouma où il n'y avait pas d'Upec, la dispensation des ARV se réalisaient aussi à Bertoua. Ces déplacements étaient une véritable contrainte financière pour les patients du fait de l'importante étendue géographique de cette région et à cause de l'insuffisance des infrastructures de transport. On observait alors de nombreux perdus de vue, les patients commençaient le traitement ARV mais étaient rapidement découragés par

les innombrables tracasseries auxquelles ils devaient faire face dans leur parcours de soins.

La figure ci-dessous présente les structures qui étaient chargées d'assurer la prise en charge des PvVIH des sites forestiers de la région de l'Est avant 2010. Seuls trois sites forestiers étaient directement desservis par une Upec, il s'agissait de

- L'Upec d'Abong Mbang pour le site de Mindourou-Pallisco,
- L'Upec de Batouri pour le site de Mindourou-Grumcam,
- Et l'Upec de Belabo pour le site de Dimon

**Schéma 1: structures de pec disponibles avant 2010 dans la Région de l'Est**





Les populations des sites de Mbang, Kika, Lokomo, Ngola et Libongo devaient se référer au CTA de Bertoua. L'Upec du Centre Catholique de Salapoumbé permettait le suivi de quelques membres de la communauté.

Au regard de la répartition géographique des sites forestiers et de la population des personnes séropositives dans la région de l'Est, que ce soit au niveau des entreprises forestières ou dans la communauté, les trois Upecs étaient de toute évidence insuffisante pour couvrir la région. Pour ce qui est des entreprises forestières, les Coordonnateurs d'Upecs cumulaient les fonctions de médecins du travail et de médecin assurant la prise en charge globale du VIH au sein des entreprises de Grumcam et Pallisco. C'est plus ou moins la même difficulté rencontrée pour le site de Dimon. Très rapidement, les coordonnateurs d'Upecs ont ressenti la nécessité de mettre en place un modèle de délégation des tâches pour assurer les services de prise en charge pour les populations de leur aire de santé.

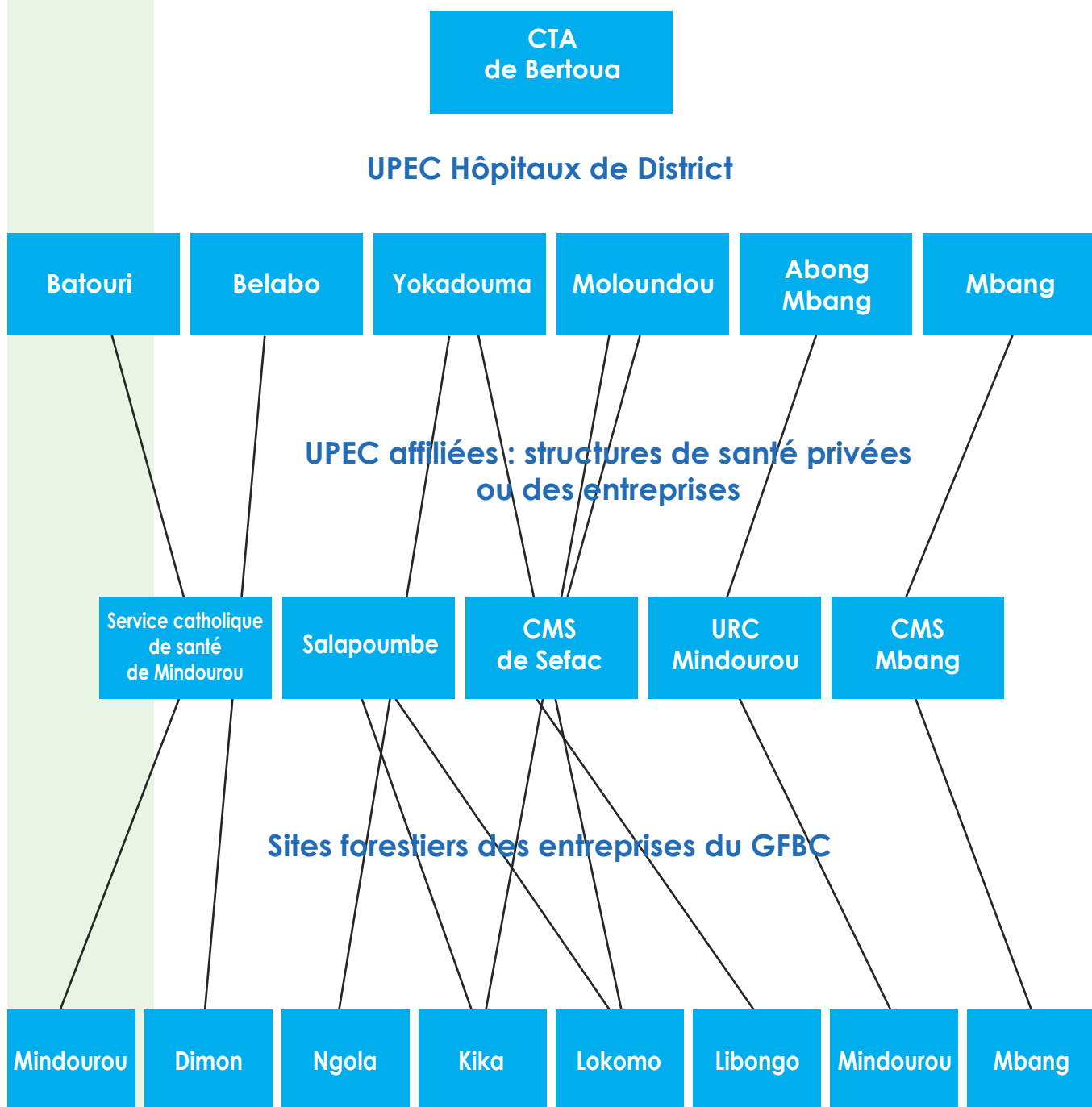
#### **La décentralisation sur les sites forestiers en 2014**

Au niveau du projet santé, la même réflexion a été réalisée pour trouver des solutions à ces problèmes qui constituent des freins à l'organisation de la prise en charge du VIH/sida des populations des zones forestières. Dès 2010, avec la collaboration du Gouverneur et du Délégué de la Santé de la Région de l'Est, plusieurs actions ont été réalisées par le projet santé du GFBC. C'est ainsi qu'a été organisée à Bertoua la formation régionale des médecins et infirmiers des Upecs et des entreprises forestières présidée par le DRS en collaboration avec le GTR et le Coordonnateur du CTA de Bertoua. Le projet santé a en partie financé et participé à l'opérationnalisation des Upecs de Yokadouma et de Moloundou. Dans le même temps, le coordonnateur de l'Upec d'Abong Mbang qui avait participé à la formation Régionale, mettait en place le concept d'Unité de Relai Communautaire (URC) pour la dispensation des ARV au sein de l'infirmerie de l'entreprise Pallisco à Mindourou. Le médecin de l'entreprise Sefac mettait en place au sein de son CMS une Upec affiliée à l'Upec de Moloundou. En 2013, le projet santé a participé à l'opérationnalisation de l'Upec de Mbang ainsi qu'à la création de l'Upec affiliée du CMS de l'entreprise Sfid à Mbang. En 2014, le coordonnateur de l'Upec de Batouri a demandé à l'équipe de coordination du projet santé de l'accompagner dans la création d'une Upec affiliée au niveau du centre catholique de santé de Mindourou.

Toutes ces Upecs affiliées, sont dotées des services de base des Upecs : les services de dépistage, les services d'accompagnement et de suivi des PVVIH et la dispensation des ARV. L'Upec du CMS de Mbang a son comité thérapeutique qui se tient régulièrement pour la décision de mise sous ARV. Le personnel soignant a été formé par le projet santé à tous les aspects de la prise en charge globale des PVVIH. Les formations et les recyclages sont continus. Le suivi et l'évaluation de ces structures sont assurés par les Upec de référence (tutorat de seconde génération) et par le coordonnateur du CTA de Bertoua. La proximité des services de soins auprès des bénéficiaires est un atout majeur. Les populations font de plus en plus confiance à ce personnel qui les connaît bien car ils sont de leur environnement et qui préserve la confidentialité. La file active de l'URC est passée de 5 à 20 patients en un an en 2013, la file active de l'Upec du CMS de Mbang est passée de 20 à 186 patients sous ARV entre 2013 et 2014.

La figure ci-dessous représente la nouvelle configuration des services offerts avec la multiplication des Upecs au niveau des hôpitaux de district (Yokadouma Moloundou et Mbang) et la multiplication des Upecs affiliées au niveau des sites forestiers (Upec du Centre catholique de Mindourou, URC de Mindourou, Upec de Salapoumbé, Upec du CMS de Mbang, Upec de Libongo).

schéma 2 : structures de pec disponibles dans la Région de l'Est en 2014





Par rapport aux activités de décentralisation, il y a encore de nombreux défis à relever ; en effet, le nombre croissant des patients qui arrivent au niveau de ces Upecs affiliées posent le problème des ressources humaines au niveau des infirmeries d'entreprises qui se retrouvent à jouer le rôle qui devait être réalisé par les structures de l'Etat. En plus des ressources humaines en nombre insuffisant, il faut qu'elles soient qualifiées pour cette nouvelle charge de travail auxquelles elles doivent faire face. En effet dans les Upecs il y a des conseillers psychosociaux, des ARC, des personnes spécialisées dans les tâches dévolues au suivi des PVVIH, tandis que dans les infirmeries d'entreprise, le médecin ou seul l'infirmier chef joue tous les rôles. Enfin, il y a la question du financement que nécessitent toutes ces nouvelles activités.

#### Les défis de la décentralisation de PEC sur les sites forestiers :

- Améliorer les services offerts par les Upec de Moloundou et Yokadouma : les populations des entreprises autour des sites forestiers de Kika éprouvent encore de grosses difficultés dans leur parcours de soins malgré la présence de l'Upec de Moloundou.
- Maintenir des services de soins de qualité dans les Upec de Libongo et Mbang
- Améliorer la fréquentation de l'Upec par les bénéficiaires à l'URC de Mindourou
- Poursuivre la mise en place de la nouvelle Upec du Centre Catholique de Mindourou
- Réaliser une bonne décentralisation des soins pour des sites comme Lokomo, Ngola et Dimon.
- Organiser le circuit de soins sur tous les sites qui ont des conventions de soins avec des médecins du travail.



**Ph6 :** Médecin de l'équipe de Coordination s'entretenant avec le Ministre des affaires sociales lors des festivités du 1er décembre au Hilton

**Ph7 :** Participation de l'équipe de coordination à la 6ème Conférence Internationale du SEEAC.

#### II.4 visibilité, collaboration, participation aux ateliers

Le projet collabore avec les administrations de santé centralisées et décentralisées..., ainsi des organismes tels que le BIT. Sa contribution à l'émergence d'une politique nationale de santé forte et au discours scientifique et social se ressent par la participation aux séminaires et ateliers de réflexion.

L'équipe de coordination a participé aux ateliers d'évaluation des Plans Stratégiques 2014-2017 du PNLN et du PNLT lors des travaux les activités du projet ont pu être pris en compte dans les PSN.

Sa contribution a également été appréciée lors de l'élaboration de la requête adressée par le Cameroun au Fonds Mondial relative au financement de la lutte contre le VIH au Cameroun en 2015. L'intervention du projet a été sollicitée pour la stratégie de financement des activités VIH en entreprise.

L'équipe de coordination a également pris part au 6ième séminaire international du Secrétariat pour l'Evaluation Environnementale en Afrique Centrale qui s'est tenu du 13 au 14 novembre 2014. Son intervention a été constructive au niveau de la session 3 intitulée : Evaluation Environnementale et égalité du genre/lutte contre la VIH/Sida; le cas d'étude a porté sur l'expérience en matière de lutte contre le VIH au sein des entreprises forestières, activités intégrés dans les pans d'action FSC de ces dernières. La visibilité du projet est assurée par la participation aux évènements nationaux, à l'instar de la semaine camerounaise de lutte contre le VIH clôturée par une foire d'exposition à laquelle ont pris part les acteurs importants de la lutte au Cameroun. Une Revue du projet est également produite régulièrement depuis juin 2014, et a donné lieu déjà à 5 publications. Elle est distribuée par mail aux entreprises forestières, au PPECF, aux différents partenaires avec lequel le projet collabore... les différentes publications sont également disponibles sur le site du GFBC.



## ***EVOLUTION DES ACTIVITES DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE SUR LES SITES***



### III-1 Bilan des formations

L'objectif du Projet est de renforcer, par la formation continue, les compétences des acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge. Les stratégies de renforcement des capacités annuelles des acteurs en entreprises et au sein des communautés environnantes visent à maintenir la motivation des acteurs impliqués dans la prévention, et d'accélérer le processus de décentralisation de la prise en charge du VIH dans les formations sanitaires de proximité.

La méthode participative est privilégiée pendant les différentes formations. Afin de faciliter l'apprentissage, et de s'assurer de l'appropriation des connaissances et des bonnes pratiques par les bénéficiaires, quelques techniques pédagogiques sont utilisées à savoir :

- Des exposés verbaux des formateurs suivis des explications;
- Des exercices d'application donnés aux participants dans le but d'évaluer leur niveau de compréhension et d'acquisition des connaissances ;
- Des jeux de rôle ayant pour objectif de mettre les personnes formées au plus près de la situation réelle;
- Le brainstorming et les sessions pratiques.

#### 1- Formation des pairs éducateurs

La formation des pairs éducateurs s'inscrit dans une logique offensive qui vise à réduire, voire à endiguer, la propagation de l'infection à VIH/SIDA et son impact sur le lieu du travail et au sein des communautés riveraines des concessions forestières.

Selon les directives du BIT, le quota de sélection des pairs éducateurs à former est de 4 pairs éducateurs pour 100 travailleurs.

Au sein des communautés environnantes, quelques leaders communautaires sont identifiés par les médiateurs sociaux des entreprises en collaboration avec les membres des Comités paysan Forêt pour être formés ; ceci dans la perspective de renforcer l'information et la communication au sein des communautés riveraines. Les personnes à former sont sélectionnés sur des critères de probité morale, de leadership, de capacité à communiquer et de disponibilité.

Les résultats ci-dessous sont attendus en fin de chaque session de formation :

- Augmenter le niveau de connaissances sur les IST/VIH/sida et sur les questions liées à la prévention de la tuberculose, du paludisme et de l'hygiène ;
- Renforcer les compétences des participants en technique d'animation et de mo-



bilisation communautaire en vue de l'adoption des comportements qui permettraient de prévenir la transmission du VIH sur le lieu du travail et au sein de la communauté ;

- Renforcer les capacités des pairs éducateurs en planification participative des activités avec les bénéficiaires et en suivi évaluation.

Pour atteindre ces résultats, 20 modules sont identifiés et animés par les formateurs dans une ambiance favorable à l'apprentissage des adultes. A la fin des formations, l'équipe de Coordination met à la disposition de chaque pair éducateur formé, un kit contenant : Le livret des pairs éducateurs, la fiche des causeries éducatives, le matériel de communication et les intrants pour la sensibilisation de leurs pairs.

Au terme des différentes missions de formations organisées en 2014, 255 pairs éducateurs ont été formés. Ces derniers possèdent désormais des aptitudes d'intervention et sont équipés d'outils pour réaliser les campagnes de sensibilisation auprès de leurs collègues et au sein de leur communauté respectives. Ils ont pris conscience sur le rôle et les responsabilités qu'ils auront à jouer en tant qu'acteur impliqué dans la prévention des IST/VIH/Sida.

453 agents sensibilisateurs identifiés au sein des communautés riveraines et engagés dans la lutte contre le VIH au sein de leur communauté respective ont été sollicités, avec pour mandat de sensibiliser les membres de leur communauté pour une plus grande adhésion au dépistage et à la prise en charge du VIH et des pathologies associées, d'amener les membres de leurs communautés respectives à adopter des comportements sans risque de contracter le VIH. L'action de ces derniers a contribué à améliorer la perception du VIH au sein des communautés et à favoriser leur adhésion au dépistage.



## 2- Formation du personnel soignant

L'accessibilité physique aux soins de santé demeure insuffisante malgré les efforts du Gouvernement Camerounais de création des formations sanitaires. Quand les formations sanitaires existent, le problème de l'offre de soins et de service de qualité se pose avec acuité dans les zones enclavées.

Les sessions de renforcement annuel des capacités des prestataires de soins des formations sanitaires à la prise en charge globale du VIH et à l'accompagnement des personnes séropositives s'inscrivent dans la perspective de l'amélioration de l'offre de soins et de service de qualité, en alignement au processus de décentralisation de la prise en charge de deuxième génération prônée par le ministère de la santé Publique. Cette démarche vise à garantir l'accès du plus grand nombre de per-

sonnes séropositives aux soins et au traitement du VIH, dans un contexte caractérisée par la sous scolarisation, le chômage, la pauvreté et le faible pouvoir d'achat des femmes qui est un foyer de développement des comportements sexuels à risque. La stratégie de formation est de plus en plus orientée vers la formation des paramédicaux. En 2014, l'accent a été mis sur le développement des compétences liées au Diagnostic et prise en charge des infections opportunistes, L'éducation thérapeutique du patient vivant avec l'infection à VIH, l'Accompagnement psychologique et suivi des personnes séropositives sous traitement préventif à L'INH, la Prévention de la Transmission de la Mère à l'enfant et la prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant, la prise en charge globale des personnes séropositives.

Un temps important de la formation est consacré à l'organisation pratique du circuit de soins des personnes séropositives en tenant compte du contexte de chaque site. Au terme des différentes missions, 45 prestataires de soins ont été formés. Les prestataires de soins des formations sanitaires des entreprises sont engagés à apporter leur contribution dans l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH sur le lieu du travail et au sein des communautés environnantes.

### III. 2 Bilan de la PEC

#### 1- Evolution du dépistage et de la mise sous traitement des patients

L'un des plus grand défis pour l'équipe de coordination c'est d'améliorer l'adhésion des bénéficiaires au dépistage en vue d'une prise en charge précoce des personnes séropositives. Au fur et à mesure de l'évolution des activités au projet, l'équipe de coordination du projet affine les stratégies de sensibilisation et d'organisation des campagnes de dépistage, pour améliorer l'adhésion des bénéficiaires.

En 2014, le défi en matière de dépistage VIH était de maintenir à un taux d'environ 60% le pourcentage d'adhésion des travailleurs au dépistage des travailleurs et de renforcer les services de dépistage proposés aux membres des communautés riveraines désireuses. Sur le lieu du travail, la sensibilisation a été réalisée par les pairs éducateurs et au sein des communautés riveraines, les agents sensibilisateurs, majoritairement les leaders associatifs, ont été mobilisés pour la sensibilisation des membres de la communauté.

Lors des campagnes de dépistage, les stratégies fixes et avancées ont été mise en œuvre avec une forte implication des pairs éducateurs et des leaders communautaires et associatifs.

Ces stratégies innovantes ont permis de dépister 7973 personnes en 2014. En comparaison avec le nombre de personnes dépistées en 2013 qui était de 4597, on note une amélioration assez importante bien que les activités aient été déployées sur moins de sites contrairement à 2013.

Les taux de séropositivité sont globalement plus bas sur tous les sites. Ils restent encore élevés pour certaines catégories de populations plus exposées, comme les transporteurs (9.57% à Bertoua) et les membres de la communauté dans la région du Sud (9.6% à Djoum). Mais ces chiffres concernent certains sites bien précis auprès desquels des réponses ciblées seront apportées pendant la phase suivante.

En ce qui concerne la prise en charge des personnes séropositives, l'organisation a été améliorée avec la création, avec l'appui technique des services déconcentrés du ministère de la Santé Publique, des

structures de Prise en charge au sein des sites forestiers dans un modèle de décentralisation de seconde génération.

En 2014, une nouvelle structure de prise en charge a été créée au sein du Centre Catholique de santé de Mindourou, ce qui porte à 4 les structures de prise en charge au sein des entreprises.



**Tableau 1 : Evolution du nombre de PVVIH sous ARV suivies au sein des structures de pec créées en entreprise**

Année	Entreprises	Sites	Upecs en entreprise	Nombre de personnes sous ARV au sein des Upec d'entreprises	Total des personnes sous ARV au sein des Upec d'entreprises
2012	9	28	URC Mindourou	10	20
			CMS Libongo	10	
2013	7	22	URC Mindourou	15	45
			CMS Libongo	10	
			CMS Mbang	20	
2014	7	14	URC Mindourou	20	242
			CMS Libongo	10	
			CMS Mbang	186	
			Centre catholique de Mindourou	26	
				<b>307</b>	

A ce jour **307** personnes sont suivies. Les ARV sont administrés aux patients, et le suivi médical et psychologique est offert de manière permanente. A ce chiffre s'ajoute les **127** personnes sous ARV suivies soit par leur médecin soit par le médecin du projet. Ce modèle de suivi est totalement différent du suivi réalisé au sein d'une UPEC car ici, les médecins ne sont pas responsables de l'administration des ARV, ils s'assurent juste que le patient prend bien ses médicaments et s'efforce d'apporter un appui dans les besoins du patients et des réponses à ses préoccupations.

Les défis à relever pour les prochaines années sont d'améliorer les prestations offertes pour le suivi médical et psychologique des personnes séropositives, qu'elles soient sous ARV ou non.

#### Quelques images des activités sur site



Séance de sensibilisation à Lokomo (Vicwood)

Quelques images des activités sur site



Défilé du 1er mai  
2014 à Ngola  
(CFC)

Sensibilisation  
à l'embauche  
(Grumcam-  
Mindourou)



Equipe de pairs  
éducateurs  
à CUF-Douala

Démonstration  
du port correct  
du préservatif  
et don aux  
populations...



...cérémonies  
du 1er décembre  
2014 à Pallisco  
Mindourou



## Quelques images des activités sur site



Dépistage  
des travailleurs-SFID  
Mbang

Dépistage  
des communautés  
à Grumcam  
Mindourou



Dépistage  
d'une jeune fille  
Baka enceinte :  
kika(Alpicam)

Sensibilisation  
avec vidéo  
projection  
(Djoum SFID)



Formation  
des pairs éducateurs  
à Mamfé (Wijma)

## 2-Evaluation des résultats du projet INH

L'infection à VIH et la tuberculose représentent deux lourds fardeaux dont l'élimination représente un défi pour les services de santé des pays africains. La co infection VIH-TB est cause d'une forte morbidité dans les pays en développement (de 11 à 50%). L'OMS recommande une forte collaboration entre les programmes VIH et TB à travers 12 activités (Voir tableau en annexe)

La prophylaxie primaire de la TB par l'utilisation de l'isoniazide a été évaluée et prouvée par des essais randomisés dans les années 90. 9 essais dont 4 en Afrique ont montré que le risque de TB était diminué par 2 par l'INH. Cette prophylaxie est recommandée par l'OMS depuis 1993. Dans son rapport 2013, l'ONUSIDA révèle que « le monde est en passe de réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes séropositives d'ici 2015..... les pays devraient continuer à intensifier les efforts ».

Au Cameroun un programme pilote de prévention à l'INH chez les PVIH est mis en œuvre par le CNLS-DLM avec un soutien financier du Fonds Mondial 5, de 2006 à fin juillet 2011. Dix CTA sont enrôlés dans 4 régions du Cameroun. Les résultats du programme seront mitigés.

### Mise en œuvre du projet INH dans les entreprises

En 2013, l'équipe de coordination du projet santé du GFBC a entamé une collaboration avec le PNLT afin de mettre en œuvre un programme pilote de prévention de la tuberculose à l'INH au sein des sites forestiers des entreprises adhérentes. Fort des difficultés rencontrées par les autres programmes de mise en œuvre, l'activité a été préparée et a intégré de nombreuses séances préparatoires. D'abord entre l'équipe de coordination et le PNLT pour élaborer le protocole de mise en œuvre et de suivi, ensuite avec les personnels soignants chargés de réaliser l'activité sur les sites. A cet effet, une imprégnation et sensibilisation de tous les points focaux a été réalisée au GFBC à l'occasion de l'atelier de planification 2013 afin de les sensibiliser sur la problématique de la co infection VIH/TB et la prévention avec l'INH. Une formation a été réalisée au GFBC par le PNLT en direction des médecins et infirmiers des infirmières des sites forestiers et des consultants du projet santé.

### Méthodologie

Cinq sites ont été identifiés pour la sélection des personnes à mettre sous INH, 4 sites où il y avait sur place un personnel médical capable de suivre de façon régulière les patients : Djoum (par le médecin du projet), Mindourou Pallisco (par l'infirmier responsable du suivi des personnes séropositives), Mbang (par l'infirmier chef) et Bidou (par le médecin de l'entreprise) et le site de Bonabéri (par le médecin du projet) parce qu'il était situé en zone urbaine où la communication téléphonique avec les patients était aisée.

Sur chaque site, lors de la première mission, un transfert des compétences a été réalisé auprès du personnel soignant du site sur l'accompagnement des patients sous INH. A Bidou, un médecin du PNLT a effectué une mission auprès du médecin de l'entreprise. Ce dernier avait convoqué des patients pré sélectionnés par lui. Les patients ont été rencontrés par les deux médecins pendant deux jours. Une fiche de suivi des patients a été élaborée (voir annexe), elle prend en compte des données sur le patient (âge, sexe) sur l'infection à VIH (date de la connaissance du VIH, données des CD4, prise ou non des ARV) et sur la clinique (poids et survenue de toute affection). Avant la première prescription, un entretien était réalisé avec le patient. Au cours de cet entretien, le médecin ou infirmier lisait avec lui la fiche d'information sur la prise d'INH, fiche conçue à son intention (voir annexe). **Cet entretien avait aussi pour objectif de requérir le consentement éclairé du patient.** Un examen clinique a été réalisé et il était posé les questions recommandées par l'OMS à savoir :

- La présence d'une perte de poids de plus de 10%

- La présence d'une toux de plus de 2 semaines
- La présence d'une fièvre pendant plus de deux semaines
- La présence de sueurs nocturnes

Si le patient répondait « non » à toutes ces questions, il était enrôlé dans le programme, s'il répondait « oui » à l'une seule de ces questions, il était exclu du programme.

Au cours du suivi sur les sites, les patients étaient contactés au fur et à mesure de leurs besoins de santé (rencontre avec le médecin pour les résultats de CD4, pour le retrait de leurs ARV ou pour tout autre visite médicale). Une boîte de comprimé était remise à chaque visite, le patient devait revenir chaque mois. La dose de médicament était de 3cp de 100mg d'INH par jour. Le traitement devait être administré pendant 6 mois. Le suivi médical devait se réaliser pendant 2 ans. Le présent rapport de l'activité est réalisé à 1 an de suivi.

Au total, 70 patients ont été mis sous traitement INH. 57 travailleurs, 10 membres de famille des travailleurs et 3 membres de la communauté, dont 16 femmes et 54 hommes. 35 patients étaient sous ARV au démarrage du programme dont 1 patient avec moins de 100 CD4 à l'initiation de l'INH.

## Résultats

**55 patients sont allés au bout des 6 mois de traitement sans survenue d'effets indésirables des médicaments et sans survenue des signes cliniques de maladie. Ce qui représente 78.57% de succès à un an.**

Deux patients sont décédés, les causes du décès n'ont aucun lien avec la mise sous INH mais seraient plutôt liées à une complication de leur infection à VIH.

**13 patients ne sont pas revenus prendre leur INH. Cela représente 18.57% des patients.**

Le programme pilote n'est pas encore achevé car il y a encore un an de suivi des patients à observer. Mais les résultats à un an sont prometteurs et encourageants pour le passage à l'échelle.

### 3- analyse de l'incidence

L'épidémiologie dans son contexte de la recherche est l'étude de la répartition des maladies dans la population et de leurs déterminants. La répartition de la maladie dans la population, est caractérisée par deux mesures principales :

- La prévalence qui est la proportion des personnes qui sont malades à un moment donné, et
- L'incidence qui est le nombre de nouveaux cas sur une unité de temps.

En 2013, l'on estimait à 1,5 million [1,3 million – 1,6 million] le nombre des nouvelles infections à VIH en Afrique subsaharienne. Les nouvelles infections ont diminué de 33% entre 2005 et 2013.

Au Cameroun, 600 000 personnes vivent avec le VIH/SIDA, la prévalence est de 4,3% (ONUSIDA 2014). Les nouvelles infections ont baissé de 29% entre 2001 et 2013.

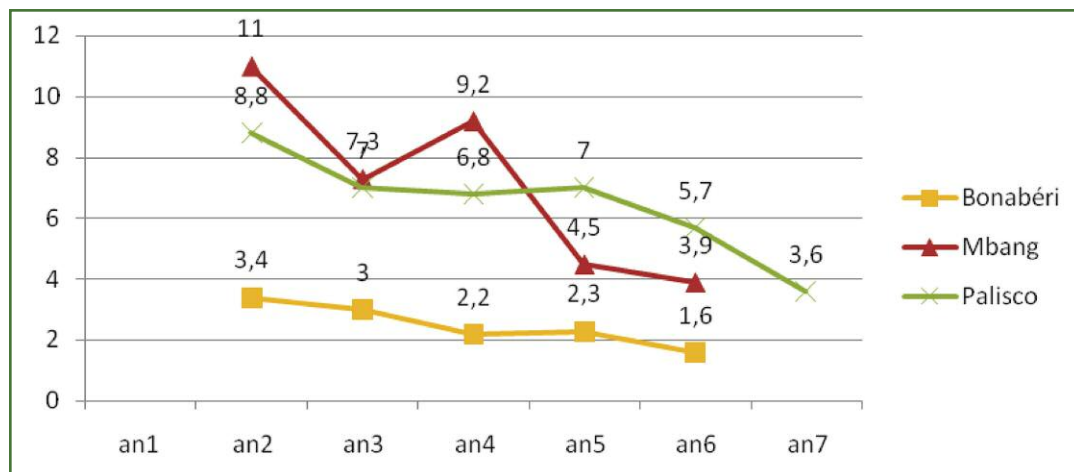
Afin d'évaluer l'évolution de l'incidence au sein des entreprises adhérentes, l'équipe de coordination a fait appel à un épidémiologiste qui a mené une étude transversale descriptive. Pour constituer l'échantillonnage, trois sites ont été choisis pour servir de vitrine à cette analyse: 01 site urbain à savoir Bonabéri et 2 sites ruraux à savoir Mindourou-Pallisco et Mbang. Il s'agit donc là d'une technique d'échantillonnage dite de convenance représentatif. L'analyse a été menée suivant le protocole requis.

L'étude a permis de constater une acceptation de plus en plus accrue après la prise en main des sites avec pour corollaire la prévalence grimpeante, puis une baisse significative de cette prévalence à partir de 2012 : **Au début du projet, le dépistage n'était facilement accepté que par ceux qui se supposaient d'emblée séronégatifs; puis la mise en confiance autour d'un idéal de suivi, de déstigmatisation et de compréhension de la maladie a débloqué les caciques qui finalement se font de plus en**

plus dépister. Enfin la prise de conscience entrainant la baisse de nouvelles infections au sein de la population à risque).

Les résultats sont présentés sous forme de graphique ainsi qu'il suit :

**Graphique 1 : Comparaison des taux d'incidence dans les trois sites entre 2007 et 2014**



Dans les trois sites, l'on est passé d'un taux d'incidence de 7.7% à 3%, soit une baisse significative de 61% entre 2007 et 2014, baisse plus accentuée que la baisse de l'incidence au Cameroun qui est de 29%, en Afrique subsaharienne qui est de 33% et au niveau mondial qui est de 38%.





**IV**

***ANALYSE DE L'AUTONOMISATION  
DES ENTREPRISES ET PERSPECTIVES  
2015***

## IV.1 Analyse de l'Autonomisation des entreprises

### 1- Politique de gestion de santé en entreprise

En matière de santé en entreprise, Les entreprises disposent de nombreux atouts pour la gestion des questions de santé, ces atouts sont en parfaite conformité avec les recommandations faites par le Ministère du Travail. On peut citer, le recrutement des médecins en entreprises ou les conventions signées avec les structures de proximité pour les soins ; la présence des Comités d'Hygiène Santé et Sécurité et des Conditions de Travail ; l'élaboration, la signature des documents de politique VIH en entreprise et leur mise en œuvre ont permis d'intégrer de façon complète les activités de lutte contre le VIH dans les préoccupations de la santé au sein de l'entreprise. Aujourd'hui on a évolué encore avec la des Upecs au sein des infirmeries d'entreprises...

Pour les ressources humaines, on distingue, les sites/entreprises ayant en leur sein des médecins permanents, cela permet d'offrir un service de qualité et surtout plus fréquent. A côté de ce modèle, on des entreprises qui établissent des conventions avec des structures de proximité pour les visites et les soins du médecin, ce dernier se déplace alors une fois par semaine ou une fois par mois seulement : ce modèle concerne la plupart des autres entreprises. Le problème posé par ce modèle est la question des termes de références du médecin qui évolue en pratiquant uniquement la médecine préventive dans un contexte où il y a de réels besoins sur le plan curatif.

Pour ce qui concerne la description des structures sanitaires de l'entreprise, il y a les sites dotés de « véritables petits hôpitaux » réalisant une grande batterie de soins ; il y a à côté des sites dotés de structures sanitaires plus modestes c'est le cas de la plupart des infirmeries des entreprises. Pour le volet de la prise en charge de l'infection à VIH, le Ministère de la Santé Publique du Cameroun a organisé le circuit de prise en charge de telle manière qu'il soit réalisé au niveau des CTA et des Upecs, mais l'enclavement des entreprises et les nombreux facteurs de vulnérabilité les ont amenées à améliorer le circuit de prise en charge du VIH par la création des Upecs au sein des infirmeries d'entreprise, Upecs qui sont affiliées aux Upec des Hôpitaux de District. Désormais, au sein de ces Upecs, les services de dépistage VIH même s'ils sont encore embryonnaires sont offerts sur les sites forestiers avec l'appui du projet santé ; les entreprises forestières prennent en charge les frais de financement des bilans des personnes séropositives et les ARV sont administrés au sein de ces infirmeries des entreprises.

Les données de santé sont correctement consolidées et transmises régulièrement aux autorités compétentes. **En général les entreprises font beaucoup en matière de santé et une bonne traçabilité et une harmonisation des dépenses de santé seraient un début de réponse face à la question de financement des activités VIH en entreprise.**

### 2-Analyse de l'offre de soins dans les formations sanitaires de proximité

Les formations sanitaires à proximité des sites forestiers lorsqu'elles existent, éprouvent de graves difficultés à cause de l'insuffisance des ressources financières et matérielles pour leur fonctionnement, l'indisponibilité permanente du personnel affecté par l'Etat, la rupture des intrants et divers consommables nécessaires aux soins.

Le problème de l'incapacité de ces formations à offrir les services de santé de qualité augmentent la vulnérabilité des populations rurales. Cette situation est aggravée avec la décentralisation des ressources financières des formations sanitaires, qui induit une plus grande responsabilisation au niveau local et une plus grande autonomie financière. Le taux de fréquentation dans ces formations sanitaire est assez faible, ce qui a pour conséquence la difficulté à mobiliser les recettes dues aux prestations pour le fonctionnement. On observe dans ces structures une très grande rotation des prestataires de soins.

Face à cette difficulté, les populations sont obligés d'avoir recours aux formations sanitaires des entreprises et des Centres de Santé Catholique qui ont un personnel médical plus stable et qui bénéficient annuellement des sessions de renforcement de capacité dans le cadre de la mise en œuvre des activités du projet santé du Groupement de la Filière Bois du Cameroun.

Toutes les entreprises ont une politique sociale vis-à-vis des communautés riveraines en général et vis-à-vis des peuples autochtones en particulier. Dans la plupart des infirmeries d'entreprises, il n'y a pas de discrimination faite entre les travailleurs et les membres de la communauté pour les services de santé. Toutes les personnes qui arrivent à l'infirmerie d'entreprise sont consultées gratuitement, parfois, les patients reçoivent les premiers soins et médicaments gratuitement. Les populations autochtones bénéficient des consultations et des soins gratuitement.

Les activités de santé des entreprises dans le cadre d'une pérennisation, devraient être soutenues par les structures de santé de proximité.

### **3- La question du financement de la santé en entreprise**

Le secteur de la santé au Cameroun se caractérise par la faiblesse des financements internes due à une baisse du budget du Ministère de la Santé. Le système de santé est financé par trois sources principales : les clients, l'Etat et les financements extérieurs (organisme de coopération bilatéraux et multilatéraux, et ONG). Les ménages arrivent largement en tête du financement de la santé, mais en fait, en raison d'un système d'information peu satisfaisant, il est difficile d'avoir une estimation de la participation communautaire. Les entreprises qui disposent des Centres de Santé et qui offrent les soins gratuitement aux travailleurs, aux membres de leurs familles et aux membres de leurs communautés assurent pleinement le financement de leur service de santé.

Les différentes organisations de coopération, bilatérales et multi latérales, qui financent le système de la santé par les aides et des prêts n'apportent pas d'appui aux entreprises, car ces dernières mènent des activités à but lucratif.

Suite aux multiples crises économiques mondiales, ainsi que les difficultés rencontrées dans le secteur, il devient difficile pour les entreprises de financer pleinement les préoccupations de santé des travailleurs, des populations autochtones et des populations riveraines des concessions forestières, d'où la nécessité des financements additionnels.

Un certain niveau d'appui est nécessaire pour continuer à inciter les entreprises à maintenir les activités de promotion de la santé sur leur site. La mise en œuvre des politiques sociales des entreprises ne doit pas être un prétexte d'un désengagement de l'Etat dans ses fonctions régaliennes en matière de santé.

**Les contributions des communes pourraient être sollicitées pour l'amélioration de l'accès aux soins sur les sites forestiers.**

#### **IV.2 Perspectives**

##### **• Poursuite des activités de prévention et de prise en charge**

Pendant la seconde phase de l'appui du programme de Promotion de l'Exploitation Certifiée des forêts, les actions de sensibilisations seront davantage organisées en direction des travailleurs, des membres de leurs familles et des membres de la communauté. Les sensibilisations seront axées sur la connaissance du VIH et sur l'adhésion au dépistage en vue de la connaissance du statut sérologique.

**Les actions de plaidoyers auprès des responsables des administrations de la santé et des responsables des Unités de Prise en Charge des zones d'intervention du projet seront réalisés pour une plus grande décentralisation de la prise en charge sur l'ensemble des sites forestiers.**

**• Intervention en direction des jeunes filles en vue de la prévention des IST/VIH et grossesses précoces**

L'enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiple EDS-MICS, réalisée en 2011 par l'Institut National de la Statistique révèle que la prévalence du VIH chez les femmes augmente rapidement avec l'âge. D'une moyenne de 2,0 % entre 15-19 ans, elle est près de quatre fois plus élevée dès 25-29 ans (7,6 %) et atteint 10,0 % à 35-39 ans, avant de diminuer sensiblement. Ce résultat peut s'expliquer par la vulnérabilité plus marquée au VIH/Sida et par l'insuffisance de connaissance sur le VIH. La situation de la sous scolarisation et de la précarité de la jeune fille en **zone rurale/zone forestière** favorisent la précocité des rapports sexuels non protégés (12-14 ans) avec pour conséquence la propagation des IST/VIH, les grossesses indésirées, les avortements clandestins et dangereux.

Cette frange de la population a d'énormes besoins en santé de la reproduction non encore satisfaits. L'accès à l'information, aux conseils, aux préservatifs et aux services de santé (dépistage et traitement des IST/VIH/Sida) reste très faible. Même lorsque ces services existent le défi majeur semble être celui de trouver une stratégie adéquate visant à faire en sorte que les jeunes les fréquentent sans complexe, y compris les lieux d'approvisionnement des méthodes de prévention notamment les condoms.

L'équipe de coordination du projet santé se propose cette année d'offrir à cette cible un paquet d'activités d'éducation sexuelle et de santé de la reproduction. L'objectif étant d'augmenter les connaissances de ces jeunes sur les risques d'une sexualité précoce et non responsable, sur les conséquences des avortements, et sur l'infection à VIH et IST.

### **L'évaluation d'impact**

Une évaluation du bénéfice des activités du projet au sein des entreprises forestières sera réalisée. Il s'agira pour l'étude de répondre à la question : « Quel est le bénéfice des interventions du projet au sein des entreprises et des populations riveraines des concessions forestières ? ». Afin de faciliter le travail du consultant qui sera chargé de réaliser cette étude, les rapports des études antérieures, les rapports du projet, ainsi que les données sur le dépistage du VIH et de la prise en charge des personnes séropositives seront mises à sa disposition.

Cette étude fournira aux entreprises et aux partenaires les éléments tangibles du bénéfice d'un programme de lutte contre le VIH au sein des entreprises. Les données pourront servir à la prise de décisions futures en matière d'investissement dans un programme de lutte contre le VIH et de promotion de la santé dans le monde du travail.

## Conclusion

**L**e monde est à un tournant. « Nous avons infléchi la courbe de l'épidémie. A présent, nous avons cinq années pour la briser, sinon l'épidémie rebondira encore plus fort. ». C'est le message que véhicule le nouveau rapport annuel du Programme commun des Nations unies contre le VIH-sida (Onusida), « Fast-Track » (« Programme accéléré : mettre un terme à l'épidémie d'ici à 2030 »), et qui traduit bien qu'un dernier round est nécessaire pour remporter la victoire contre la pandémie. Ce round est celui du redoublement de la vigilance, dans différents programmes de lutte qui sont déployés.

Sur le plan National, le gouvernement a posé des jalons importants qui encadrent sa stratégie de lutte contre le VIH et le Sida. L'on voit également comment cette question est désormais liée à tous les projets de développement du pays, ce qui fait de l'activité VIH un indicateur de premier choix dans notre politique de développement durable. Du fait que l'épidémie touche en grande partie la population active, le milieu du travail est en tête de file pour mener la riposte à la pandémie, et celle-ci s'appuie sur des instruments juridiques nationaux et internationaux.

Les entreprises du GFBC adhérentes au projet connaissent bien cette nécessité de se conformer aux exigences légales et sociales liées aux bonnes pratiques forestières, et ont mis en œuvre des programmes VIH depuis avril 2007 dans le cadre d'un projet créé à cet effet. Le défi de maintenir la poursuite coordonnée des activités sur les sites ainsi que les mêmes niveaux d'intervention, a été atteint grâce à la subvention du PPECF. C'est ainsi les activités de formation des acteurs intervenant dans la prévention et la pec du VIH sur les sites, ont été réalisées avec succès. L'on note également une amélioration de la mise sous traitement des TVVIH/PVVIH avec 307 patients suivis uniquement sur les sites forestiers.

Les résultats engrangés soulignent la nécessité d'adapter les interventions de santé au contexte et de la pertinence de la création d'un projet spécifique au secteur forestier.

La question de la pérennisation des activités qui se posent à tous les programmes VIH a été évoquée ici. Il s'avère que si de nombreux piliers de la pérennisation ont été mis sur pied dans les entreprises forestières, ceux-ci restent soumis aux aspects techniques tels que l'insuffisance de l'offre de soins des formations sanitaires de proximité, la disparité dans les niveaux d'autonomisation des entreprises, mais également au problème de financement des activités. Ce point nous permet également de rebondir sur le caractère continu de l'accompagnement des entreprises dans la PEC, ce qui explique le suivi qui est réalisé avec l'entreprise SEFAC, pourtant celle-ci ne fait plus partie de ses entreprises adhérentes.

De manière générale les entreprises doivent faire face à plusieurs problèmes de santé prioritaires. Le projet qui jusqu'ici porte la politique de santé de ces dernières, intervient sur plusieurs fronts tel qu'il a été vu, tout en jouant le rôle de relai des politiques nationales de santé sur les sites forestiers.

Au regard des éléments développés, il apparaît plus que nécessaire que les entreprises forestières s'organisent autour d'une structure fédérée autour du groupement, et qui porterait toute la stratégie de santé au sein de ces dernières, pour répondre de manière efficace aux enjeux de santé rencontrés. La recommandation de la mutualisation des soins de santé des entreprises au sein du groupement est une piste de solutions qui avait déjà été évoquée et qui mériterait d'être approfondie. Nous avons également vu que l'action du PPECF pourrait être déterminante pour la pérennisation des activités VIH sur les sites par l'accompagnement du groupement à la mise en place d'une mutuelle de soins de santé en son sein.



**Nom de la personne de contact pour l'Intervention :** Jacques DUPANLOUP

**Signature :** 

**Localité :** Yaoundé

**Date à laquelle le rapport était dû :** 31 Janvier 2015

**Date d'envoi du rapport :** 16 février 2015



## ***ANNEXES***

## Les 12 activités prescrites par l'OMS pour la collaboration des programmes TB/VIH

### A. Mettre en place les mécanismes de collaboration

A1. Créer un organe de coordination des activités de collaboration TB/VIH opérant à tous les niveaux

A2. Surveillance de la prévalence du VIH chez les patients TB

A3. Planification conjointe des activités VIH/TB

A4. Assurer le suivi/évaluation des activités VIH/TB

### B. Réduire la charge de chez les personnes vivant avec le VIH

B1. Dépistage intensif de chez les PVVIH

B2. La chimioprophylaxie à l'INH

B3. Contrôle de la TB les PVVIH

### C. Réduire la charge du VIH chez les patients tuberculeux

C1. Conseil/dépistage du VIH offerts systématiquement aux patients TB

C2. Appliquer les méthodes de prévention du VIH chez les patients TB

C3. Prophylaxie au cotrimoxazole chez les patients coinfectés

C4. Services de soins et soutien du VIH chez patients coinfectés

C5. Traitement ARV chez les patients coinfectés

## 1<sup>er</sup> algorithme de dépistage de la TB chez les PVVIH

SUJET VIH+				
Signe cliniques et/ou radiologiques suspects de tuberculose				
(+)		(-)		
Bilan complet		IDR à la tuberculine		
Ex crachats		(+)	(-)	
Ex cytologique			CD4	
Ex anapath			< 200	> 200
Résultat : Tuberculose		Chimioprophylaxie	Chimioprophylaxie	
OUI	NON		Observation	
Traitement anti TB	Traitement causal			

## Nouvel algorithme de dépistage TB et provision du TPI chez les pvvih

PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH				
Dépistage TB: un des symptômes suivant:				
Toux actuelle, Fièvre, Perte de poids, Sueurs nocturnes				
OUI		NON		
Contre-indications à l'INH		Evalue pour la TB et autres maladies		
OUI	NON	Autre diagnostic	Pas de TB	TB
Différer TPI	TPI	Traitement approprié et envisager TPI	Suivi clinique et envisager TPI	Traiter la TB
DEPISTAGE REGULIER DE LA TB				

## Calcul des points pour les critères de notation

Axes d'intervention	Indicateurs	Critères de notation	N°	Notation (détail et total)	
Organisation	La politique VIH/Sida signée par le DG est actualisée et mise en œuvre	la politique est signée	1	1	2
		La politique est affichée	2	1	
	L'entreprise a un plan d'action et un budget annuel pour le VIH validé par le DG où sont incluses les activités socio-économiques	Plan d'action annuel validé	3	1	2
		Budget annuel validé	4	1	
	Point focal de l'entreprise désigné par le DG et impliqué dans la mise en œuvre et le suivi des activités	Un point focal existe	5	1	2
		Le volume d'activités planifiées par l'entreprise est réalisé	6	1	
	Le Comité Hygiène Santé et Sécurité existe et supervise les activités de lutte contre le VIH menées sur le site	Existence comité	7	1	4
		4 réunions /an du comité	8	1	
		Existence d'un programme d'activités annuel par site	9	1	
		Les 4 fiches de suivi des activités (formation, sensibilisation, dépistage, PEC) sont jointes au CR de réunions	10	1	
	Une cellule de coordination du GFBC assure le suivi des activités sur l'ensemble des sites et la consolidation des données	Existence de la cellule Transmission du rapport annuel au GFBC et à l'ensemble des entreprises	11	1	1
Formations	Le personnel soignant est formé	Nombre de personnes proposées et formées par site	12	1	1
		Le ratio est respecté	13	1	2
	Le ratio de 04 pairs éducateurs pour 100 travailleurs est maintenu les leaders communautaires et les membres des comités Paysan Forêt proposés par l'entreprise sont formés à la prévention des IST/VIH	Une formation/recyclage de PE est effectuée /an/ site	14	1	
		Nombre de campagnes de sensibilisation organisées par les pairs éducateurs en direction des bénéficiaires	15	1	1
		Nombre de campagnes de sensibilisation organisées par les pairs éducateurs en direction des bénéficiaires;	16	3	3
Prévention- Dépistage	Chaque site dispose d'un réseau d'approvisionnement en intrant (Préservatifs, affiches.....)	Les préservatifs sont disponibles et distribués de manière régulière	17	1	1
		Nombre de campagne de dépistage organisée en collaboration avec le projet	18	2	4
	Les entreprises apportent un appui au projet pour la mobilisation des intrants et consommables pour les dépistages	Taux d'adhésion au dépistage	19	2	
		Contribution apportée par l'entreprise pour l'achat des intrant et divers consommables pour le dépistage	20	2	2
PEC	Financement des frais de CD4 des travailleurs par l'entreprise	Nombre de CD4 payés	21	1	1
	Un médecin ou un personnel de santé (PS) est identifié pour chaque site qui assure la prise en charge des travailleurs et communautés séropositifs sur le site	Présence d'un médecin/PS (conventionné ou interne)	22	2	2
	Le médecin ou personnel de santé identifié s'assure de la réalisation des bilans CD4 tous les 6 mois des séropositifs non éligibles	Fiche de suivi des PVVIH	23	1	1
	Médecin ou personnel de santé identifié présent au comité thérapeutique de l'UPEC pour la présentation des cas éligibles	Les dossiers des séropositifs éligibles sont présentés au comité thérapeutique: oui/non	24	1	1
	Le médecin ou personnel de santé identifié s'assure de l'approvisionnement en ARV des patients éligibles	Les personnes éligibles reçoivent leurs ARV	25	1	1
Suivi Evaluation	Les entreprises participent à l'atelier de planification organisé par le projet santé au GFBC	le point focal du site participe aux travaux relatifs à la planification annuelle des activités	26	1	1
		Un reporting des activités réalisés sur les sites est disponible et régulièrement transmis à l'équipe de Coordination du Projet santé;	27	1	
	Les fiches de suivi des PVVIH éligibles et non éligibles sont disponibles et transmises au médecin référent du PPP	Transmission semestrielle de la fiche de suivi des PvVIH éligibles	28	1	2
		Transmission semestrielle de la fiche de suivi des PvVIH non éligibles	29	1	
Total				35	35



## Grille de notation des entreprises 2015

Axes d'intervention	Indicateurs	Critères notation	Sources	Notes	ALPIE AM			PALLISCO		SFID			CUF				VICWOOD			
					Douala	Kika	Mindourou	Mindourou	Douala	Mbang	Djoum	Douala	Ebolowa	Ma'an	kribi	Djoum	Ambam	Douala	Ngola	Lokomo
Organisation	Politique VIH/SIDA signée par le DG est actualisée et mise en œuvre	la politique est signée oui/non La politique est affichée oui/non	Document de politique signée		2	2	2		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	L'entreprise a un plan d'action et un budget annuel pour le VIH validé par le DG. Les activités sont incluses dans le plan annuel socio-économique de l'entreprise	plan d'action annuel validé budget annuel validé	Plan d'action et Budget annuel																	
	Point focal de l'entreprise est désigné par le DG et est impliqué dans la mise en œuvre et le suivi des activités	Un point focal existe Le volume d'activités annuelles planifiées par l'entreprise est réalisé	Programme d'activités annuel et fiches de suivi activités		2	2	2		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Le Comité Hygiène Santé et Sécurité existe et supervise les activités de lutte contre le VIH menées sur le site	Existence comité 4 réunions /an du comité Existence d'un programme d'activités annuel par site Les 4 fiches de suivi des activités (formation, sensibilisation, dépistage, PEC) sont jointes au CR de réunions	Liste de la composition du comité Compte rendus de réunions + 4 fiches de suivi jointes Programme d'activités annuel																	
	Une cellule de coordination du GFBC assure le suivi des activités sur l'ensemble des sites et la consolidation des données	Existence de la cellule Transmission du rapport annuel au GFBC et à l'ensemble des entreprises	Profils de poste de la cellule Rapport annuel d'activités		4	3	3		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
					1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Formations	Le personnel soignant est formé	Nombre de personnes proposées et formées par site	Fiches suivi formations PE		1	1	1		1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
	Le ratio de 04 pairs éducateurs pour 100 travailleurs est respecté et maintenu	Le ratio est respecté Une formation/recyclage de PE est effectuée /an et par site	Fiche de suivi des formations		2	2	2		2	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	
	les leaders communautaires et les membres des comités Paysan Forêt proposés par l'entreprise sont formés à la prévention des IST/VIH	Nombre de campagne de sensibilisation organisées par les pairs éducateurs en direction des bénéficiaires			1	1	1		1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
Prévention et dépistage	Chaque site met en œuvre son plan d'action de lutte.....	Nombre de campagne de sensibilisation organisées par les pairs éducateurs en direction des bénéficiaires;			3	3	3		3	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	
	Chaque site dispose d'un réseau d'ap provisionnement en intrant (Préservatifs, affiches.....)	Les préservatifs sont disponibles et distribués de manière régulière			1	1	1		1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
	Les bénéficiaires ont accès aux services et adhèrent au dépistage	Nombre de campagne de dépistage organisée en collaboration avec le projet. Taux d'adhésion au dépistage.			4	4	4		4	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	
	Les entreprises apportent un appui au projet pour la mobilisation des intrants et consommables pour les dépistages	Contribution apportée par l'entreprise pour l'achat des intrants et divers consommables pour le dépistage			2	2	2		2	0	0	0								
PEC	Financement des frais de CD4 des travailleurs par l'entreprise	Nombre de CD4 payés	Factures de CD4 remboursées par l'entreprise		1	1	1		1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
	Un médecin ou un personnel de santé est identifié pour chaque site qui assure la prise en charge des travailleurs et communautés séropositifs sur le site	Présence d'un médecin/PS (conventionné ou interne): oui/non			2	0	0		2	2	0	2	0	0	1	1	1	1	2	
	Le médecin ou personnel de santé identifié s'assure de la réalisation des bilans CD4 tous les 6 mois des séropositifs non éligibles		Fiche de suivi des PVIH éligibles		1	0	0		2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	
Suivi et évaluation	Médecin ou personnel de santé identifié présent au comité thérapeutique de l'UPEC pour la présentation des cas éligibles	Les dossier des séropositifs éligibles sont présentés au comité thérapeutique:	Fiche de suivi des PVIH éligibles		1	0	0		1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	
	Le médecin ou personnel de santé identifié s'assure de l'approvisionnement en ARV des patients éligibles	Les personnes éligibles reçoivent leurs ARV	Copie fiche de reporting		1	0	0		1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Les entreprises participent à l'atelier de planification organisé par le projet santé au GFBC	le point focal du site participe aux travaux relatif à la planification annuelle des activités	CR atelier de planification		1	1	1		1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
	Un reporting des activités réalisés sur les sites est disponible et régulièrement transmis à la l'équipe de Coordination du Projet santé;	Un rapport est transmis à l'équipe de coordination	Copie du rapport de coordination		1	1	1		1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
	Les fiches de suivi des PVIH éligibles et non éligibles sont disponibles et transmises au médecin référent du PPP	Transmission semestrielle de la fiche de suivi des PVIH éligibles : oui/non Transmission semestrielle de la fiche de suivi des PVIH non éligibles: oui/non	Fiches de suivi des PVIH éligibles + non éligibles		2	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
					35	27	27		33	33	21	32	25	20	5	5	5	5	5	

