



# RAPPORT ANNUEL 2024 DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LE SIDA au Cameroun



92% des PVVIH connaissent leur statut sérologique 96% des PVVIH éligibles sont sous traitement antirétroviral

93% PV/IH sous TARV ont une charge virale indétectable

# Mes 3 réflexes pour une vie positive



Si je fais mon test de dépistage, je connais mon statut sérologique.



Si je suis séropositif (ve), je prends mon traitement et je reste en bonne santé.



Si je prends mon traitement en continue, le virus est neutralisé.



Les antirétroviraux maintiennent en vie



Inter'Activ

Tabl	le des r	matières	
		ABLEAUX	
		RAPHIQUES	
		7	
,		s performances programmatiques en 2024 S FAITS MARQUANTS 2024 DE LA LUTTE CONTRE LE VIH AU CAMEROUN	
		: ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH	
1.		ntations générales et stratégies de la riposte au VIH	
2.		ographie des principaux acteurs de mise en œuvre	
3.	-	émentation de la coordination de la riposte	
4.		cultés rencontrées dans la coordination, stratégies de mitigation et challenges	
		: INTENSIFICATION DE LA PREVENTION DES NOUVELLES INFECTIONS A VIH	
1.		sibilisation	
	1.1.		
	1.2.	Campagne de sensibilisation durant la 21e édition de « Vacances Sans Sida »	22
	1.3. 36ème	Campagne de sensibilisation au cours de la 8e édition du Mois Camerounais et de la Journée mondiale de lutte contre le sida	24
2.	Rent 25	forcement de l'offre de préservatifs et de la PreP pour la prévention du VIH/Sida et les	s IST
	2.1.	Situation générale de la distribution des préservatifs	25
	2.2.	Prophylaxie Pré Exposition (PrEP)	27
3.	Ren	forcement de l'offre de dépistage	27
	3.1.	Dépistage de routine en formation sanitaire	27
	3.2.	Sécurisation de la transfusion sanguine	29
	3.3.	Dépistage par groupe de population à haut risque d'infection à VIH	30
	3.4.	Dépistage différencié du VIH	32
4.	Anal	yse FFOM pour l'amélioration des mesures de prévention	35
CHA		: PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH	
1.		ultats par rapport aux cibles programmatiques du PSN 2024-2030	
2.		e de service PTME	
	2. 1		
	2. 2	. Offre de dépistage précoce du VIH chez les enfants nés de mère VIH+	
3.		nande de service pour la PTME équentation de la consultation prénatale et connaissance du statut chez les FEC	
	3.2. Dé	pistage et traitement de la syphilis chez la FEC	43
	3.3. Dé	pistage du VIH chez la femme enceinte	44
	3.4. Dé	pistage chez les partenaires masculins des FEC	47
	3.5. Co	uverture en ARV des FEC VIH+	48
	3.6. Sc	reening de la TB chez les FEC (cascade de l'investigation de la TB chez les FEC)	50
	3.7. Co	-infections VIH/syphilis et VIH Hépatite B	50
	3.8. Pr	ise en charge des enfants exposés	51

3.9. Int	erventions communautaires en faveur de la PTME	54
3.10. A	nalyse FFOM	56
4. Q	uelques perspectives à prendre en compte	56
CHARGE GL	: AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE DES PVVIH GRACE A UNE MEILLEURE PRISE OBALE	59
1. Offro 1. 1	e de services de prise en charge globale	
1. 2	Distribution des APS au niveau national	60
2. Dem 2.1.	nande de services de prise en charge globale Lien direct du dépistage à la mise sous traitement	
2.2.	Lien indirect au TARV chez les PvVIH	63
2.3.	Nouvelles inclusions au traitement ARV	64
2.4.	Situation des cohortes de patients sous traitement ARV (File active)	66
2.5.	Couverture populationnelle en ARV	69
2.6.	Suivi psycho-social et continuum de soins des PvVIH sous traitement ARV	72
2.7 Sui	vi biologique des PvVIH sous traitement ARV	76
2.8 Sur	veillance et prise en charge de la coïnfection TB/VIH	78
2.9 Ge	stion des approvisionnements et des stocks	79
CHAPITRE 5	yse FFOM	84 84 84
2.1.1.	Organisation des DQA :	85
2.1.2.	Résultats des DQA	86
3. Rech 3.1. FEC	nerche et Surveillance dans le cadre de la lutte contre le VIH Résumé de l'étude surveillance sentinelle du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B chez le 87	
3.2.	Résumé de l'étude continuité et interruption du TARV chez les PvVIH sous TARV	88
3.3.	Résumé de l'enquête IBBS	89
3.4.	Résumé de l'enquête Index stigma 2.0	91
<ol> <li>Renf</li> <li>Princ</li> <li>Princ</li> <li>Réal</li> <li>Cart</li> <li>106</li> </ol>	: APPROPRIATION DE LA LUTTE PAR LES ACTEURSforcement de l'engagement et l'implication des nouveaux acteurs communautairescipales réalisations des partenaires d'implémentation (IPs) en 2024	93 94 98 104 VIH
1. Estir	anation des besoins en ressources financières	108

3. Exé	cution du budget mobilisé au niveau du GTC/CNLS en 2024	109
3.1.	Exécution du budget du Fonds mondial	109
3.2.	Exécution du budget des fonds de contrepartie 2024	110
3.3.	Exécution du budget du projet CNLS-CDC/PEPFAR	111
4. Les	projections de financement pour l'exercice 2025	111
Conclusion		112
Annexes		113

#### **LISTE DES ABREVIATIONS**

**ACMS**: Association Camerounaise pour le

Marketing Social

ACRR : Agent Chargé du Remplissage des

Registres

**APS**: Accompagnement Psychosocial **APV**: Autres Populations Vulnérables

ARC: Agent de Relais Communautaire

**ARV**: Antirétroviraux

**CAA**: Caisse Autonome d'Amortissement

 $\ensuremath{\mathsf{CCC}}$  : Communication pour le Changement

de Comportement

CDIP: Conseil Dépistage à l'Initiation du

Prestataire

CDV: Conseil Dépistage Volontaire

**CE**: Causerie Educative

**CENAME** : Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et

Consommables Médicaux Essentiels

**CIRCB** : Centre International de Référence

Chantal Biya

CNLS : Comité National de Lutte contre le

SIDA

**CPCG**: Centre Pasteur du Cameroun annexe

de Garoua

**CPN**: Consultation Prénatale

CTA: Centre de Traitement Ambulatoire

CV: Charge Virale

**DAO**: Dossier d'Appel d'Offres

**DBS:** Dried Blood Spot

**DHIS2**: District Health Information System

**DIC:** Drop In Center

**DQA:** Data Quality Assessment

**DPE** : Développement de la Petite Enfance

DS: District de Santé

EDS: Enquête Démographique de Santé

**EE:** Enfants Exposés

EGPAF: Elizabeth Glaser Pediatric AIDS

Foundation

**FA**: File Active

FCP: Fonds de Contrepartie

**FEC**: Femmes Enceintes

FM: Fonds Mondial

**FOSA**: Formation Sanitaire

FRPS: Fond Régional de Promotion de la

Santé

GTR: Groupe Technique Régional

**HSH**: Homme ayant rapport Sexuel avec les

Hommes

IBBS:

**ISCD**: Interventions sous Directives

Communautaires

**IST**: Infections Sexuellement Transmissibles

JGNS: Jeune Garçon Non Scolarisé

JFNS: Jeune Fille Non Scolarisé

MINAS : Ministère des Affaires Sociales

MINEDUB: Ministère Education de Base

MINJEC: Ministère de la Jeunesse et de

l'Education Civique

MINPROF: Ministère de la promotion de la

femme et de la famille

MINSANTE : Ministère de la Santé Publique

NOSO: Nord-Ouest, Sud-Ouest

**OBC**: Organisation à Base Communautaire

**OEV**: Orphelins et Enfants Vulnérables

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA: Programme commun des

Nations Unies sur le VIH/SIDA

PAM: Programme Alimentaire Mondial

PCR: Polymérase Chain Réaction

**PE**: Pair Educateur

**PECG**: Prise En Charge Globale

PECP : Prise en charge Pédiatrique

**PEPFAR**: Presidents Emergency Plan For

Aids Relief

**POC**: Point of Care

PODIC: Point de dispensation

communautaire

PPER: Populations les Plus Exposées au

Risque

**PSN** : Plan Stratégique National

**PTF** : Partenaires Techniques et Financiers

PTME : Prévention Transmission Mère-

Enfant

**PvVIH**: Personnes Vivant avec le VIH

**SA**: Salle d'accouchement

**SRMNIA** : Surveillance Sentinelle **SSR** : Santé Sexuelle et Reproduction **TARV** : Traitement Anti Rétroviral

**TB**: Tuberculose

TS: Travailleuse de sexe

**UM**: Unité mobile

UNFPA: Fonds des Nations Unies pour la

Population

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour

l'Enfance

**UPEC** : Unité de Prise En Charge

**USAID:** U.S. Agency for International

Development

VBG: Violence Basée sur le Genre

VIH: Virus d'Immunodéficience Humaine

VSS: Vacances Sans Sida

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Nombre de PvVIH estimés	2
Tableau 2: Nombre de nouvelles infections à VIH	2
Tableau 3: Nombre de décès liés au VIH	2
Tableau 4: Nombre de préservatifs et lubrifiants distribués	2
Tableau 5: Nombre de personnes testées pour le VIH	3
Tableau 6: Prévention et dépistage au sein des populations clés et vulnérables	3
Tableau 7: Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	4
Tableau 8: Lien au TARV au sein des populations clés et vulnérables	4
Tableau 9: Suivi des PvVIH sous TARV	4
Tableau 10: Résumé des résultats programmatiques régionaux	5
Tableau 11: Difficultés rencontrées dans l'implémentation de la coordination en 2023 et stra	tégies
de mitigation	21
Tableau 12 : Synthèse des données des personnes sensibilisées	24
Tableau 13: Synthèse de la distribution des préservatifs en 2024	25
Tableau 14 : Distribution des préservatifs et lubrifiants par région	26
Tableau 15: Synthèse des résultats de la PrEP en 2024	27
Tableau 16 : Nombre de personnes testées ; retrait des résultats et taux de séropositivité sel	on les
régions	28
Tableau 17 : Dépistage et lien au TARV chez les populations vulnérables en 2024	30
Tableau 18 : Dépistage et lien au TARV chez les populations clés en 2024	
Tableau 19 : Cascade régionale du dépistage pendant VSS 2024	31
Tableau 20: Cascade du dépistage par type de stratégie pendant le Mois camerounais	32
Tableau 21 : Répartition du dépistage en stratégie avancée et fixe selon les régions pendant le	e mois
camerounais	32
Tableau 22 : Répartition du nombre de personnes testées selon les portes d'entrée et straté	_
dépistage	
Tableau 23: Résultats de l'implémentation de l'auto dépistage dans les régions	34
Tableau 24 : Résultats des indicateurs PTME par rapport aux cibles	
Tableau 25: Performances de la cascade PTME mère par groupe d'âge	37
Tableau 26: couverture en sites PTME 2024	
Tableau 27: Répartition des sites DBS et EID/POC par région	
Tableau 28 : Dépistage par région de la syphilis chez la femme enceinte 2024	43
Tableau 29 : Dépistage du VIH chez les partenaires des FEC	
Tableau 30 : Couverture régionale en TARV chez la FEC VIH+ en 2024	
Tableau 31: Dépistage syphilis, HVB pour la triple élimination 2024	
Tableau 32 : Couverture régionale en ARV prophylactique chez les EE 2024	
Tableau 33: Couverture en offre d'EID et mise sous TARV en 2024 par région	
Tableau 34: Offre de la sérologie chez les EE en 2024 au Cameroun	
Tableau 35: apport des ASC dans la recherche des FEC VIH+ en communauté	
Tableau 36: Apport OBC dans la recherche des FEC VIH+ en communauté	55

Tableau 37: Lien direct au TARV chez les personnes nouvellement dépistées positives en 2024	61
Tableau 38: Répartition de la file active par région, sexe et groupe d'âge	68
Tableau 39: Répartition de la file active par sexe et âge en 2024	69
Tableau 40: Taux de rétention régionale au traitement des PvVIH 12 mois après l'initiation	73
Tableau 41: Évolution trimestrielle de la file active régionale de la DC au cours de l'année 2024	76
Tableau 42: Couverture et suppression de la CV par région en 2024	77
Tableau 43: Situation des stocks d'ARV et des TDRS en 2024	80
Tableau 44 : Cartographie des acteurs et des domaines d'interventions	. 106
Tableau 45: Estimation budgétaire de 2024 par résultat d'impact	. 108
Tableau 46: Répartition des inscriptions budgétaires par bailleur de fonds	. 108
Tableau 47: Dépenses enregistrées pour le compte du financement GC7 en 2024	. 109
Tableau 48: Répartition des dépenses de fonds de contrepartie par rubrique	. 110
Tableau 49: Dépenses dans le cadre du projet CNLS-CDC/PEPFAR en 2024	. 111
Tableau 50: Répartition des prévisions budgétaires identifiées par bailleurs de fonds	. 111

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Sensibilisation des jeunes VSS 2024	23
Graphique 2 : Analyse comparative des activités de sensibilisations VSS (2022-2023-2024)	23
Graphique 3 : Distribution des préservatifs et lubrifiants VSS 2024	26
Graphique 4: Cascade de dépistage en stratégie fixe	27
Graphique 5: Evolution des résultats du dépistage du VIH dans la population générale depuis 2	017
Graphique 6 : Pyramide des âges des cas testés VIH+	
Graphique 7 : Pyramide des âges du dépistage en 2024	
Graphique 8 : Évolution du taux de séropositivité en transfusion sanguine de 2017 à 2024	
Graphique 9:Cascade globale des résultats de réactivité à l'ADVIH	
Graphique 10: Cascade PTME Mère 2024	
Graphique 11: Evolution de la fréquentation de la CPN entre 2014 et 2024	
Graphique 12: Fréquentation en CPN au niveau régional	
Graphique 13: Taux de fréquentation en CPN par district de santé en 2024 au Cameroun	
Graphique 14: Evolution du taux de réalisation du test VIH chez la FEC entre 2019 et 2024	
Graphique 15 : Réalisation du test de dépistage VIH au niveau régional	
Graphique 16 : Comparaison des taux régionaux de séropositivité chez la FEC entre 2023 et 202	
Graphique 17: Répartition des femmes enceintes VIH+ selon le moment de connaissance du st	
Graphique 18 : Répartition des FEC VIH+ selon le moment de dépistage	
Graphique 19 : Répartition régionale du taux de séropositivité selon la porte d'entrée	
Graphique 20 : Evolution de la couverture du dépistage chez les partenaires des FEC entre 2016	
2024	
Graphique 21 : Cascade PTME-Enfant Exposé 2024	
Graphique 22 : Évolution de la couverture en NVP chez les EE entre 2020 et 2024	
Graphique 23 : Taux de positivité au VIH des EE entre 2020 et 2024	
Graphique 24: Cascade estimée des 3X95, 2024	59
Graphique 25: Evolution du nombre de sites de PEC par rapport au nombre d'établissements d	е
soins	60
Graphique 26: Evolution des sites de PECG, PTME et OBC en 2022	60
Graphique 27 : Cartographie des APS au niveau national	61
Graphique 28: Lien direct au TARV chez les PvVIH nouvellement dépistées positives selon l'âge	62
Graphique 29: Lien au TARV chez les populations clés.	62
Graphique 30: Evolution du lien indirect chez les PvVIH Sous TARV de 2018 à 2024	63
Graphique 31: Lien indirect au TARV chez les PvVIH selon les régions en 2024	63
Graphique 32: Evolution du lien indirect au TARV selon l'âge de 2020 à 2024	64
Graphique 33 : Évolution des nouvelles inclusions dans la file active nationale de 2018 à 2024	64
Graphique 34 : Evolution mensuelle des nouvelles inclusions de PvVIH de janvier à décembre 2	024
	65

Graphique 35 : Evolution des nouvelles inclusions chez les enfants (moins de 15 ans) et les adultes
(15 ans et plus) de 2020 à 202465
Graphique 36 : Répartition des nouvelles inclusions par région en 202466
Graphique 37: Evolution de la file active nationale de 2017 à 202466
Graphique 38: Evolution mensuelle de la file active au cours de l'année 202467
Graphique 39 : Evolution de la file active chez les enfants et les adultes de 2020 à 202468
Graphique 40 : Evolution de la couverture populationnelle en ARV au niveau national de 2017 à
202470
Graphique 41 : Evolution de la couverture populationnelle en ARV chez les adultes et les enfants de
2018 à 202471
Graphique 42 : Couverture populationnelle en ARV par sexe et âge en 202472
Graphique 43 : Cascade estimée des 3*95 chez les enfants 0-14 ans, 202472
Graphique 44: Enrôlement des patients aux modèles différenciés de dispensation des ARV 74
Graphique 45: Dispensation communautaire des ARV selon les services différenciés en soins moins
intensifs
Graphique 46: Evolution de la dispensation multi-mois des ARV entre T4 2023 et T4 202475
Graphique 47 : Évolution de la file active de la dispensation communautaire au Cameroun 76
Graphique 48 : Evolution du taux de réalisation de la CV de 2017 à 202477
Graphique 49 : Evolution du taux de suppression de la CV de 2017 à 202477
Graphique 50: Cascade de screening de la TB chez les PvVIH sous TARV en 202478
Graphique 51: Répartition du nombre de PvVIH ayant pris l'INH par région en 202479

#### Introduction

L'année 2024 a marqué une étape importante dans la mise en œuvre de la riposte nationale contre le VIH au Cameroun. Engagé dans la poursuite des objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA et de l'élimination du sida en tant que menace de santé publique à l'horizon 2030, le pays a poursuivi ses efforts à travers des interventions stratégiques, multisectorielles et communautaires.

Ce rapport annuel présente les principales réalisations, les progrès accomplis et les défis rencontrés dans les domaines de la prévention, du dépistage, de la prise en charge, de la suppression virale, ainsi que de la gouvernance et de la coordination. Il reflète l'engagement constant des autorités nationales, des partenaires techniques et financiers, des organisations de la société civile et des communautés pour renforcer la réponse au VIH, améliorer l'accès aux soins, réduire les nouvelles infections et garantir une meilleure qualité de vie aux personnes vivant avec le VIH.

Dans un contexte de ressources limitées, mais de volonté politique affirmée et d'innovations programmatiques notables, l'année 2024 a permis de consolider les acquis tout en traçant les perspectives pour accélérer la réponse dans les années à venir.

## Synthèse des performances programmatiques en 2024

#### Effectif des PvVIH au Cameroun

<u>Tableau 1:</u> Nombre de PvVIH estimés

	2020	2021	2022	2023	2024	Tendance
PvVIH (total)	488 640	484 869	480 228	474 764	510 000	7
Enfants < 15 ans	33 475	31 280	29 168	26 182	20 450	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \
Adolescents (15-19 ans)	18 351	17 632	16 719	15 751	13 340	
Jeunes (20-24 ans)	31 152	29 560	27 796	26 001	24 272	
Adultes (15-49 ans)	376 163	368 826	359 988	350 477	368 175	
Femmes	322 598	321 509	319 583	317 108	330 000	<b>*</b>

Source: Rapport des estimations et projections VIH 2024

#### Réduction des nouvelles infections :

Tableau 2: Nombre de nouvelles infections à VIH

	2020	2021	2022	2023	2024	Tendance
Nouvelles infections (total)	14 074	12 221	9 898	7 297	13 000	×
Enfants < 15 ans	4 411	3 793	3 414	1 702	2 722	
Adolescents (15-19 ans)	1 797	1 577	1 218	1 052	1 087	
Jeunes (20-24 ans)	2 031	1 766	1 359	1 176	2 308	
Adultes (15-49 ans)	9 015	7 862	6 047	5 217	9 638	
Femmes	8 949	7 799	6 256	4 792	8 000	

Source: Rapport des estimations et projections VIH 2024

#### Décès liés au VIH:

Tableau 3: Nombre de décès liés au VIH

	2020	2021	2022	2023	2024	Tendance
Décès liés au VIH (total)	13 330	11 569	10 198	8 561	9 400	
Enfants < 15 ans	3 414	3 177	2 795	2 160	1 873	
Adolescents (15-19 ans)	412	389	376	323	268	
Jeunes (20-24 ans)	481	459	453	311	385	
Adultes (15-49 ans)	7 508	6 314	5 531	4 715	5 287	
Femmes	7 012	6 154	5 484	4 636	4 700	

Source: Rapport des estimations et projections VIH 2024

#### Mesures de prévention de l'infection à VIH

#### Distribution de préservatifs, gels lubrifiants et prévention :

<u>Tableau 4:</u> Nombre de préservatifs et lubrifiants distribués.

	2020	2021	2022	2023	2024	Tendance
Préservatifs féminins	2 918 908	2 660 738	2 846 635	1 005 380	349 506	
Préservatifs masculins	41 057 011	33 111 351	29 122 272	28 180 438	24 027 837	
Gels Lubrifiants	912 714	14 059 136	12 347 440	5 615 620	2 202 014	1
Prep chez les HSH	1 064	1 376	1 853	2 020	3 989	7
Prep chez les TS	688	1082	2984	3 789	7 443	7

Source : Rapport d'activités CARE et CHP 2024 et rapport annuel du CNLS 2024

#### Dépistage

<u>Tableau 5:</u> Nombre de personnes testées pour le VIH.

	2020	2021	2022	2023	2024	Tendance		
Nombre de personnes testées (stratégies fixe et communautaire)								
Nb de personnes testées	2 984 346	3 479 989	2 948 355	2 638 708	1 996 138	1		
Nb de personnes testées VIH+	99 273	92 829	70 206	54 916	46 025	1		
Taux de séropositivité	3,3%	2,7%	2,4%	2,1%	2,3%	<b>†</b>		

<u>Source</u>: Rapports mensuels d'activités des FOSA en 2024 et rapport annuel du CNLS 2023

<u>Tableau 6:</u> Prévention et dépistage au sein des populations clés et vulnérables.

	2020	2021	2022	2023	2024	Tendance		
Nombre de personnes ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH								
Travailleuses de sexe (TS)	69 361	46 841	83 344	60 964	91 188	1		
HSH	38 291	18 801	39 963	45 388	38 899	1		
UD	1 252	6 019	6 393	3 172	6 873	7		
TG	1 963	466	1 627	1 285	1 191	×		
Clients TS	141 378	18 965	12 927	11 758	7 208			
JFNS	49 201	29 800	12 326	12 079				
JGNS	55 182	12 634						
	-	Taux de séro <sub>l</sub>	positivité					
Travailleuses de sexe (TS)	11,6%	5,6%	5,2%	4,3%	3,3%			
HSH	13,0%	10,4%	6,3%	6,2%	4,3%			
UD	8,2%	3,8%	3,1%	4,9%	3,3%			
TG	12,7%	10,1%	11,2%	12,0%	8,5%	*		
Clients TS	2,4%	3,0%	3,9%	3,3%	6,7%	7		
JFNS	1,2%	1,2%	1,1%	1,1%				
JGNS	0,7%	1,0%	1,1%	1,0%				

<u>Source</u>: Rapport d'activités CARE et CHP 2024 et rapport annuel du CNLS 2023

#### Prévention Transmission mère-enfant

Tableau 7: Prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

	2020	2021	2022	2023	2024	Tendance
Nombre de FEC reçu en CPN	785 253	869 313	853 399	826 115	758 346	1
Taux de fréquentation en CPN	83,2%	86 ,7%	83,2%	78,7%	69,7%	1
% de FEC testées qui connaissaient leur statut	89,6%	94,8%	99,7%	99,8%	98,8%	7
Nombre de FEC VIH+ identifiées	20 852	19 081	17 587	15 378	12 057	*
Taux de séropositivité FEC	2,9%	2,3%	2,1%	1,9%	1,8%	*
Pourcentage de FEC déjà connues VIH+	49,1%	55,8%	57,9%	58,9%	59,3%	<b>&gt;</b>
Nombre de FEC VIH+ sous TARV	16 731	17 304	15 950	13 899	10 937	1
Pourcentage de FEC VIH+ ayant initié un TARV	80,2%	90,7%	90,7%	90,1%	90,7%	_
Ratio de partenaires de FEC testés	0,04%	0,04%	0,04	0,04	0,04	_
Taux de séropositivité chez les partenaires	2,8%	1,5%	1,3%	1,4%	2,7%	7
masculins des FEC						
Nombre d'EE identifiés	14 137	13 807	13 414	12 957	9 889	1
Nombre d'EE ayant fait une PCR	13 777	12 160	13 381	12 538	8 615	1
Pourcentage d'EE ayant bénéficié d'une PCR	97,4%	88,2%	99,4%	96,8%	87,1%	
Pourcentage d'EE sous prophylaxie ARV	85,2%	91,5%	94,3%	94,9%	94,5%	
Taux de séropositivité des EE	4,3%	4,0%	3,6%	3,3%	2,3%	
% d'EE ayant une PCR+ qui ont initié le TARV	62,3%	72,6%	80,4%	78,4%	93,4%	

<u>Source</u>: Rapport mensuels d'activités des FOSA en 2024 et rapport annuel du CNLS 2023

#### Prise en charge des PvVIH

#### • Lien au TARV

<u>Tableau 8:</u> Lien au TARV au sein des populations clés et vulnérables.

·						
	2020	2021	2022	2023	2024	Tendance
		Pourcentage de	lien au TARV			
Travailleuses de sexe	64,1%	75,1%	78,9%	72,6%	99,6%	1
HSH	42,2%	80,7%	95,1%	88,6%	92,9%	1
UDI	68,9%	75,9%	82,2%	77,6%	82,1%	7
TG	54,0%	85,1%	85,6%	81,0%	90,1%	
Clients des TS	71,3%	60,6%	65,1%	69,7%	98,5%	1
JFNS	67,9%	66,3%	67,3%	74,3%		
JGNS	67,6%	70,1%	69,1%	79,8%		

Source : Rapport d'activités CARE et CHP en 2024 et rapport annuel du CNLS 2023

Tableau 9: Suivi des PvVIH sous TARV.

abicad 5. Salvi des i VVIII sous TARV.								
	2020	2021	2022	2023	2024	Tendance		
PvVIH identifiés	413 188	469 783	460 088	481 147	468 449	7		
% connaissance du statut	83,2%	94,1%	95,8%	98,1%	92%	7		
File active	350 818	388 358	424 771	448 818	449 290	7		
% lien au TARV	84,9%	82,7%	93,3%	96,2%	96%	1		
Nombre de CV réalisées	203 905	241 613	265 019	203 134	308 861	<b>*</b>		
% réalisation CV	58,1%	62,2%	62,4%	45,3%	68,7%	<b>X</b>		
CV supprimées	172 212	227 429	236 493	174 593	282 328	*		
% suppression virale	84,5%	94,1%	89,2%	85,9%	93%	<b>X</b>		
Rétention à 12 mois	75,7%	ND	85%	87%	88,8%	7		

Source : base de données des laboratoires de référence en 2024 et rapport annuel du CNLS

<u>Tableau 10:</u> Résumé des résultats programmatiques régionaux

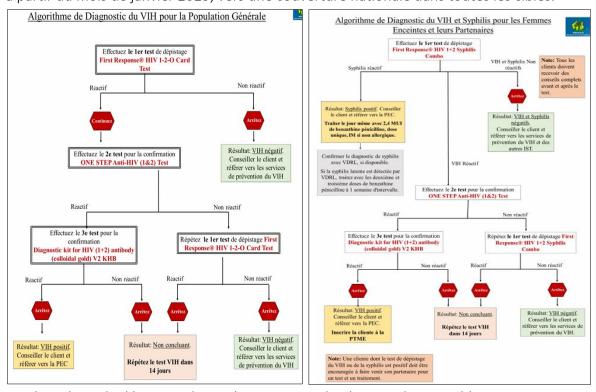
	Adamaoua	Centre	Est	Extrême-nord	Littoral	Nord	Nord-ouest	Ouest	Sud	Sud-ouest	National
Prévalence (EDS 2018)	4,10%	3,5%(Sans Ydé)	5,60%	1,10%	2,4%(Sans Dla)	1,70%	4,00%	1,60%	5,80%	3,20%	2,70%
		Yaoundé : 2,4			Douala : 2,4						
Femmes	4,70%	4,30%	7,30%	1,10%	3,90%	2,50%	5,80%	1,80%	5,50%	3,70%	3,40%
Hommes	3,40%	2,70%	3,40%	1,10%	1,10%	0,70%	1,60%	1,30%	6,10%	2,60%	1,90%
			Ta	aux de séroposit	ivité						
Population générale											
Femmes enceintes	1,9%	2,8%	2,9%	0,5%	2,5%	0,9%	2,7%	1,5%	3,1%	240,0%	1,8%
Partenaires des FEC	3,3%	3,3%	5,0%	5,3%	3,3%	3,4%	1,5%	0,8%	2,1%	1,3%	2,7%
Enfants exposés	1,4%	1,7%	2,9%	2,5%	3,0%	2,7%	1,4%	0,8%	2,0%	1,3%	2,3%
		Pré	vention (	de la transmissio	n Mère-Enfant						
Couverture en CPN	83,8%	70,1%	94,9%	73,0%	64,4%	69,0%	51,8%	71,1%	76,7%	42;2%	69,7%
Dépistage de la syphilis chez la FEC	50,5%	36,3%	51,7%	31,4%	50,6%	38,7%	76,9%	61,9%	51,3%	79,0%	45,5%
Couverture TARV FEC	97,6%	80,7%	95,2%	92,9%	92,0%	93,6%	95,8%	91,1%	99,3%	90,4%	90,7%
Couverture ARV prophylactique EE	98,9%	86,6%	96,9%	94,9%	97,1%	94,4%	95,7%	98,1%	99,8%	95,6%	94,5%
Offre du dépistage chez les EE	73,0%	93,3%	75,9%	96,4%	86,1%	79,7%	71,9%	97,5%	88,1%	103,0%	87,1%
			Pr	ise en charge glo	obale						
Mise sous traitement	93,4%	87,7%	94,3%	93,6%	82,6%	91,5%	84,5%	91,2%	94,6%	89,5%	89,4%
Réalisation de la CV	43,3%	50,5%	49,7%	91,5%	83,1%	68,2%	87,5%	90,0%	81,0%	68,3%	68,7%
Suppression virale	92,8%	88,6%	85,7%	92,5%	92,1%	89,4%	93,9%	94,7%	91,9%	92,2%	91,4%
Rétention à 12 mois	87,5%	86,0%	87,2%	87,9%	83,6%	91,8%	86,1%	92,2%	92,9%	91,2%	88,8%
File active	25 723	115 372	38 996	29 309	70 051	28 776	43 332	34 119	25 859	37 753	449 290
File active OBC	1224	10474	2445	1254	5670	1019	1419	1344	909	1755	27 513

Source : Rapport EDS 2018, DHIS 2 et base de données des laboratoires de référence

RESUME DES FAITS MARQUANTS 2024 DE LA LUTTE CONTRE LE VIH AU CAMEROUN

#### 1. Passage de l'algorithme de dépistage à 2 tests à l'algorithme à 3 Tests

Suivant les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour les pays ayant une faible séropositivité au VIH (inférieure à 5 %), le Cameroun (avec sa prévalence nationale de 2,7% depuis EDS 2018) a opté pour la mise en œuvre de l'algorithme à trois tests pour le dépistage et diagnostic du VIH. Cette initiative passe par une phase de transition de l'algorithme à 2 tests vers un algorithme de dépistage à 3 tests dans l'optique de préserver la bonne valeur prédictive positive du dépistage chez toute personne déclarée séropositive au VIH. Pour atteindre cet objectif, un groupe technique de travail a été mis en place par décision N/1403 du MINSANTE du 19 Mars 2024, composé entre autres des représentants du CNLS, des directions techniques du ministère de la santé publique (DPML, DLMEP, DSF), des laboratoires de référence (CIRCB, LNSP et CPC), des partenaires techniques et financiers (ONUSIDA, OMS, UNICEF, Evidence Action, CDC, USAID, Care-Cameroun) et divers experts. Les travaux au sein du groupe de travail ont abouti à l'élaboration d'un plan budgétisé de transition vers l'algorithme à trois tests qui décrit le processus ainsi que toutes les stratégies et interventions à mettre en œuvre pour une transition efficace et réussie, prenant également en compte tous les besoins en matière de chaîne d'approvisionnement et d'outils de rapportage des résultats des tests et des indicateurs de suivi-évaluation de la mise en œuvre. Dans sa mise en œuvre, la transition a été planifiée en deux phases : la première phase (A) qui concerne uniquement les femmes enceintes et les populations clés est subdivisée en deux sous-phases (A1 et A2) dont la première (A1) concerne uniquement 4 régions (Centre, Littoral, Sud et Ouest) pour une durée de 3 mois à partir de juillet 2024 ; la seconde (A2) a été une extension aux 6 régions restantes. Le dépistage dans ces cibles est couplé au test de la syphilis et hépatite B. La seconde phase (B) quant à elle concerne la population générale et a démarré à partir du mois de janvier 2025, vers une couverture nationale dans toutes les cibles.



Algorithme de dépistage du VIH à trois tests selon les populations cibles au Cameroun.

# 2. Le passage à échelle de l'enrôlement des PvVIH à la Couverture Santé Universelle (CSU)

Selon l'OMS, la Couverture Santé Universelle (CSU) est initiative permettant de garantir d'accès pour l'ensemble de la population aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces sans que leur coût entraine une inaccessibilité financière aux services de santé disponibles. Dans l'optique d'un meilleur accès aux services de santé pour tous et par tous, le Cameroun a démarré l'initiative de la CSU avec le lancement officiel le 12 avril 2023 de la phase I par le Ministre de la santé publique, le Dr Manaouda Malachie, à Mandjou dans la région de l'Est-Cameroun. Dans cette phase, les PvVIH constituent l'une des cibles prioritaires avec la garantie de la gratuité pour le dépistage et le diagnostic du VIH à toute la population Camerounaise, la prise en charge de toutes les personnes identifiées VIH+ avec exemption de tout frais (user fee) aux services de consultation clinique, traitement antirétroviral, suivi de l'efficacité du traitement par les tests de charge virale, prise en charge de la maladie avancée, l'appui psychosocial, l'éducation thérapeutique et autres, dans les formations sanitaires et les organisations à base communautaire affiliées.

Afin de rendre effective cette vision du Chef de l'Etat, le Cameroun a mis en place un système d'enrôlement progressif de la population dans la CSU à travers une plateforme administrée par la cellule Technique Nationale de la CSU. Ceci permet un suivi de l'effectivité des soins autorisés dans le cadre de la CSU, parmi lesquels toutes les offres de services liés au VIH/Sida. Au terme de l'année 2023, 56,3% (252 633/448 818) des PvVIH étaient enrôlés à la CSU. Au terme de l'année 2024, cet enrôlement est désormais de 56,3% à 86,8% (390 118/449 290). Ce résultat découle de la forte implication du CNLS à travers les formations des prestataires et des acteurs de terrain à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, la mise au point sur les niveaux d'enrôlement à chaque occasion d'une activité le terrain (y compris CAMPHIA), l'extension de la communication autour des bénéfices de la CSU, la veille auprès des prestataires des formations sanitaires à l'enrôlement systématique des PvVIH à la CSU lors des dispensations des ARV en routine, ainsi que la bonne collaboration entre la CTN-CSU et le GTC/CNLS à travers la coordination conjointe et des descentes conjointes sur le terrain.

	PvVS							
Régions	Cible	Obectif 70%	PVVS Enrôlés	performance 70%	performance globale			
Adamaoua	24 301	17 011	21 617	127%	89%			
Centre	114 141	79 899	84 670	106%	74%			
Est	35 498	24 849	34 329	138%	97%			
Extrême Nord	25 283	17 698	24 965	141%	99%			
Littoral	71 579	50 105	75 696	151%	106%			
Nord	29 150	20 405	29 539	145%	101%			
Nord Ouest	43 154	30 208	33 923	112%	79%			
Ouest	32 081	22 457	25 087	112%	78%			
Sud	23 390	16 373	26 608	163%	114%			
Sud Ouest	36 419	25 493	34 951	137%	96%			
Total	434 996	304 497	391 385	129%	90%			

Performance actualisée de la CSU chez les PvVIH au mois d'Avril 2025

#### 3. Mise en œuvre de l'enquête CAMPHIA 2024

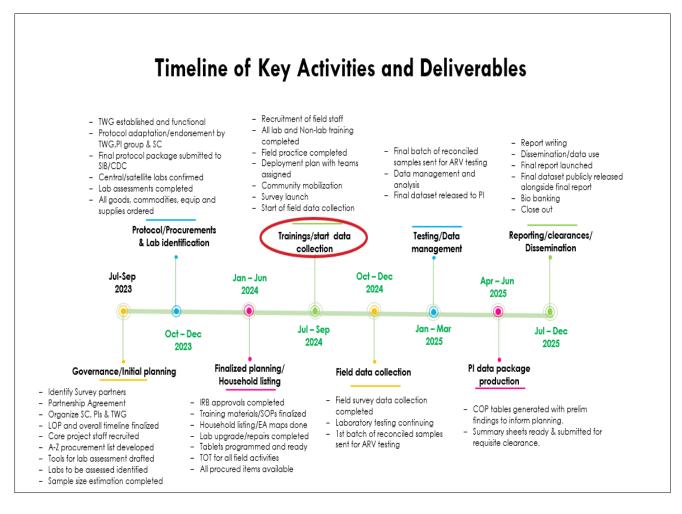
Le Cameroun a mené au cours de l'année 2024 une enquête d'évaluation de l'impact du VIH sur la population Camerounaise (CAMPHIA) grâce à l'appui du financement PEPFAR. Il s'agissait d'une enquête transversale axée sur le VIH et réalisée auprès des ménages à partir d'un échantillon national représentatif des personnes âgées de 15 ans et plus. Cette enquête intervient dans un besoin de :

- Évaluer la prévalence et l'incidence du VIH au sein de la population du Cameroun.
- Évaluer la couverture et l'impact des services de lutte contre le VIH au niveau de la population.
- Caractériser les comportements à risque liés au VIH et associés à l'acquisition et/ou à la transmission du VIH.
- Estimer la prévalence des indicateurs clés du VIH suppression de la charge virale, pharmaco résistance et présence plasmatique des ARV.
- Obtenir des données permettant d'estimer les objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA.
- Explorer l'évolution de l'épidémie et de l'impact des efforts de lutte contre le VIH depuis CAMPHIA 2017.

L'enquête CAMPHIA 2024 a été sous le lead du ministère de la santé publique suivant une approche participative à travers la collaboration multipartenaire dans toutes les phases. Un groupe technique de travail a été mis en place pour un meilleur suivi-évaluation. Il était constitué des représentants du ministère de la santé publique (DROS, DPML, DLMEP, LNSP, CIRCB), du CNLS, de CDC, de l'INS, de CBCHB, de ICAP, des agences des Nations Unies, les OBC et autres ONG internationales. Parmi les acteurs clés, INS et ICAP avaient pour rôle d'assurer les aspects techniques de l'enquête en lien avec la production des données (échantillonnage, formation des acteurs de terrain, organisation de la collecte, apurement des données, analyse et sauvegarde des données); CBCHB assurait la mobilisation communautaire, CRIHSS Fondation assurait les aspects laboratoire en collaboration avec CBCHB, la DROS assurait la coordination technique de l'enquête, le CNLS en qualité de bénéficiaire assurait la coordination programmatique à travers le suivi des résultats de l'enquête, l'identification des cas et le lien au traitement ainsi que l'enrôlement sur la CSU pour une prise en charge gratuite.

Sur le plan méthodologique, l'enquête CAMPHIA portait sur un échantillon national de 22 strates comprenant les 10 régions administratives subdivisées en zones urbaines et rurales ainsi que les grandes villes de Yaoundé et Douala, soit un total de 512 zones de dénombrement à sélectionner. Pour un tirage à 2 niveaux, 15 360 ménages ont été sélectionnés au hasard pour une participation estimée à 12 240 ménages. Ces ménages permettront de toucher approximativement 30 212 personnes de 15 ans et plus pour environ 26 719 personnes à prélever pour les examens au laboratoire. La collecte des données et des échantillons de sang dans les ménages est conditionnée par le consentement/assentiment des participants éligibles. Pour le cas des prélèvements sanguins, un test de dépistage rapide du VIH suivant l'algorithme national a été réalisé, puis un échantillon était acheminé dans les laboratoires de référence identifiés pour des analyses biologiques plus poussées (confirmation du statut VIH, charge virale, test de résistance, dosage plasmatique des ARV, etc).

En prélude au démarrage effectif de l'enquête, des descentes pour la mobilisation communautaire ont été menées selon le contexte de chaque zone. Ces descentes visaient l'obtention du soutien et la participation de la communauté auprès des différentes parties prenantes. Les équipes de mobilisation locales étaient ainsi composées de personnes bien connues et respectées au sein de la communauté, telles que les agents de santé communautaire. De manière globale, le chronogramme de mise en œuvre de l'enquête a été arrêté durant les séances du groupe de travail et prévoyait la fin de l'échantillonnage au cours du premier semestre de l'année, le déroulement des formations au cours du 3<sup>e</sup> trimestre et la collecte des données au 4<sup>e</sup> trimestre 2024. Les phases post-enquête de terrain sont prévues en 2025 selon la figure ci-dessous.



#### 4. Élaboration du cadre de coordination du CNLS

L'année 2024 marque la première année de mise en œuvre du nouveau plan stratégique national de lutte contre le VIH (PSN 2024-2030). Cette stratégie qui ambitionne d'amener le pays à l'élimination du VIH d'ici 2030 accorde une place majeure à la coordination de tous les acteurs intervenant dans la mise en œuvre de la stratégie et le leadership du pays. L'impact 4 du PSN intitulé « D'ici 2030, la gouvernance et la gestion sont renforcées pour garantir l'accélération, l'efficience, la redevabilité et la durabilité de la réponse nationale au VIH/Sida » décline l'ensemble des interventions devant contribuer à une coordination efficace. Afin de rendre plus opérationnelles ces interventions proposées dans cet impact, le CNLS a dressé les dix interventions prioritaires pour l'atteinte de l'élimination et l'OMS a accompagné le CNLS à l'élaboration d'un cadre de coordination de la riposte. Cet instrument est un outil constitué de 5 piliers (planification, coordination, suivi-évaluation, ressources humaines et finance) dont chacun se décline en un ensemble d'activité planifiées dans le temps et permettant de réunir les acteurs pour un suivi effectif des grands axes majeurs de la riposte.

Piliers	Activités prioritaires	Respor	nsables
	Tenir annuellement une réunion d'orientation et planification programmatique stratégique des priorités et du mécanisme de coordination du CNLS les parties prenantes (secteur Santé,Sectoriels, OSC/ONG,PTF)	SG -MINSANTE	CSRLSP
Plan	Tenir annuellement une réunion d'échanges stratégiques sur le financement et les opportunités d'intégration de financement (pérennisation) avec tous les donateurs All Donor meeting,	SG -MINSANTE	CSRLSP
Planification	Tenir trimestriellement les réunions de suivi de l'ancrage des interventions menées/planifiées au PSN par les partenaires et sectoriels selon l'approche par domaines et/ou par secteur d'activités	CNLS	CSRLSP
3	Tenir annuellement une réunion d'évaluation des performances à mi-parcours des activités de tous les acteurs stratégiques et opérationnels de la riposte	SG -MINSANTE	CSRLSP - Che Section S&E
	Elaborer/Actualiser et valider un outil national de planification et de reporting (DASBORD) des activités de toutes les parties prenantes et le déployer	CNLS	CSRLSP - Che Section S&E
Coo	Mettre annuellement à jour la base des données et documents relative aux accords de partenariat/collaboration/financement des différents acteurs (MINSANTE, les PTF et les OSC/ONG concerné, sectoriels)	CNLS	CSRLSP
Coordination	Organiser trimestriellement des réunions techniques de coordination des activités entre le GTC-CNLS/GTR et les Directions Techniques et les DRSP du MINSANTE d'une part et avec les PTF d'autres part	SP/CNLS	Chef Section S -SRLSP
٦	S'assurer semestriellement de la complétude des rapports d'activités transmis au GTC CNLS par les partenaires et sectoriels à tous les niveau	PTF	CSRLSP
	Faire un recensement de tous les MOU disponibles auprès de la DCOOP et faire une triangulation avec les PTF sur le terrain afin de compléter les MOU manquants	DCOOP/PTF	CSRLSP - Che Section S&I
Suivi	Intégrer systématiquement le GTC/CNLS dans l'élaboration des micro-plans des PTF, sectoriels et OSC.	SP/CNLS	CSRLSP - Che Section S&E
Suivi et évaluation	Définir/Actualiser annuellement les indicateur, les cibles de performance et l'outil de collecte des données pour le suivi des livrables de la coordination lors de la réunion d'orientation et planification programmatique stratégique des priorités et du mécanisme de coordination du CNLS	Suivi Evaluation GTC/CNLS	Chef Section S
ם	Tenir trimestriellement une séance de remplissage et de validation de l'outil national de reporting (DASBORD) des activités de toutes les parties prenantes selon l'approche par domaines et/ou par secteur d'activités	Suivi Evaluation GTC/CNLS	Chef Section S
Res Hu	faire Biannuellement une analyse situationnelle des RH et évaluation des performance	UCS-FMP	RH-CNLS
Ressources Humaines	Elaborer annuellement un plan de renforcement des capacités des ressources humaines du GTC-CNLS à faire intégrer dans le plan de mobilisation des ressources	SP/CNLS	RH-CNLS
	Mettre à jour annuellement la cartographie des tous acteurs intervenant dans la réponse VIH	CNLS	CSAF
Fin	Tenir annuellement une réunion d'échanges stratégiques sur le financement et les opportunités d'intégration de financement (Pérennisation) avec tous les donateurs réel ou potentiels (All Donor meeting) pour un meilleur suivi du paysage de financement	CNLS	CSAF
Finance	Renforcer trimestriellement la coordination entre la DCOOP, la DRFP et les partenaires	CNLS	SRLSP
	Tenir annuellement une réunion de plaidoyer et de la mobilisation des ressources au niveau local avec les organes stratégiques et opérationnels des collectivités territoriales décentralisées et le secteur privées	CNLS	SRLSP

#### 5. Numérisation des outils du programme VIH

Les enjeux de la lutte contre le VIH à l'approche du contrôle de l'épidémie au Cameroun sont marqués par une intensification des interventions différenciées marquées par des approches centrées sur le patient. Ceci a pour corollaire un besoin constant et régulier d'une information stratégique détaillée de bonne qualité. Ce besoin se traduit par la collecte des données granulaire d'un ensemble plus important d'indicateurs désagrégés tel que constaté lors de la dernière révision des outils du programme en 2022. Fort de ce constat et étant donnés les délais importants dans la reprographie et la distribution des outils sur le terrain, le programme a entrepris le processus de numérisation des outils de collecte des données. L'élaboration de la subvention du GC7 a permis au pays de bénéficier d'un appui financier du Fonds mondial afin d'accompagner ce processus. Dans la mise en œuvre, le programme bénéficie de l'appui technique de la Cellule des Informations sanitaires (CIS). Il est question principalement de développer et déployer les modules tracker du DHIS 2. Dans la première phase, il est question d'assurer l'interopérabilité entre le tracker DHIS 2 et les solutions informatiques existantes sur le terrain. Tandis que la seconde phase sera une extension aux formations sanitaires ne disposant d'aucune application pour le suivi des patients. En entame de la première phase, une analyse situationnelle de l'existant a été réalisée afin d'identifier toutes les solutions informatiques fonctionnelles existantes et les FOSA qui les disposent. Cette étape a permis de mettre à niveau le Tracker DHIS 2 ainsi que toutes ces applications par rapport aux indicateurs à jour des outils physiques standards sur le terrain. A la suite de cette étape, la CIS a poursuivi le développement du tracker DHIS 2 en paramétrant les différentes règles de programme et les notifications nécessaires.

Le CNLS a mis en place deux innovations majeures dans la numérisation des outils de gestion du programme. Le développement d'un tableau de bord (Dashboard) pour la gestion numérique des approvisionnements et stocks en intrants du programme. Cet outil a permis de réduire les risques de ruptures de stocks et de mitiger le surstockage, source des éventuelles péremptions. L'année 2024 a connu l'entrée en matière de **l'intelligence artificielle** dans la gestion des données à travers la mise en place du scanForm pour la recherche active des enfants et adolescents vivant avec le VIH dans les dix régions du Cameroun durant le Surge pédiatrique. Cette innovation a été rendue possible grâce à la collaboration active entre le CNLS et CDC/PEPFAR, les directions techniques du MINSANTE (CIS, DLMEP, DSF, DOSTS, DPML, DCOOP, DRFP). Le scanForm fonctionne sur smartphone avec transcription de l'image/photo en données numériques, sans recours à l'outil ordinateur/scanner.

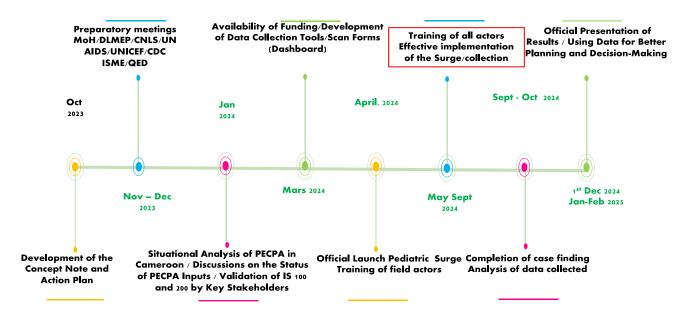
#### Timeliness, accuracy, availability of data for evidence-based decision-making.



Computers or scanners not required.

#### 6. Mise en œuvre du pediatric surge

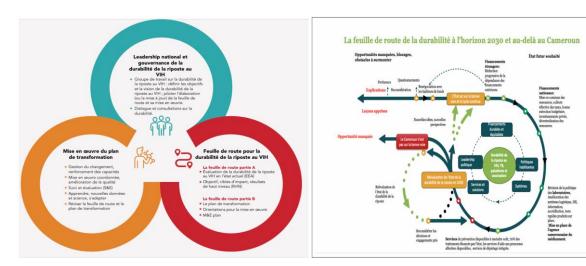
Parmi les cibles prioritaires retenues dans le PSN 2024 – 2030 se trouvent le groupe des enfants et adolescents. Pour le cas particulier des enfants de moins de 15 ans, les infections au VIH sont principalement du fait de la transmission verticale. Malgré les efforts mis sur la prévention de la transmission mère enfant du VIH et sur le suivi des enfants et adolescents infectés, le pays continue de faire face à beaucoup de challenges qui se traduisent par les gaps observés dans l'identification et la mise sous TARV des enfants. Cette situation est de nature à compromettre l'atteinte de l'élimination du sida pédiatrique à l'horizon 2030. Ce constat a emmené le pays à mettre en place le « pediatric surge » dont l'objectif est de rechercher activement tous les enfants infectés ou exposés au VIH non captés par le système de santé pour une amélioration de la cascade de traitement. Cette initiative basée sur une approche multi-stratégique a été utilisée dans les 10 régions du Cameroun entre juillet et septembre 2024. Elle portait sur une recherche intensive en communauté et en FOSA. Cette recherche a visé 3 172 enfants de moins de 15 ans dans 203 districts de santé et 1 012 aires de santé. Elle a été facilitée par l'usage d'un scan form via les smartphones. Les résultats récoltés au 31 décembre 2024 (Dashboard du P-Surge) font état de 740 enfants vivant avec le VIH retrouvés en communauté et ramenés dans le système de soins de santé pour la prise en charge soit 23,8% de réalisation de la cible. Par ailleurs, l'initiative a permis de mobiliser 16 036 mères/tuteurs de statut inconnu en communauté, ce qui a permis d'identifier grâce au dépistage 1 345 cas positifs au VIH parmi lesquels 1 031 ont été mis sous traitement ARV (77%). A côte de ces cas, l'initiative a permis de retrouver 776 mères/tuteurs perdus de vue au traitement pour un retour effectif de 376 cas au traitement (48,5%). D'autres apports du P-surge ont été marqués dans la triple élimination avec l'identification des femmes infectées par la syphilis (1 9072/30 251) et des femmes infectées par l'hépatite B (19 127/30 108). Beaucoup de leçons ont été apprise de cette initiative à savoir l'intensification de l'engagement de l'ensemble des parties prenantes, l'implication effectives des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, l'intégration des services et le fort engagement de la communauté.



Phases majeures du Surge pédiatrique au Cameroun en 2024

#### 7. Feuille de route pour la durabilité de la lutte contre le VIH au Cameroun

La durabilité de la riposte au VIH, à la tuberculose (TB), au paludisme et de la vaccination d'ici 2030 et au-delà désigne la capacité des systèmes, des structures et des interventions mises en place pour répondre à ces problématiques de santé, à maintenir leurs résultats positifs à long terme, tout en s'adaptant aux besoins et aux ressources évolutifs des populations ciblées. Le développement de la feuille de route de la durabilité de la riposte se veut être une approche holistique centrée sur les personnes, axée sur cinq domaines nécessaires pour atteindre les objectifs d'élimination de la menace pour la santé publique de ces maladies d'ici 2030 et au-delà : (a) un engagement politique en faveur d'une responsabilité partagée et d'une gouvernance multisectorielle efficaces, inclusives et participatives, au centre desquelles se trouvent la communauté ; (b) des programmes de prévention et de prise en charge basée sur la science/les données probantes, efficaces et de fort impact; (c) des systèmes de gestion qui s'appuient sur les capacités locales et des institutions solides, avec des interventions centrées la personne ; (d) des politiques habilitantes qui soutiennent les services équitables, accessibles et de haute qualité qui ne laissent personne de côté ; et (e ) un financement national et international adéquat , durable et équitable et qui comprend une augmentation progressive des ressources nationales, et une intégration de ces ressources dans les budgets publics. Le calendrier du processus itératif d'analyse de la durabilité au Cameroun a débuté en début d'année 2024 avec l'appui d'ONUSIDA, OMS, FM, PEPFAR, USAID, et GIZ. Ce processus d'évaluation de la durabilité de la riposte, qui s'appuyait sur un groupe de travail technique multisectoriel a été mis en place par l'Instance de Coordination Nationale (ICN) mandatée par les services du Premier Ministère, visait à contribuer à une meilleure compréhension de l'état actuel de la riposte et ainsi engager des réflexions et un engagement stratégique et concret en vue de consolider les acquis, et pérenniser la riposte à travers une mobilisation de ressources adaptée au contexte camerounais. Des lacunes, défis, blocages et obstacles ont été identifiés et des résultats de haut niveau et des voies de changement qui reflètent les transformations susceptibles d'accélérer les progrès vers un impact durable de la riposte d'ici 2030 et au-delà ont été proposés.

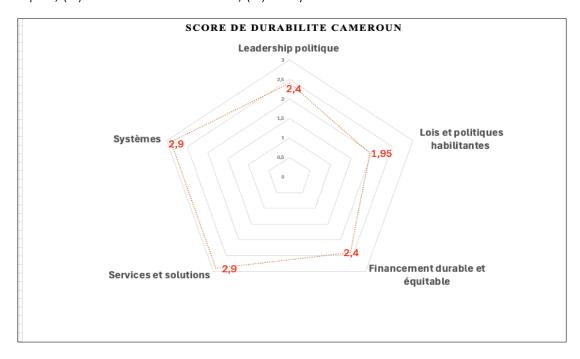


Ainsi pour le Cameroun, afin de garantir la continuité des efforts de prévention, de traitement, de prise en charge et de contrôle des maladies même en cas de changements dans les contextes économiques, politiques ou sociaux, la durabilité assurera la pérennité des gains obtenus et la

possibilité d'atteindre les cibles de santé mondiale fixées (notamment les Objectifs de développement durable – ODD 3.3, 3.8, 3.11, 3.12, 3.13)<sup>1</sup>, tout en s'appuyant sur *des approches locales, innovantes et adaptatives*. Une analyse situationnelle a été faite s'appuyant sur 05 aspects :

- L'aspect institutionnel (résilience des systèmes de santé): renforcement des systèmes de santé nationaux, intégration des programmes VIH, TB, paludisme et PEV dans les structures publiques, renforcement des capacités locales de diagnostic et de traitement et de prévention de ces maladies, leadership national et gouvernance efficace.
- L'aspect financier : diversification des sources de financement (dons internationaux, renforcement des ressources domestiques, partenariats publics-privés), réduction de la dépendance vis-à-vis des financements externes, mécanismes de financement innovants (assurance santé, taxation ciblée, etc.).
- L'aspect technique et opérationnel : Formation continue du personnel de santé, approches basées sur les données probantes et alignées sur les normes internationales, développement et adoption de technologies de santé adaptées et innovantes.
- L'aspect social et communautaire : Appropriation communautaire des programmes, participation active des populations clés et des groupes vulnérables, sensibilisation et lutte contre la stigmatisation.
- L'aspect environnemental : Évaluation de l'impact environnemental des interventions (ex. gestion des déchets biomédicaux dans les campagnes de vaccination).

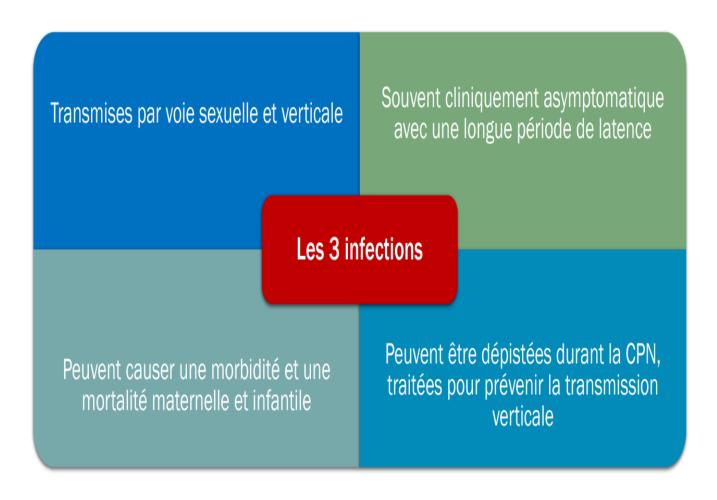
A l'issu des travaux du grouppe technique de travail il ressort de l'évaluation, les résultats consignés dans le diagramme en toile d'araignée avec des scores par domaine allant de 0 à 3 du plus faible au plus élevé. Ces résultats ont guidé la définition des priorités de priorité pour la durabilité à savoir (i) le leadership politique, lois et politiques habilitantes, (ii) les financements et environnements macroéconomiques, (iii) les Services et solutions, (iv) les Systèmes.



<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/

### 8. Triple élimination de la transmission verticale VIH, syphilis et hépatite

Le Cameroun est dans un contexte de santé dominé par la présence des infections sexuellement transmissibles dans la population générale et particulièrement chez les femmes enceintes. Au cours de l'année 2024, les multiples dépistages menés dans les FOSA font état de 2% de positivité du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes. De plus les coïnfections sont de 7,6% pour le VIH et la syphilis et 6,7% pour le VIH et l'hépatite virale B. Ces résultats montrent un besoin de renforcement des interventions en direction des femmes enceintes afin de continuer à mitiger les risques de transmission verticale. Le pays a pour cela fait une révision de son plan opérationnel pour l'élimination de la transmission verticale du VIH 2021-2023.



Cette révision a donné lieu à l'élaboration d'un plan stratégique nationale pour la triple élimination VIH, syphilis et hépatite. L'élaboration de ce plan a été pilotée par le Ministère de la Sante publique à travers la Direction de la Sante familiale (DSF), le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), et les autres Directions du MINSANTE avec l'appui technique et financier du Secrétariat Technique de la Stratégie Sectorielle de Santé (ST/SSS) et du partenaire ABBOTT. Il s'aligne sur les lignes directrices et les critères d'e-TME (OMS, 2021) et prend en compte les résultats de l'analyse des principales défaillances et goulots d'étranglement. Les résultats attendus sont en cohérence à ceux de la stratégie nationale de lutte contre le VIH 2024-2030. La vision du plan est que d'ici 2030, aucun nourrisson ne sera infecté par le VIH, la syphilis ou l'hépatite virale B (HVB) au Cameroun.

#### 9. Premières journées scientifiques du CNLS

Dans le but d'une meilleure visibilité de l'information sur les avancées scientifiques et organisationnelles d'une part et sur les résultats de la recherche scientifique en lien avec la riposte à l'épidémie à VIH au Cameroun d'autres parts, le CNLS a tenue sa première journée scientifique le 3 et le 4 décembre 2024. Cette journée placée sous le thème "METTRE EN OEUVRE DES INTERVENTIONS PRIORITAIRES POUR L'ELIMINATION DU SIDA AU CAMEROUN" a regroupé les chercheurs et les experts de la communauté scientifique nationale, les partenaires techniques, les acteurs de mise en œuvre, les décideurs dans le secteur santé et les bénéficiaires de la lutte contre le VIH. Elle a été ouverte par le ministre de la santé et la modération a été assurée par les membres du conseil scientifique du CNLS institué au cours de l'année 2024 par le ministre de la santé publique. Les activités ont été organisées sous forme de présentations en plenière suivi des échanges sous forme de panel de discussions. Quatre grandes sessions ont meublé cette activité:

- La session 1 : les interventions programmatiques visant l'élimination du VIH. Elle a permis de mettre en lumière les leçons apprises, les enjeux et les défis persistants dans la réalisation des objectifs d'élimination. Les discussions ont notamment porté sur les stratégies de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, avec un accent particulier sur la surveillance sentinelle du VIH en consultation prénatale et la recherche active des enfants exposés dans le cadre de l'approche « surge » pédiatrique. Concernant les adultes, la session a exploré le poids de l'épidémie en termes de mortalité et de la continuité ou des interruptions des soins, soulignant l'importance de renforcer la rétention dans la prise en charge pour atteindre les objectifs nationaux.
- La session 2 : Pharmacovigilance pour une optimisation de la prise en charge en contexte Camerounais. Trois thématiques d'intérêt tout d'abord la non observance au traitement antirétroviral (TARV) avec la mise en évidence de son association avec le développement des résistances. Une analyse des résultats des tests de résistances effectués découle sur des recommandations thérapeutiques pour une atteinte d'une suppression virale chez au moins 80% des patients sous DTG en 03 mois de TARV. Ensuite, l'usage des protocoles thérapeutiques à base d'inhibiteurs d'intégrase est sujet à une surveillance rapprochée afin de garantir leur efficacité et de prévenir l'émergence de résistances. Une attention a été accordée aux divers cas fréquents d'effets secondaires (prise de poids, obésité chez les patients à faibles taux de CD4) et aux risques d'hypertensions artérielles chez les patients après 192 semaines de TARV avec le DTG. Enfin, le risque élevé pour 15% des PvVIH sous TARV de développer des maladies chroniques non transmissibles. Un risque lié à une combinaison de facteurs tels que l'impact du VIH sur le système immunitaire, le vieillissement, les facteurs de risque classiques, ainsi que les effets secondaires associés aux ARV.
- La session 3 : Stratégies innovantes dans la riposte au VIH vers l'élimination à horizon 2030. Parmi les stratégies présentées et discutées se trouve l'implémentation du nouvel algorithme de dépistage du VIH à trois tests couplés au dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes grâce au Duo test. Il a été également question pour les populations clés, des approches de dépistage communautaire dans les hotspots et le déploiement de la stratégie nationale d'initiation communautaire au TARV.

• La session 4 : Les interventions en faveur de l'élimination et la soutenabilité de la riposte au VIH. Cette session a abordé l'actualisation des résultats des évaluations majeures dans la riposte au VIH. Un point a été fait sur le CAMPHIA 2 en cours d'implémentation, sur les résultats de l'enquête IBBS et ceux de l'étude de l'indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0. Il a été également question des approches innovantes et communautaire, intersectorielle et différenciée, les personnes vivant avec un handicap et les autres populations vulnérables sous le lead du Ministère des affaires sociales.



Lancement des premières journées scientifiques du CNLS en novembre 2024

#### CHAPITRE I: ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH

#### 1. Orientations générales et stratégies de la riposte au VIH

La création du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) en 1999 répondait à un besoin de coordination des interventions prises dans le cadre de la lutte contre le VIH. La mise en place de cette instance a permis d'organiser la lutte contre le VIH conformément aux trois principes de l'Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida (ONUSIDA) que sont : (i) la mise en place d'un cadre national commun de lutte contre le Sida dont la vision est portée par le Plan Stratégique National (PSN), (ii) l'organisation de la lutte autour d'un organe de coordination à représentation large et multisectorielle (CNLS), (iii) l'utilisation d'un seul système de suivi et évaluation à l'échelle nationale.

Depuis sa création le CNLS a connu l'implémentation de cinq PSN dont chacun des subséquents répondaient à une réorientation de la stratégie. Le PSN (2021-2023) arrivé à sa dernière année de mise en œuvre envisageait la réduction significative de l'incidence du VIH, de la morbidité et de la mortalité liées au VIH, ainsi que de l'atténuation du fardeau socio-économique de la maladie sur le développement du pays.

#### 2. Cartographie des principaux acteurs de mise en œuvre

Le CNLS dans son rôle de coordination nationale est l'organe suprême d'orientation stratégique de la riposte au VIH au Cameroun. Il s'appuie sur son Groupe Technique Central (GTC) et ses Groupes Techniques Régionaux (GTR), lesquels encadrent les interventions tout en veillant à leur encrage avec la stratégie nationale. Selon le caractère multisectoriel de la lutte, les acteurs de mise en œuvre proviennent du secteur public, du secteur privé et de la communauté (associations et réseaux des PvVIH, associations des groupes de populations les plus exposées, ONG et réseaux impliqués dans la réponse nationale au VIH, etc.). A côté de ceux-ci, se trouvent les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ainsi que leurs différents partenaires d'implémentation. Les interventions ont lieu à la fois au niveau national, régional, district et périphérique (FOSA et Communautés).

#### 3. Implémentation de la coordination de la riposte

La vision du Cameroun quant à la réponse au VIH/SIDA, déclinée dans le Plan Stratégique National (PSN) s'articule autour de trois objectifs majeurs : la prévention des nouvelles infections, l'accès au traitement et la réduction de l'impact de l'épidémie. Pour atteindre ces objectifs et assurer un suivi efficace des interventions, un accent est mis sur la coordination générale du programme. A côté des objectifs majeurs, une pléthore d'acteurs intervient dans la mise en œuvre des activités.

## 4. Difficultés rencontrées dans la coordination, stratégies de mitigation et challenges

PR	RODUITS	ACTIVITES DE COORDINATION	DIFFICULTES	POINTS FORTS DE LA STRATEGIE	RECOMMANDATIONS
		Réunion de coordination semestrielle des PR (TB/ HIV)	Pas de difficultés majeures	Harmonisation et complémentarité des interventions des différents PR sur le terrain	Pérenniser l'activité
org	00% des ganes de ordination	Réunion de coordination avec le PR communautaire (CARE– Cameroun)	Pas de difficultés majeures	Harmonisation de la vision et suivi intégré de la mise en œuvre des activités par CARE	Coordination trimestrielle avec ce PR communautaire
de la aux na régi	la réponse x niveaux ational et ional sont ctionnels et	Réunion de coordination trimestrielle avec les OSC (Associations des PVVIH, coalition, KPCLM DE HEDECS)	Faible implication des organisations des PVVIH aux réunions tenues. Réorganisation en cours de la coalition.	Permet une meilleure implication et appropriation de la riposte par les bénéficiaires.	Implication de toutes les organisations des PVVIH Mobilisation des ressources internes
	la tisectorialit t renforcée	Réunion de coordination trimestrielle du suivi des SR communautaires et humanitaires de la subvention Fonds mondial.	Absence de financement pour la production et dissémination des outils	Permet une meilleure visibilité de la contribution des SR aux résultats et objectifs des PR.	Rendre disponible les outils et élaborer et transmettre les rapports des SR à temps

GAS	Réunion mensuelle de la task Force régionale	Absence de financement	Disponibilisation des intrants à tous les niveaux dans les délais Simplification du processus de commande en ligne	Les intrants BID doivent être pris en compte lors de l'élaboration du plan de répartition des intrants
	Réunions trimestrielles d'évaluation de la chaine logistique	Absence de réunions d'évaluation de la chaine logistique des intrants BID /UNICEF	Identification des problèmes de la chaine logistique au cours du trimestre précédent	Evaluer la chaine logistique de la BID

<u>Tableau 11:</u> Difficultés rencontrées dans l'implémentation de la coordination en 2023 et stratégies de mitigation

<u>Source</u>: PSN 2024-2030 et plan de coordination des acteurs de la lutte contre le VIH au Cameroun

# CHAPITRE 2 : INTENSIFICATION DE LA PREVENTION DES NOUVELLES INFECTIONS A VIH

#### 1. Sensibilisation

La lutte contre le VIH/Sida requiert une communication efficace pour favoriser un changement social et comportemental positif. Reconnaissant cela, le CNLS et ses partenaires ont mis en œuvre un large éventail de stratégies de communication adaptées à des publics spécifiques et utilisant divers canaux. Ces efforts ont joué un rôle déterminant au cours de l'année 2024 qui vient de s'écoulée, dans la sensibilisation, la promotion de la compréhension et l'encouragement de comportements positifs au niveau individuel, environnemental et social.

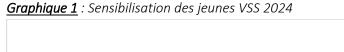
Il est question de rendre compte sur les efforts de communication multiformes, en mettant en évidence les initiatives clés qui ont contribué de manière significative à la riposte nationale au VIH/Sida. Aussi, une illustration est faite sur l'engagement des acteurs à exploiter le pouvoir de la communication pour stimuler le changement social et promouvoir le bien-être individuel et communautaire.

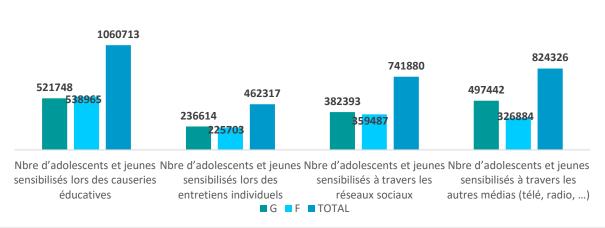
#### 1.1. Campagne de sensibilisation via des affiches et réseaux sociaux

Plusieurs campagnes de ce type et abordant des thématiques diverses ont été menées au cours de l'année. Pour le cas particulier de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/Sida, le CNLS a déployé des affiches de sensibilisation dans plusieurs régions dont un grand nombre dans les régions du Centre et du Littoral. Par le biais de Facebook, Twitter et TikTok, le CNLS a diffusé régulièrement des informations sur la prévention du VIH/Sida auprès des internautes pour les sensibiliser davantage. Ces sensibilisations se sont également faites en présentielle durant la onzaine de la jeunesse auprès des les jeunes scolarisés et non scolarisés par le biais des causeries éducatives et de la distribution de matériel de sensibilisation.

#### 1.2. Campagne de sensibilisation durant la 21e édition de « Vacances Sans Sida »

À côté des actions de terrain détaillées plus haut, il faut indiquer que, conformément aux grandes orientations issues des réunions préparatoires, il avait été demandé de promouvoir des initiatives stratégiques et ciblées, compte tenu des ressources limitées. C'est dans ce sens que certains indicateurs ont été choisis, notamment 04, dans le but de suivre de manière optimale les activités de sensibilisation. Le graphique 1 présente la situation de sensibilisation de l'activité Vacances Sans Sida pour le compte de l'année 2024.

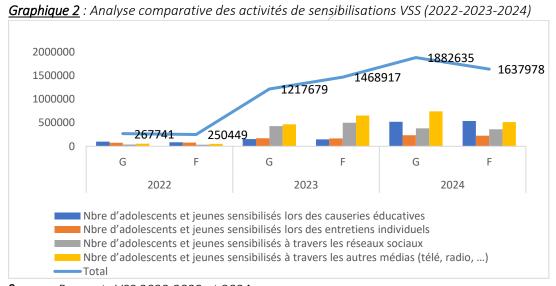




Source: Rapport national VSS 2024

Sur les 3089236 personnes sensibilisées à travers les différents canaux identifiés pour la mobilisation des jeunes et adolescents, les causeries éducatives ont touché le plus grand nombre de personnes avec 34 % (1 060 713/3 089 236) suivi de la sensibilisation à travers les autres médias avec 27 % (824 326/3089236). Par ailleurs, il convient de signaler que les adolescents et jeunes du sexe masculin ont été sensibilisés un peu plus que leurs homologues du sexe féminin (53% contre 47%).

Le graphique 2 illustre l'évolution des indicateurs de sensibilisation pour les trois dernières années de mise en œuvre de l'activité vacances sans Sida.



**Source :** Rapports VSS 2022,2023 et 2024

Globalement, on observe une augmentation du nombre de jeunes sensibilisés entre 2022 et 2024. Cette augmentation est le fait de la forte adhésion des jeunes de sexe masculin que ceux du sexe féminin au cours de l'année 2024 et par ailleurs de l'augmentation du nombre de pairs éducateurs. Les résultats présentés démontrent un succès remarquable de la campagne VSS 2024 en matière de sensibilisation des adolescents et des jeunes aux questions liées au VIH/SIDA. L'augmentation significative du nombre de jeunes touchés par les messages de prévention dans toutes les catégories d'indicateurs est encourageante et témoigne de l'efficacité des stratégies mises en œuvre.

Il est particulièrement notable que les réseaux sociaux aient joué un rôle crucial dans l'amplification de la portée de la campagne, permettant de toucher un nombre record de jeunes. Cette tendance souligne l'importance d'intégrer les plateformes digitales dans les stratégies de communication en santé publique pour atteindre les populations jeunes et connectées. La sensibilisation accrue des filles est également un élément positif à souligner, car elle contribue à réduire les disparités entre les sexes en matière d'accès à l'information et aux services de prévention du VIH/SIDA.



1.3. Campagne de sensibilisation au cours de la 8e édition du Mois Camerounais et de la 36ème Journée mondiale de lutte contre le sida

Le tableau 11 présente une synthèse de données des personnes sensibilisées selon les acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités du mois camerounais de lutte contre le VIH (GTR, Sectoriels, ONG et OSC, entreprises privées, formations sanitaires) et de leur répartition selon le sexe.

**Tableau 12 :** Synthèse des données des personnes sensibilisées

Désignation	Hommes	Femmes	Total
GTC	4213	2809	7 022
GTR	67 312	105 983	173 295
SECTORIELS	107 611	108 202	215 813
ONG et Associations	121 313	145 396	266 709
Entreprises Privées	12 230	10 501	22 731
Formations Sanitaires	80 134	109 884	190 018
Réseaux sociaux et Média	1 145 387	881 109	2 026 496
TOTAL	1 538 200	1 363 884	2 902 084

**Source :** rapport mois camerounais 2024 des régions

On constate que le nombre total de personnes sensibilisées s'élève à 2 902 084. Les hommes représentent une proportion plus élevée que les femmes, soit 53% avec un total de 1 538 200 hommes sensibilisés contre 1 363 884 femmes soit 47 %.

Il est également mis en évidence une prédominance de la sensibilisation à travers les réseaux sociaux et médias avec environ 70% de personnes touchées via ces médias. La contribution des ONG/OSC et les FOSA est remarquable avec respectivement 266 709 et 190 018 personnes sensibilisées.



# 2. Renforcement de l'offre de préservatifs et de la PreP pour la prévention du VIH/Sida et les IST

La disponibilité et la distribution des préservatifs masculins et féminins, ainsi que des lubrifiants, jouent un rôle crucial dans la prévention de la transmission du VIH/Sida et les IST. Le CNLS, en collaboration avec ses partenaires, met en œuvre des stratégies pour garantir un accès adéquat aux préservatifs et favoriser leur utilisation optimale.

#### 2.1. Situation générale de la distribution des préservatifs

Au cours de l'année 2024, environ 24 027 837 préservatifs masculins, 349 506 préservatifs féminins et 2 513 164 gels lubrifiants ont été distribués. Les populations les plus à risque d'infection par le VIH ont été les principaux bénéficiaires. La distribution de ces produits s'est principalement faite durant les activités et les campagnes de sensibilisation sur le VIH.

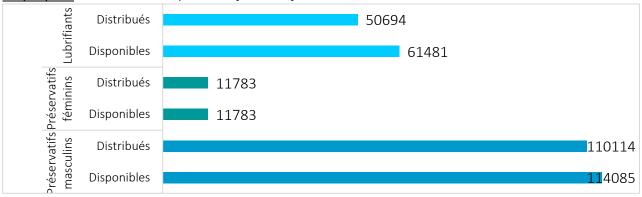
<u>Tableau 13</u>: Synthèse de la distribution des préservatifs en 2024

Structures de	Pro			
distribution	Préservatifs masculins	Préservatifs féminins	Lubrifiants (Sachets)	Lubrifiants (flacons)
CENAME	1 291 616	-	-	-
ACMS	7 019 760	-	-	-
DKT	10 591 662	0	-	3 264
СНР	4 277 129	65 683	1 651 328	295 386
HORIZONS FEMMES	828 670	283 823	550 686	12 500
ONG JAPSSO	19 000	-	-	-
TOTAL	24 027 837	349 506	2 202 014	311 150

**Source :** Rapport section communication CNLS 2024

Des campagnes de distribution de préservatifs ont été organisées lors d'événements spéciaux tels que "Vacances sans Sida" et le "Mois Camerounais de lutte contre le VIH/Sida". Ces initiatives ont permis de sensibiliser la population et de faciliter l'accès aux préservatifs, contribuant ainsi à réduire les comportements à risque.





Source: Rapport national VSS 2024

Le graphique 3 permet de constater que sur les 114085 préservatifs masculins disponibles, 110114 ont été distribués soit un taux de distribution de 97 %. Pour les préservatifs féminins, les 11783 disponibles ont été tous distribués. Par ailleurs, 50694 lubrifiants ont été distribués sur les 61481 disponibles. Malgré la persistance des ruptures de stock, les préservatifs et lubrifiants disponibles ont été distribués par les différents acteurs lors du mois camerounais de lutte contre le VIH/Sida. La distribution était généralement associée à des séances de sensibilisation et de dépistage du VIH.

Le tableau 13 présente la distribution des préservatifs masculins, préservatifs féminins et lubrifiants dans les 10 régions.

Tableau 14 : Distribution des préservatifs et lubrifiants par région

Régions	Préservatifs masculins	Préservatifs féminins	TOTAL préservatifs	Lubrifiants
Adamaoua	49212	0	49212	0
Centre	10391	714	11105	2264
Est	69594	3294	72888	20025
Extrême-Nord	31335	158	31493	0
Littoral	165713	8651	174364	21158
Nord	12993	363	13356	0
Nord-Ouest	52566	4216	56782	7970
Ouest	18000	0	18000	0
Sud	22565	0	22565	0
Sud-Ouest	56756	0	56756	0
Total	489 125	17 396	506 521	51 417

**Source :** rapport mois camerounais 2024 des régions

Parlant des préservatifs masculins à l'échelle régionale, la région du Littoral en a partagé le plus grand nombre 165 713. Par contre les régions du Nord (12 993) et de Centre (10 391) enregistrent les plus faibles résultats. Ceci pourrait s'expliquer par la tension des stocks observée dans la quasi-totalité des régions et l'implémentation de la prophylaxie préexposition.

Concernant les préservatifs féminins, la région du Littoral présente un nombre maximal de distributions soit 8 651 suivie du Nord-ouest (4 216) et de l'Est (3 294). Les autres régions présentent une distribution inférieure à (2 000). Quant aux lubrifiants, le Littoral a une distribution maximale de 21 158. La distribution des préservatifs et lubrifiants dans les 10 régions a été effective présentant un chiffre global de 557 938, soit 489 125 pour les préservatifs masculins, 17 396 pour les préservatifs féminins et 51 417 pour les lubrifiants.

## 2.2. Prophylaxie Pré Exposition (PrEP)

La Prophylaxie Préexposition (PrEP) constitue une stratégie complémentaire de prévention biomédicale du VIH dont le principe est de donner des ARV à des personnes non-infectées (séronégatives) avant l'exposition au VIH, dans un contexte de relation(s) sexuelle(s) à haut risque. Au cours de l'année 2024, les activités de dispensation de la PrEP ont été menées par plusieurs partenaires dont CARE et CHP. Les résultats consignés dans le tableau 14 ont été obtenues le long de la cascade de soins de prévention offerts aux populations clés (MSM et TS).

Tableau 15: Synthèse des résultats de la PrEP en 2024

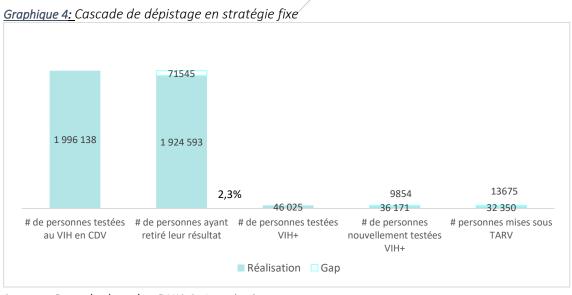
Indicateurs	Valeurs 2024
Nombre de TS initiées sur PrEP	7 443
Nombre de MSM initiés sur PrEP	3 989

Source : Base de données CHILL & Care 2024

#### 3. Renforcement de l'offre de dépistage

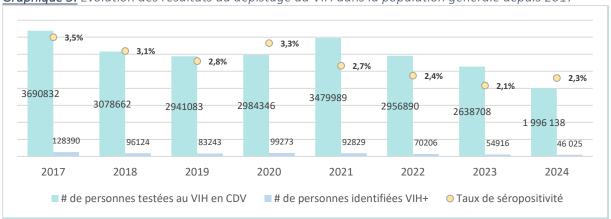
# 3.1. Dépistage de routine en formation sanitaire

Le dépistage et la connaissance du statut vis-à-vis du VIH demeurent la pierre angulaire de toute politique de prévention contre cette pandémie. En 2024, 1 996 138 tests de dépistages ont été réalisés dans l'ensemble des formation sanitaires du pays enregistrées dans le système d'information sanitaire. Parmi ces dépistages, on dénombre 46 025 tests positifs, soit un taux de séropositivité de 2,3%. Parmi les 46 025 cas positifs, 36 171 étaient nouveaux représentant 78,6% des cas positifs et 9 854 déjà connus positifs. Parmi ces nouveaux cas positifs, 32 350 ont été mis sous ARV, soit un taux de lien direct au TARV de 89,4%.



Source : Base de données DHIS 2 du 07/02/2025

Le taux de séropositivité en routine a connu une baisse de 1,2 points depuis 2017, allant de 3,5% à 2,3% en 2024. Le nombre de tests réalisés en routine tend à diminuer au fil du temps. Cette tendance serait attribuable au dépistage ciblé. Il est particulièrement plus bas en 2024 dû certainement aux problèmes de disponibilité des tests qu'a connu le pays et la non systématisation du testing en routine au cours de cette année.



Graphique 5: Evolution des résultats du dépistage du VIH dans la population générale depuis 2017

<u>Source</u>: Rapports annuels du CNLS 2017 à 2023 + Base DHIS 2

Au cours de l'année 2024, la séropositivité a connu des variabilités d'une région à une autre. Les taux de séropositivité les plus élevés ont été enregistrés dans les régions de l'Est et du Sud (4%), tandis que les régions de l'Extrême-nord, du Nord-ouest et de l'Ouest enregistrent les taux de séropositivité les plus bas (confer tableau 15). L'analyse des nouvelles infections révèle que les cas nouvellement déclarés VIH positifs représentent 78,6% des cas VIH positifs identifiés au niveau national. Ce poids diffère d'une région à une autre.

Tableau 16 : Nombre de personnes testées ; retrait des résultats et taux de séropositivité selon les régions

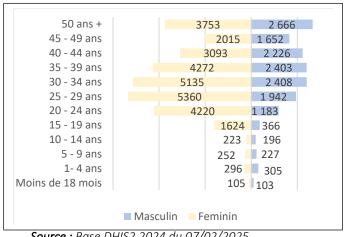
	Personnes testées	Retraits des résultats	% résultats rendus	Cas testés positifs	Cas nouvellement testés positifs	% de cas positifs	Poids des cas nouvellement testés positifs
Adamaoua	120 036	119 138	99,3%	3 323	2 870	2,8%	86,4%
Centre	363 605	360 541	99,2%	10 813	8 601	3,0%	79,5%
Est	135 386	133 969	99,0%	5 389	4 159	4,0%	77,2%
Extrême Nord	241 210	238 952	99,1%	3 408	2 948	1,4%	86,5%
Littoral	337 601	334 969	99,2%	8 408	6 105	2,5%	72,6%
Nord	157 412	155 959	99,1%	2 741	2 287	1,8%	83,4%
Nord-Ouest	190 044	188 739	99,3%	2 669	1 861	1,4%	69,7%
Ouest	226 010	225 451	99,8%	3 049	2 169	1,4%	71,1%
Sud	76 970	76 566	99,5%	3 092	2 641	4,0%	85,4%
Sud-Ouest	147 864	146 840	99,3%	3 133	2 530	2,1%	80,8%
National	1 996 138	1 981 124	99,2%	46 025	36 171	2,3%	78,6%

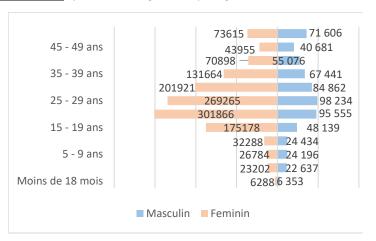
Source : Base DHIS2 2024 du 07/02/2025

Quelle que soit la tranche d'âge (graphique 6), le nombre de tests réalisés est plus élevées chez femmes. La principale raison étant l'offre de dépistage systématique du VIH aux Femmes enceintes dans le cadre des consultations prénatales et en salle d'accouchement pour celles ayant un statut sérologique inconnu. Les tranches d'âge 25 – 49 ans et 20 – 24 ans ont le plus bénéficié du dépistage du VIH. Cependant les taux de positivité les plus élevées sont enregistrés dans les tranches 25 – 49 ans (3% chez les hommes et 2,7% chez les femmes) et 50 ans et plus (2,7% chez les hommes et 3,1% chez les femmes).

**Graphique 6** : Pyramide des âges des cas testés VIH+

Graphique 7 : Pyramide des âges du dépistage en 2024





**Source :** Base DHIS2 2024 du 07/02/2025

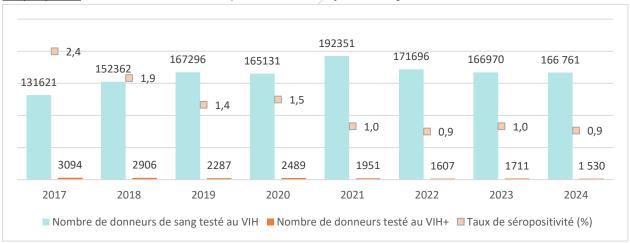
### 3.2. Sécurisation de la transfusion sanguine

Le dépistage des donneurs de sang a révélé un nombre important d'infections transmissibles par le sang, avec 1711 cas de VIH, 7568 cas d'hépatite B et 2978 cas de syphilis.

#### 3.2.1. Dépistage du VIH en transfusion sanguine

En 2024, 166 761 donneurs de sang ont été testés, révélant 1 530 cas de VIH, soit un taux de séropositivité de 0,9%, en légère baisse par rapport au 1,02% de 2023. Ce taux varie de 0,72% à 2,1% selon les régions. L'évolution de la séropositivité en transfusion sanguine est illustrée dans le graphique 8.

Graphique 8 : Évolution du taux de séropositivité en transfusion sanguine de 2017 à 2024



Source: Rapports annuels du CNLS de 2017 à 2023 et Base de données DHIS2 2024

#### 3.2.2. Dépistage de la syphilis en transfusion sanguine

Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un facteur de risque majeur pour l'infection au VIH. C'est pourquoi leur dépistage et leur traitement précoces sont des éléments essentiels d'une riposte efficace et globale au VIH. En 2024, 164 247 donneurs de sang ont été testés pour la syphilis, révélant 2 634 cas syphilis positives, soit un taux de positivité national de 1,6%, en légère baisse de 0,2 point par rapport à 2023. Ce taux demeure cependant élevé dans les régions du Littoral (2,2%) et du Sud-Ouest (2,3%).

### 3.2.3. Dépistage de l'hépatite virale B en transfusion sanguine

En 2024, 168 219 donneurs de sang ont été testés pour l'hépatite B dans le cadre de la transfusion sanguine. Parmi eux, 5 464 ont été testés positifs, soit un taux de séropositivité de 3,2% en continuelle baisse par rapport aux précédentes années 2023 (4,4%), 2022 (5,1%) et 2021 (5,7%). Les régions de l'Extrême-Nord et du Nord ont enregistré les taux de positivité les plus élevés, avec respectivement 5,4% et 9,3% en 2024.

## 3.3. Dépistage par groupe de population à haut risque d'infection à VIH

Les populations à haut risque d'infection à VIH sont prioritaires pour la mise en œuvre des activités de riposte au VIH. Les populations à haut risque sont classées en deux catégories : les populations vulnérables et les populations clés.

#### 3.3.1. Dépistage chez les Populations vulnérables

Selon le PSN, les adolescents et jeunes, les utilisateurs de drogue (UD), les clients des TS (CTS) et les orphelins et enfants vulnérables (OEV) sont classés comme populations vulnérables du VIH. Au cours de l'année 14 081 personnes appartenant aux populations vulnérables ont été dépistées pour le VIH dont 6 873 UD et 7 208 CTS. Parmi les personnes testées, 707 (5,0 %) se sont révélées séropositives et 650 (92,0 %) ont été liées au TARV. Le lien au TARV était plus bas pour les UD (76,4%).

<u>Tableau 17 :</u> Dépistage et lien au TARV chez les populations vulnérables en 2024

Populations Vulnérable	Personnes dépistées	Personnes testées positives	Taux de séropositivité	Testées positives mises sous ARV	Taux de lien au TARV
UD	6 873	225	3,3%	172	76,4%
CTS	7 208	482	6,7%	478	98,5%
Total	14 081	707	5,0%	650	92,0%

Source : Base de données Care 2024

#### 3.3.2. Dépistage chez les populations clés

En 2024, le dépistage chez les populations clés a concerné 135 771 personnes dont 91 188 TS, 38 899 HSH, 1 191 TG, et 4 493 UDI (*Tableau 17*). Parmi ces populations clés, 4 939 ont été identifiés positifs soit un taux de séropositivité global de 3,6%. Des disparités sont observées entre les sous-groupes : le taux de séropositivité est de 8,5% chez les TG, 4,3% chez les HSH; 3,9% chez les UDI et 3,3% chez les TS.

**Tableau 18 :** Dépistage et lien au TARV chez les populations clés en 2024

Populations Clés	Nombre de KP dépistés	Nombre de KP testés positifs	Taux de séropositivité	Dépistés positifs mis sous traitement	Taux de lien au traitement
TS	91 188	3 006	3,3%	2 993	99,6%

HSH	38 899	1 653	4,3%	1 537	92,9%
TG	1 191	101	8,5%	91	90,1%
UDI	4 493	179	3,9%	147	82,1%
Total	135 771	4 939	3,6%	4 768	96,5%

Source: CHP et Care 2024

## 3.3.3. Dépistage lors des évènements spéciaux

#### Vacances Sans Sida

Pour ce qui est de la promotion du dépistage, 290 152 personnes ont été conseillées sur le VIH durant la campagne de VSS. Parmi les personnes conseillées seules 24 225 ont été testées au VIH et 24 021 ont retiré leurs résultats pour un taux de retrait de 99,2 %. Au total 159 cas positifs ont été enregistrés parmi lesquels 59 étaient nouvellement dépistés VIH+. Cela fait un taux de séropositivité de 0,7% légèrement inférieur à celui de l'édition 2023 (0,9%). A l'issu de la campagne, 95% (56/59) des personnes nouvellement testées positives ont été enrôlées au traitement.

Tableau 19 : Cascade régionale du dépistage pendant VSS 2024

Région	Nbre de pers. Conseillées	Nbre de personnes dépistées	Nbre de retraits de résultats	Nbre de cas positifs	Nbre de nouveaux cas positifs	Taux de séropositivité	Nbre de cas positifs liés au TARV	% Lien au TARV
Adamaoua	70670	944	927	23	12	2,5 %	12	100 %
Centre	4928	4902	4894	38	14	0,8 %	13	93 %
Est	6373	5963	5953	24	9	0,4 %	7	78 %
Extrême-Nord	869	869	869	4	0	0,5 %	0	-
Littoral	186900	5068	5068	26	9	0,5 %	9	100 %
Nord	1784	1784	1745	9	7	0,5 %	7	100 %
Nord-Ouest	1305	1305	1305	16	1	1,2 %	1	100 %
Ouest	1064	1064	1064	4	1	0,4 %	1	100 %
Sud	1291	1000	992	10	6	1,0 %	6	100 %
Sud-Ouest	14968	1326	1204	4	0	0,3 %	0	-
National	290152	24225	24021	158	59	0,7 %	56	95 %

**Source :** Base DHIS2 2024 du 07/02/2025

#### Mois Camerounais de lutte contre le VIH/Sida

Durant le Mois Camerounais de lutte contre le VIH/Sida, 373 465 personnes ont été conseillées pour le VIH. Parmi les personnes conseillées, 147 786 ont été dépistées, soit un taux d'acceptation du dépistage de 39,6% inférieur à celui obtenu en 2023 (78%). Parmi les personnes dépistées, 146 386 ont retiré leur résultat et connaissent leur statut, soit un taux de retrait de 99% supérieur à celui de 2023 (95,8%). Parmi les personnes ayant été testées, 1 828 (1,24%) ont été testées positives et 1 715 ont été mises sous traitement antirétroviral (TARV), soit un taux de liaison au TARV de 93,82%. La stratégie avancée a permis de dépister un plus grand nombre de personnes mais avec très peu de cas positif par rapport à la stratégie fixe au cours de cet évènement.

Tableau 20: Cascade du dépistage par type de stratégie pendant le Mois camerounais

Acteurs	Nombre de personnes conseillées	Nombre de personnes dépistées	Nombre de personnes dépistées ayant retiré leur résultat	Nombre de personnes testées positives	Taux de séropositivité (en %)	Nombre de personnes testées positives mises sous traitement	Taux de liaison au TARV
Stratégie fixe	143959	57714	57481	1016	1,77%	934	91,93%
Stratégie avancée	229506	90072	88905	812	0,91%	781	96,18%
TOTAL	373465	147786	146386	1828	1,24	1715	93,82

Source : rapport mois camerounais 2024 des régions

Le tableau 20 présente des données désagrégées du dépistage par région durant le mois camerounais. Il ressort que les régions du Sud (26 547) du Littoral (24 495) et du Nord-ouest (23 812) sont celles ayant effectué plus de dépistage. Les régions de l'Est (3,2%) de l'Adamaoua (2,19%) et la région de l'Extrême-nord (1,56%) sont celles ayant les taux de séropositivités les plus élevés par rapport à la moyenne nationale. Enfin les régions de l'Extrême-nord, du Nord, et de l'Ouest affiche 100% de lien au traitement.

Tableau 21 : Répartition du dépistage en stratégie avancée et fixe selon les régions pendant le mois camerounais

Régions	Nbre de pers. Conseillées	Nbre de personnes dépistées	Nbre de retraits de résultats	Nbre de cas positifs	Taux de séropositivit é	Nbre de cas positifs liés au TARV	% Lien au TARV
Adamaoua	16 505	16 505	16 424	361	2,19	352	97,5
Centre	12 626	12 447	12 077	87	0,70	82	94,3
Est	19 316	11 312	11 200	362	3,20	306	84,5
Extrême-Nord	78 142	4 880	4 860	76	1,56	76	100,0
Littoral	165 969	24 495	24 387	216	0,88	212	98,1
Nord	4 364	3 956	3 889	31	0,78	31	100,0
Nord-Ouest	23 812	23 812	23 349	268	1,13	250	93,3
Ouest	8 393	8 393	8 325	7	0,08	7	100,0
Sud	27 549	26 547	26 547	243	0,92	231	95,1
Sud-Ouest	16 789	15 439	15 328	177	1,15	168	94,9
National	373 465	147 786	146 386	1 828	1,24	1 715	93,8

Source: rapport mois camerounais 2024 des régions

#### 3.4. Dépistage différencié du VIH

L'optimisation de l'offre du dépistage différencié du VIH au Cameroun passe par la prise en compte du Qui ? Quoi ? Où ? et Quand ? pour la mobilisation, le test et le lien lors de la mise en œuvre de chaque stratégie.

La mise en œuvre des stratégies de dépistage différentiés du VIH (tels que le dépistage par cas index, l'auto-dépistage ou le dépistage via les réseaux sociaux) en lien avec les services de prévention ou de traitement améliore la couverture de dépistage pour les personnes à haut risque d'infection à VIH.

#### 3.4.1. Dépistage par porte d'entrée

Le tableau 21 présente la synthèse des résultats du dépistage par stratégie et par porte d'entrée. La stratégie par cas index a touché plus du double de personnes que les stratégies communautaires ciblées. Mais le taux de séropositivité est plus élève chez cette dernière (9%) ainsi que le lien au TARV des cas positifs (94%). S'agissant des portes d'entrée, l'hospitalisation enregistre le plus grand nombre de cas dépistés (35 834 tests) suivi de la banque de sang (31 604). Le service de dépistage de la tuberculose a enregistré le petit effectif de dépistage mais le taux de séropositivité le plus élevé (4,4%).

**Tableau 22** : Répartition du nombre de personnes testées selon les portes d'entrée et stratégies de dépistage

		Nombre de test effectués	Nombre de test positifs	% de cas positifs	Mise sous TARV	% de lien au Traitement
	Auto dépistage	15 128	490	3,0	335	68
Stratégie de dépistage	Dépistage par Cas Index (ICT)	27 063	1 372	5,0	1209	88
Straté dépis	Dépistage communautaire ciblé	12 346	1 208	9,0	1 135	94
υ	Urgence	20 554	588	2,8	534	91
Porte d'entrée	Hospitalisation	35 834	949	2,6	784	83
Po en	Banque de sang	31 604	107	0,3	17	16
<u> </u>	ТВ	3 460	155	4,4	86	55

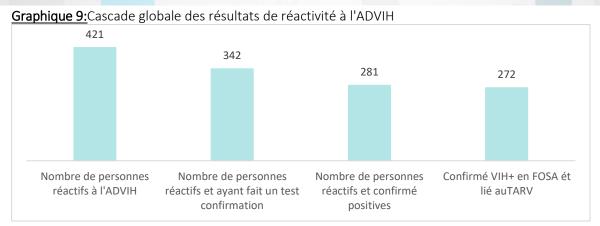
**Source :** Base DHIS2 2024 du 07/02/2025

#### 3.4.2. Auto-dépistage du VIH

L'auto-dépistage du VIH qui sert de test d'orientation est une opportunité pour améliorer la couverture du dépistage auprès des cibles difficiles d'accès par les approches conventionnelles de dépistage du VIH. Au Cameroun, les populations bénéficiant de cette stratégie sont :

- Les populations-clés: HSH, TS, Transgenres, usagers de drogue et drogue injectable;
- Les partenaires et clients des populations-clés ;
- Les partenaires des PVVIH;
- Les partenaires des Femmes enceintes ;
- Les jeunes à partir de 18-24ans en situation de vulnérabilité;
- Les hommes en situation de vulnérabilité.

La mobilisation pour susciter la demande est effectuée par les pairs éducateurs en communauté, en formation sanitaire par les prestataires de santé pour les cas index et les partenaires des femmes enceintes. Au cours de l'année 2024 après distribution de 17 911 kits d'autotest, 421 personnes ont été réactives. Environ 73% (342/421) de ceux-ci ont fait un test de confirmation dont 59% (281/342) ont été confirmés positives au VIH dont 272 enroulées au TARV.



**Source :** Base de données Care 2024

Le tableau 22 montre que les régions ayant effectué le plus de distribution des tests d'ADVIH sont, le Centre (28,1%), le Littoral (19%) et l'Est (10%) au cours de l'année. Sur les 421 personnes réactives à l'ADVIH, 78% ont fait un test de confirmation. Les régions ayant le taux de confirmation le plus élevée sont l'Nord-ouest, l'Ouest et le Sud avec une performance de 100%. Enfin pour ce qui est du lien au traitement les régions de l'Est, Nord, Nord-ouest et sud ont de bon résultat (100%).

Tableau 23: Résultats de l'implémentation de l'auto dépistage dans les régions

Région	Nbre de kits d'autotest distribués	Nbre de retours de résultats	Nbre de cas réactifs à l'autotest	Nbre de cas réactifs ayant fait un test de confirmation	%	Nbre de cas réactifs confirmés VIH+	Nbre de cas confirmés liés au TARV	%
Adamaoua	1 345	1 335	26	21	80,7	20	18	90,0
Centre	5 037	4 740	119	86	72,3	71	68	95,8
Est	1 869	1 812	42	37	88,1	31	31	100,0
Extrême-nord	868	587	53	42	79,3	14	13	92,9
Littoral	3 550	3 168	65	63	96,9	57	56	98,2
Nord	665	856	51	29	56,8	21	21	100,0
Nord-ouest	627	620	2	2	100,	2	2	100,0
Ouest	992	926	16	16	100,	15	14	93,3
Sud	1 546	1 546	19	19	100,	19	19	100,0
Sud-ouest	1 412	1 093	28	27	96,4	27	26	96,3
TOTAL	17 911	16 683	421	342	81,2	277	268	96,8

Source : Base de données Care 2024

# 3.4.3. Dépistage par cas index en formation sanitaire

C'est une stratégie visant à offrir le dépistage du VIH à l'entourage et aux contacts sexuels des PVVIH. Il est question d'offrir le test de dépistage du VIH à tous les contacts sexuels d'un PVVIH et aussi aux partenaires des utilisateurs de drogue injectable. La mobilisation pour cette stratégie se fait à partir d'une personne vivant avec le VIH identifiée, à travers les descentes en communauté, par appel téléphonique ou de façon anonyme.

Le dépistage à travers les réseaux sociaux est une approche de dépistage du VIH qui s'appuie sur les réseaux sociaux au sein des populations clés et dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins et de prévention. Elle fait appel à des personnes séropositives et à des personnes séronégatives à haut risque d'infection à VIH (recruteurs) pour qu'elles identifient et mobilisent des personnes dans leurs réseaux sociaux, sexuels et de toxicomanie (membres du réseau) en vue d'un dépistage. Les

Populations clés testées négatives sont orientées vers des services de prévention, mais la documentation des services de prévention du VIH reste insuffisante.

# 4. Analyse FFOM pour l'amélioration des mesures de prévention

A l'issue de l'analyse des différents résultats, des stratégies et des interventions menées dans le cadre de la prévention et de l'identification des cas VIH, il convient de relever les éléments majeurs pouvant guider une meilleure prise de décision.

#### **Forces**

- Engagement politique fort
- Utilisation efficace des médias et des réseaux sociaux pour sensibiliser aux questions liées au VIH/SIDA.
- Couverture élevée du dépistage du VIH.
- Baisse du taux de séropositivité au VIH
- Efforts ciblés pour le dépistage du VIH chez les populations clés et vulnérables.
- Mise en œuvre du dépistage différencié y compris l'autotest
- Disponibilité d'une feuille de route nationale de la prévention.

# **Opportunités**

- Intégration des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA.
- Engagement accru de la communauté et les acteurs de la société civile.

#### **Faiblesses**

- Suivi évaluation et coordination insuffisants
- Manque d'informations sur les motivations et comportements liés au dépistage
- Insuffisance des intrants de prévention (préservatifs, gels lubrifiants, etc.)
- Insuffisance de campagnes de sensibilisation en faveur de certains groupes de population (jeunes et adolescents)

#### **Menaces**

- Insuffisance de ressources financières
- Désinformation et fausses informations sur le VIH/SIDA.

# CHAPITRE 3: PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

Au Cameroun, la transmission mère-enfant demeure le principal vecteur de l'infection à VIH chez les enfants de moins de 15 ans. L'initiative e-TME vise à réduire cette transmission à moins de 2 % à 6 semaines et à moins de 5 % à 18 mois. Des avancées significatives ont été réalisées grâce à des stratégies comme l'intégration des services SRMNIA/VIH/PTME, la décentralisation des soins et la délégation des tâches, renforçant ainsi l'efficacité de la prévention et du suivi.

# 1. Résultats par rapport aux cibles programmatiques du PSN 2024-2030

Le tableau 23 illustre l'impact crucial de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) dans la lutte contre le VIH au Cameroun. Il montre une mobilisation insuffisante des femmes enceintes pour le dépistage, avec 69,7 % testées, et une faible mise sous ARV (57,9 %). Le suivi des enfants exposés est renforcé : 87,1 % ont bénéficié d'un examen PCR et 94,5 % ont reçu une prophylaxie ARV. Pour les enfants testés VIH+, 93,4 % ont été mis sous traitement antirétroviral, améliorant leur prise en charge. Ces résultats montrent des avancées notables, mais l'écart entre les cibles et les performances souligne la nécessité de poursuivre les efforts pour renførcer l'accessibilité et la sensibilisation.

**Tableau 24 :** Résultats des indicateurs PTME par rapport aux cibles

Indicateurs	Cibles	Per	formance
Nombre de Femmes enceintes reçues en CPN et SA	1 088 041	758 346	69,7%
Nombre de FEC testées pour le VIH en CPN et SA	758 346	677 159	89,3%
Nombre de FEC identifiées VIH+ mises sous ARV	18 894	10 937	57,9%
Nombre d'enfants exposés (EE) ayant bénéficié d'un examen PCR	9 889	8 615	87,1%
Nombre d'enfants exposés (EE) ayant reçu la prophylaxie ARV	9 889	9 346	94,5%
Nombre d'EE testés VIH+ mis sous TARV	197	186	93,4%

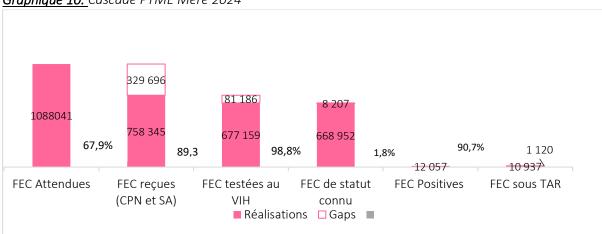
Source: PSN 2024-2030 et données DHIS2, 2024, CIS.

#### La cascade de prise en charge de la femme enceinte

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) repose sur une cascade de services visant à réduire les infections néonatales au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. En 2024, Il était attendu au Cameroun 1 088 041 femmes enceintes, mais seulement 69,7% d'entre elles ont été effectivement reçues en consultation prénatale (CPN) et en salle d'accouchement (SA), révélant un déficit d'accès aux services de suivi maternel. Parmi celles-ci, 677 159 (89,3%) ont été dépistées pour le VIH, ce qui témoigne d'une couverture insuffisante, avec 10,7% des femmes suivies qui échappent au dépistage du VIH. Sur les 12 057 femmes enceintes diagnostiquées positives, 90,7 ont été mises sous traitement antirétroviral (TARV), laissant un écart de 9,3% qui nécessite une prise en charge rapide afin de limiter la transmission verticale.

Cette cascade met en évidence les progrès réalisés dans la PTME mais aussi les lacunes à combler, notamment l'amélioration du suivi des femmes enceintes non testées et la mise sous traitement de toutes les FEC VIH+. Une intégration plus efficace des femmes dans les consultations prénatales permettrait d'augmenter la couverture du dépistage et d'assurer un accès universel aux soins. En

optimisant le dépistage et le traitement, le Cameroun pourrait considérablement réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant et renforcer ses efforts vers une génération sans VIH.



Graphique 10: Cascade PTME Mère 2024

Source : Bases de données de la CIS et Dhis2/Minsanté 2024

Une analyse désagrégée de la cascade PTME mère montre quelques particularités en fonction des groupes d'âge. Au cours de l'année, 2476 FEC de moins de 15 ans, 108 619 FEC de 15-19 ans, 201 388 FEC de 20-24 ans et 364 676 FEC de 25 ans et plus ont été reçues et testées en CPN et SA. S'agissant de la séropositivité, elle est de 1,8% au niveau national mais disparate selon les groupes d'âge. Ainsi, alors qu'elle est respectivement de 1,2% et 1,1% chez les moins de 15 ans et les 20-24 ans, chez les FEC de plus de 25 ans, on observe une séropositivité de 2,5%.

L'élément le plus marquant de cette analyse est certainement le taux de mise sous TARV. Il est de 90,7% au niveau national mais particulièrement faible chez les FEC âgées de moins de 15 ans (53,8%) et relativement meilleur pour les autres groupes d'âge (87,3% pour les 15 à 19 ans 86,5% pour les 20-24 ans et 92,2% pour les plus de 25 ans).

Il conviendrait donc de définir des approches de lien aux soins plus adaptées à cette tranche d'âge particulièrement vulnérable. Il serait par exemple question de mettre sur pied des programmes éducatifs adaptés à l'âge pour informer les jeunes sur le VIH; de renforcer les capacités du personnel médical sur les besoins spécifiques des FEC jeunes toute en veillant à ce qu'ils soient sensibles aux enjeux psychosociaux et à la communication avec les adolescentes; et de promouvoir des groupes de soutien des FEC par tranches d'âge.

<u>Tableau 25:</u> Performances de la cascade PTME mère par groupe d'âge

renjermanees de la cascade l'intere par groupe à age								
Indicatours		Performances						
Indicateurs	Moins de 15 ans	15-19 ans	20-24 ans	Plus de 25 ans				
FEC testées au VIH	92,6%	88,1%	89,0%	89,8%				
FEC de statut connu	98,3%	98,8%	98,6%	98,9%				
FEC dépistées positives	1,1%	0,7%	1,2%	2,5%				
Mise en TARV des FEC	53,8%	87,3%	86,5%	92,2%				

Source : Bases de données de la CIS et Dhis2/Minsanté 2024

#### 2. Offre de service PTME

#### 2. 1. Couverture géographique en site PTME

Le tableau 25 présente la couverture en sites PTME par région au Cameroun en 2024, mettant en évidence des disparités régionales qui influencent l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

La couverture des sites PTME au niveau national est de 71,9%, indiquant que près d'un quart des formations sanitaires (FOSA) n'ont pas été des sites PTME en 2024 Cependant, certaines régions affichent des niveaux de couverture inférieurs à la moyenne nationale, notamment le Littoral (58,5%), le Sud-Ouest (61,6%) et le Centre (62,3%), ce qui pourrait limiter la prise en charge des femmes enceintes séropositives dans ces zones. À l'inverse, des régions comme l'Extrême-Nord (84,9%), le Nord (88,2%), et l'Est (86,5%) affichent une couverture élevée, traduisant un meilleur maillage territorial des services PTME. Ainsi, l'absence de sites PTME dans certaines régions pourrait s'expliquer en partie par la fréquentation insuffisante de la CPN, car certaines femmes enceintes n'ont pas eu accès aux formations sanitaires pour assurer un suivi adéquat de leur grossesse. Il convient de renforcer les interventions communautaires en faveur de la sensibilisation pour la fréquentation de la CPN et ainsi améliorer la couverture des sites PTME.

<u>Tableau 26:</u> couverture en sites PTME 2024

Régions	DS	Nombre de FOSA	Site PTME	Couverture
Adamaoua	11	231	198	85,7%
Centre	32	2 171	1364	62,8%
Est	15	312	270	86,5%
Extrême- Nord	33	497	422	84,9%
Littoral	24	1 207	706	58,5%
Nord	15	347	306	88,2%
Nord -Ouest	21	438	375	85,6%
Ouest	20	1008	839	83,2%
Sud	13	344	275	79,9%
Sud-Ouest	21	388	239	61,6%
National	205	6 943	4994	71,9%

Source: Base DHIS2 2024

#### 2. 2. Offre de dépistage précoce du VIH chez les enfants nés de mère VIH+

L'offre du diagnostic précoce chez les enfants nés de mère VIH+ depuis 2016, se fait à travers la PCR/ADN sur DBS dans les laboratoires conventionnels ou à travers les POC, permettant ainsi de réduire le temps de rendu des résultats et d'améliorer la mise précoce sous traitement des enfants infectés. Dans le cadre de l'offre du diagnostic précoce, le pays compte 110 POC/EID et 5 laboratoires de référence effectuant le diagnostic précoce du VIH. La région du Centre compte le plus grand nombre de POC avec 20 appareils fonctionnels.

Tableau 27: Répartition des sites DBS et EID/POC par région

Régions	Sites PTME	Laboratoire de référence	POC/EID
Adamaoua	198	0	9
Centre	1364	1	20
Est	270	0	10
Extrême-Nord	422	0	14
Littoral	706	1	13
Nord	306	0	10
Nord-Ouest	375	1	11
Ouest	839	1	11
Sud	275	0	7
Sud-Ouest	239	1	5
National	4994	5	110

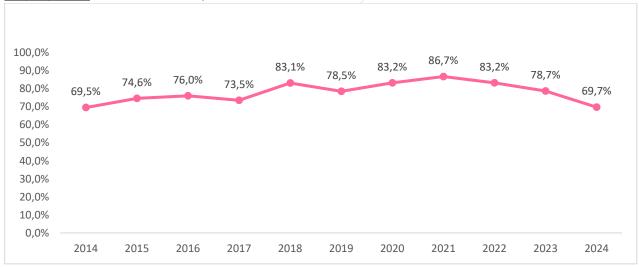
Source: Base DHIS2 2024

#### 3. Demande de service pour la PTME

#### 3.1. Fréquentation de la consultation prénatale et connaissance du statut chez les FEC

La consultation prénatale est la principale porte d'entrée pour les interventions de la PTME. Le taux de fréquentation correspond à la proportion des femmes enceintes ayant reçu au moins une CPN et permet de mesurer la couverture des services par rapport à la cible. Cette courbe montre l'évolution du taux de fréquentation des consultations prénatales (CPN) entre 2014 et 2024, mettant en évidence des tendances fluctuantes avec des périodes de progression et de recul.

**Graphique 11:** Evolution de la fréquentation de la CPN entre 2014 et 2024

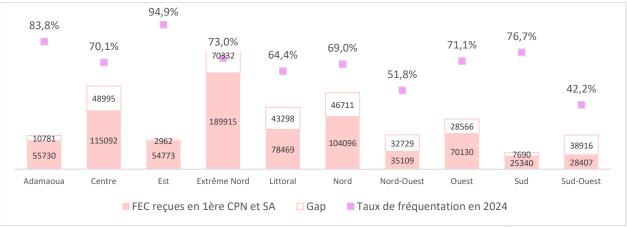


Source: Base DHIS2 2024

L'analyse de la fréquentation des consultations prénatales (CPN) en 2024 met en évidence des disparités régionales importantes, influençant l'accès aux soins maternels et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. En effet, en plus de la surestimation des cibles, plusieurs facteurs peuvent expliquer cette baisse. Parmi eux, on note le recours aux services des matrones, la fréquentation de structures sanitaires non conventionnelles qui ne sont pas enregistrées dans le DHIS2, une communication insuffisante concernant le chèque santé dans les régions du septentrion, ainsi que l'inaccessibilité de certaines formations sanitaires dans les régions touchées par la crise sécuritaire. Certaines régions comme le Nord-Ouest (51,8%) et le Sud-Ouest (42,2%) affichent des taux particulièrement bas, certainement dues aux déplacements des populations du fait de la crise

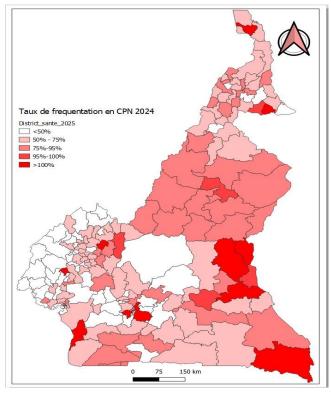
sécuritaire. En revanche, des performances relativement élevées sont observées dans les régions de l'Est (94,8%) et de l'Adamaoua (83,8%). Au-delà de ces disparités régionales, un examen plus poussé des données rapportées laisse entrevoir un sous rapportage des données du programme.

**Graphique 12:** Fréquentation en CPN au niveau régional



**Source :** DHIS 2, 2024

<u>Graphique 13:</u> Taux de fréquentation en CPN par district de santé en 2024 au Cameroun



# Analyse du taux de fréquentation en CPN en 2024

Au regard du graphique 13 présente les contrastes en terme de taux de préquentation des FEC en CPN dans les districts de santé du pays. Tandis que certains districts, notamment dans les régions de l'Est, du Sud, du Centre et l'Extrême-Nord, affichent performances remarquables avec des taux de fréquentation supérieurs à 95 %, d'autres présentent des résultats préoccupants. Il s'agit de plusieurs districts de santé dans les régions de l'Ouest, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest avec des taux inférieurs à 50 %, traduisant une couverture insuffisante en soins prénatals. Cette situation expose les femmes enceintes et leurs nouveau-nés à des risques accrus en matière de santé maternelle et infantile.

# Constats généreaux :

- 1. Inégalités régionales marquées
  - Les districts de l'Est, du Sud, du Centre et de l'Extrême-Nord affichent des taux élevés de fréquentation (>95 %, voire >100 %).
  - o Plusieurs districts dans l'Ouest, le Nord-Ouest et le Sud-Ouest présentent des taux faibles, certains même < 50 %.
- 2. Districts en surperformance
  - Certains districts (en rouge vif) dépassent les 100 %, indiquant une forte affluence ou une surestimation de la population cible. Cela peut aussi refléter une affluence de patientes hors zone.
- 3. Districts en sous-performance critique
  - Les zones en blanc montrent des gros déficits de fréquentation CPN, ce qui représente un risque élevé pour la santé maternelle et néonatale dans ces régions.
- 4. Tendance nationale
  - Une majorité des districts se situent entre 75 % et 100 %, ce qui montre un niveau de fréquentation globalement satisfaisant, mais encore insuffisant pour atteindre Enfin, les performances élevées observées dans certains districts pourraient servir de modèles pour orienter les bonnes pratiques à l'échelle nationale.

# Quelques détails au niveau régional :

Adamaoua: le taux de fréquentation régional est de 83,8%. Tous les DS à l'exception du DS de Djohong ont connu au cours de l'année une baisse de la fréquentation en CPN. Les premières

investigations de cette situation font état de 43 FOSA clandestines à grand volume ne rapportant pas leurs données dans le DHIS2.

*Centre*: le taux de fréquentation dans la région est de 70,5%. Les DS qui ont eu les taux de fréquentation les plus bas sont : Akonolinga (29,5%), Yoko (36,7%), Awaé (49,5%), Eseka (11,7%), Nanga Eboko (27%), Ngog Mapubi (37,4%), Ngoumou (36,9%), Nkolndongo (40,9%) et Odza (49,5%). Il faut signaler ici que certains de ces DS ont vu leur cible de femmes enceintes attendues littéralement doubler entre 2023 et 2024.

Est: la performance reste bonne (94,8%) mais cependant on note une baisse comparativement aux années antérieures. Les DS de Nguelemendouka (57,5%) et Ndelele (58,0%) affichent les plus faibles performances tandis que Betare Oya (106,8%), Moloundou (130,0%), Batouri (139,3%) et Garoua Boulai (142,4%) sont en surperformance. Cette grande différence peut s'expliquer par les mouvements et les préférences des populations pour certaines structures de santé mais aussi par la présence des réfugiés (Garoua Boulai).

Extrême-nord: la performance régionale est de 73,0%. De façon générale, les raisons évoquées pour justifier cette performance sont: une surestimation de la cible des FEC attendues, la faiblesse du pouvoir d'achat des populations qui peinent à s'acquitter des droits au chèque santé, la distance et l'autorité des partenaires des FEC. Les DS présentant les plus faibles performances sont Mindif (17,3%), Moulvoudaye (32,1%), Guere (38,7%), Roua (48,2%), Gazawa (53,7%), Fotokol (55,2%) et Hina (56,1%).

Littoral: La couverture en CPN est de 64,9% en 2024 contre 84% en 2023. On observe une baisse quasi généralisée graduelle au cours des 4 dernières années. Cette baisse varie de 45,4 points dans le DS de Bonassama à 4,5 points dans le DS de Manoka. Seuls les DS de Logbaba (101,7%) et de Newbell (93,5%) présentent des performances encourageantes. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cette baisse. Entre autres, on a : une surestimation de la cible, un phénomène socio anthropologique, le sous rapportage des données constatées de la fiche PTME ou encore la prolifération des FOSA clandestines.

*Nord*: on observe entre 2023 et 2024 une baisse de la fréquentation de 5 points passant de 74% en 2023 à 69,0% en 2024. Les DS dans lesquels cette baisse est plus prononcée sont : Les districts de Garoua 2 (42,3%), Garoua I (56,1%) et Figuil (57,3%). Les raisons qui justifient cette faible performance sont : la contrainte liée à l'acquisition du chèque santé préalable à la prise en charge de la FEC et le sous rapportage des données.

**Nord-ouest** : la performance régionale est de 51,8%. Seuls les DS de Batibo (62,5%) et de Kumbo Est (60,8%) présentent une performance acceptable. Les raisons pouvant expliquer ces performances sont entre autres la crise sécuritaire qui sévit depuis plusieurs années dans la région, entrainant des déplacements des populations et la fermeture de beaucoup de formations sanitaires.

*Ouest*: on observe une baisse de 4 points entre la performance enregistrée en 2023 et celle de 2024.Les DS de Galim (33,1%), Kekem (37,5%), Bandja (41,1%), Santchou (49,1%) enregistrent les plus basses performances tandis que Bangourain (102,0%) et Malantouen (95,4%) ont les meilleures performances.

*Sud*: la performance régionale est de 76,4%, en baisse de 2,9 points par rapport à 2023.Les DS de Mvangan (34,0%), Zoetele (50,2%) et Niete (50,5%) présentent les plus basses performances tandis que Kribi (121,7%) ET Sangmelima (89,7%) ont les meilleures performances.

*Sud-ouest*: la performance nationale est en baisse de 5,2 points par rapport à 2023 où elle était de 47,4%. Seuls les DS de Banguem (115,8%), Buea (79,6%), Kumba Sud (74,9%) se démarquent.

#### Recommandations

- Renforcer les interventions communautaires dans les districts avec une couverture en CPN inférieure à 80% ;
- Analyser les causes structurelles des faibles taux (barrières géographiques, coût, offre de services);
- Valoriser les pratiques des districts à >100 % pour inspirer les zones en difficulté ;
- Intensifier la communication autour du chèque santé et de la couverture santé universelle sur la gratuité de la CPN ;
- Mettre en place un système de collecte des données et de mentorat des formations sanitaires non conventionnelles ;
- Renforcer les capacités des matrones sur la référence contre référence des FEC vers les formations sanitaires;
- Organiser des stratégies avancées pour l'offre de la CPN (y compris la PTME) en communauté ;
- Diffuser les messages de sensibilisation pour la fréquentation de la CPN à travers les réseaux sociaux.

#### 3.2. Dépistage et traitement de la syphilis chez la FEC

Le Cameroun a révisé le plan opérationnel e-TME VIH et a élaboré le plan opérationnel d'élimination de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite virale B 2024-2030 qui s'aligne sur les engagements et les principales orientations de la réponse nationale en matière de lutte contre le VIH, la syphilis et l'hépatite virale B et vise à l'atteinte de l'objectif 95-95-95 au Cameroun.

Dans le cadre de l'implémentation de ce plan, l'offre de services pour la lutte contre la syphilis a permis de dépister 343 676 femmes enceintes lors de la CPN1 soit 45,5% des FEC présentes à cette CPN. Cette couverture demeure insuffisante mais pourra s'améliorer avec la transition vers le dépistage du VIH à 3 tests qui intègre le duo test (VIH/Syphilis) et qui est gratuit. Parmi les FEC dépistées pour la syphilis, le taux de positivité est de 2,0% en baisse par rapport à 2023 (8,5%). De plus, seulement 35,3% des cas de syphilis diagnostiqués ont été traités, ce qui souligne un défi majeur dans la prise en charge des cas positifs et la prévention de la syphilis congénitale. La question du traitement sera également prise en compte dans le cadre de la transition vers l'algorithme à 3 tests ce qui pourra augmenter le nombre de cas de prise en charge parmi les FEC dépistées positives.

<u>Tableau 28 :</u> Dépistage par région de la syphilis chez la femme enceinte 2024

Région	Nombres de FEC reçus	Nombre de FEC ayant effectué un test de syphilis	Taux de réalisation du test de la syphilis chez les FEC	Nombre de cas de syphilis diagnostiqués chez les femmes enceintes	Taux de positivité à la syphilis chez la FEC	Nombre de cas de syphilis traités chez la FEC	Taux de traitement de la syphilis chez la FEC
Adamaoua	55 730	28 129	50,5%	350	1,2%	189	54,0
Centre	115 092	41 721	36,3%	1 379	3,3%	351	25,5
Est	54 773	28 323	51,7%	1 128	4,0%	514	45,6
Extrême- Nord	189 915	59 615	31,4%	566	0,9%	86	15,2
Littoral	78 469	39 725	50,6%	688	1,7%	355	51,6
Nord	104 096	40 295	38,7%	363	0,9%	90	24,8
Nord-Ouest	35 109	27 002	76,9%	717	2,7%	230	32,1
Ouest	70 130	43 432	61,9%	781	1,8%	217	27,8
Sud	25 340	12 992	51,3%	339	2,6%	204	60,2
Sud-Ouest	28 407	22 442	79,0%	581	2,6%	196	33,7
Total	757 061	343 676	45,5%	6 892	2,0%	2 432	35,3

Source: Base DHIS2 2024

#### 3.3. Dépistage du VIH chez la femme enceinte

#### 3.3.1. Tendance du dépistage dans le temps

En 2024, le dépistage du VIH a été offert aux femmes enceintes en CPN ou en SA. Cette offre a permis d'obtenir une couverture de 89,3% des femmes enceintes reçues et testées en CPN et en SA à l'échelle nationale, en baisse par rapport à 2023 (97,7%). Cependant, une baisse significative en 2024 soulève des préoccupations quant à l'accessibilité et l'adhésion au dépistage. Cette régression pourrait être liée à des problèmes d'approvisionnement en tests. La région du Nord (71,4%) est celle ayant obtenu le taux de réalisation du test de dépistage au VIH le plus bas.

**Graphique 14:** Evolution du taux de réalisation du test VIH chez la FEC entre 2019 et 2024



**Source :** DHIS2/Minsanté 2024

L'analyse régionale de la réalisation du test de dépistage au VIH révèle que ce dernier varie entre 71,4 % dans la région du Nord et 99,6% dans la région du Sud-ouest.

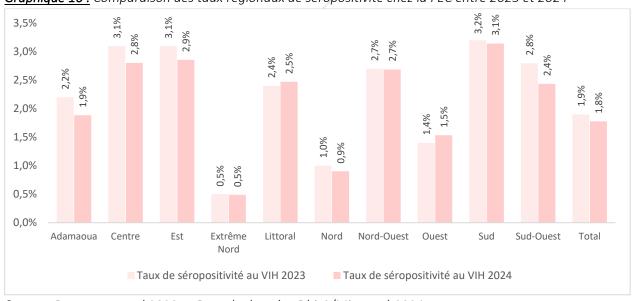
99,2% 99,4% 99,6% 20 797 97,4% 95,1% 92,9% 89,0% 87,5% 82,0% 71,4% 8 164 29 820 169 118 3 850 389 106 928 6 953 9 855 74 619 74 276 269 69 741 120 48 777 658 44 918 34 840 28 287 24 682 Extrême Nord Sud-Ouest Adamaoua Nord-Ouest Nombres de FEC testés au VIH □ Gap Couverture du dépistage 2024

Graphique 15 : Réalisation du test de dépistage VIH au niveau régional

Source : Dhis2/Minsanté 2024

#### 3.3.2. Analyse du taux de séropositivité au VIH chez la femme enceinte

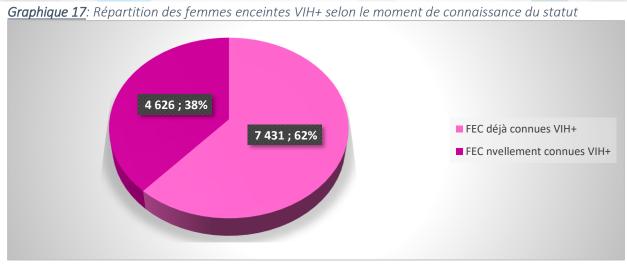
En 2024, 89,3% des femmes enceintes ont accepté le test VIH avec 12 057 identifiées VIH+ parmi lesquelles 7431 FEC qui connaissaient déjà leur statut VIH+ avant la grossesse en cours. Le taux de séropositivité observé de 1,8% est en légère baisse par rapport à 2023 où il était de 1,9%. Le graphique 16 présente le taux de séropositivité chez les FEC par région au cours de l'année 2024. Il est à noter une baisse de ce taux dans 7 régions des 10 régions du pays. Ce taux demeure identique entre les deux périodes à l'extrême-nord et le Nord-Ouest.



Graphique 16 : Comparaison des taux régionaux de séropositivité chez la FEC entre 2023 et 2024

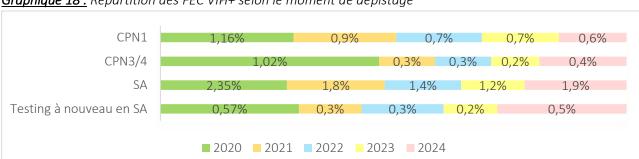
<u>Source</u>: Rapport annuel 2023 et Base de données Dhis2/Minsanté 2024

Une analyse approfondie dans le groupe des femmes enceintes séropositives révèle une répartition en deux sous-groupes : le sous-groupe des femmes nouvellement diagnostiquées VIH+ lors des consultations prénatales (CPN et SA) et celui de celles connaissant déjà leur statut VIH+ avant la grossesse en cours. Le graphique 17 permet ainsi de constater que l'effectif des FEC déjà connues VIH+ est plus grand que celui des FEC nouvellement connues VIH+ (62% contre 38%).



Source: Dhis2/Minsanté 2024

Au regard de l'instant d'instant d'identification des FEC VIH+ tout au long du suivi anténatal jusqu'à l'accouchement, on constate sur les 5 dernières années, une baisse généralisée des taux de séropositivité en CPN1, en CPN intermédiaires (CPN 3 ou 4) et en salle d'accouchement même si on semble assister à une nouvelle augmentation de ce taux entre 2023 et 2024 (confer graphique 18). Le fait marquant ici est le taux de séropositivité en salle d'accouchement qui est généralement plus du double du taux obtenu dans les autres étapes du suivi des FEC. En 2024 il est même équivalent au triple du résultat des autres étapes. Ceci s'explique par le fait que la majorité des dépistage effectués en salle d'accouchement sont ceux des FEC qui viennent pour la première fois dans le FOSA pour le compte de leur grossesse. Ce qui exposerait gravement leur enfant à l'infection. Il conviendrait de développer des stratégies visant ce type de femmes afin non seulement de réduire significativement ces cas, mais aussi et surtout de proposer une prophylaxie adaptée (une bithérapie à base d'AZT et de 3TC par exemple) aux enfants nés dans ces cas de figure afin de limiter considérablement leur infection au VIH.

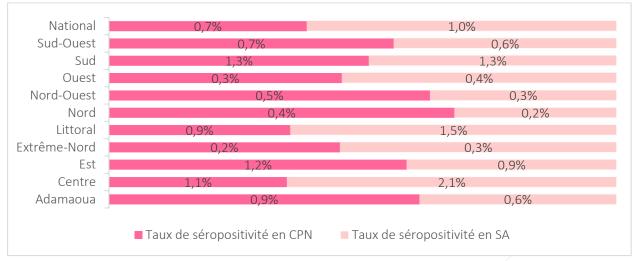


**Graphique 18 :** Répartition des FEC VIH+ selon le moment de dépistage

**Source :** Base de données Dhis2/Minsanté 2024

Le graphique 19 met en évidence les variations régionales du taux de séropositivité VIH chez les femmes enceintes en fonction de la porte d'entrée : Consultations Prénatales (CPN) et Salle d'accouchement (SA). On observe des disparités marquées, avec des taux variant de 0,2% à 1,3% en CPN et de 0,2% à 2,1% en SA, indiquant que certaines régions détectent les infections plus tardivement. Le Centre affiche le taux le plus élevé en SA (2,1%), tandis que l'Extrême-Nord enregistre les taux les plus bas en CPN (0,2%) et SA (0,3%). Cette répartition souligne l'importance du dépistage

précoce et d'un accès équitable aux services de PTME pour limiter la transmission mère-enfant du VIH.



Graphique 19 : Répartition régionale du taux de séropositivité selon la porte d'entrée

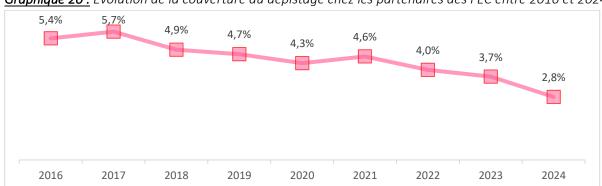
Source : Base de données Dhis2/Minsanté 2024

Dans le cas très particulier du re-testing des femmes enceintes, il s'agit du dépistage effectué soit en CPN3/4 ou en SA permettant ainsi de rattraper celles ayant eu un test négatif en CPN1 et qui se serait infectées durant la période s'écoulant jusqu'aux autres CPN ou en salle d'accouchement. En 2024, 86 762 femmes enceintes ont bénéficié d'un re-testing en SA. Le taux de séropositivité au VIH obtenu au cours du re-testing en SA a été de 0,5 %. Le re-testing a permis de capter 454 FEC VIH+ additionnelles.

#### 3.4. Dépistage chez les partenaires masculins des FEC

L'approche familiale promeut que les femmes enceintes soient accompagnées par leurs partenaires masculins lors des consultations prénatales, afin de pouvoir bénéficier du dépistage du VIH. Le dépistage des partenaires masculins des femmes enceintes (FEC) a connu une baisse continue entre 2016 et 2024, passant de 5,4% en 2016 à seulement 2,8% en 2024 (confer graphique 20), soit une diminution de près de 50%.

Cette régression compromet la prévention du VIH au sein des couples et limite la prise en charge précoce des cas positifs. Pour inverser cette tendance, il est essentiel de sensibiliser davantage les partenaires, de rendre le dépistage plus accessible et d'identifier les obstacles qui freinent leur engagement, afin d'optimiser les stratégies de prévention et de lutte contre le VIH. La mise en œuvre effective du dépistage par cas index (index case testing), la disponibilité quasi permanente des tests de dépistage et l'offre de l'auto-dépistage aux partenaires des FEC/FA VIH+ à travers la stratégie CPN-Papa pourraient contribuer à améliorer cet indicateur.



Graphique 20 : Evolution de la couverture du dépistage chez les partenaires des FEC entre 2016 et 2024

Source : Rapports annuels de 2016 à 2024 et Base de données DHIS2 2024

Le ratio des partenaires testés /FEC testées stagne à 0,03% (soit environ 1 partenaire pour 26 FEC testées). Au total, 474 PvVIH ont été identifiées à travers le dépistage des partenaires des FEC, la majorité ayant été recensée dans la région du Centre (101).

Au regard du tableau 28, la séropositivité chez les partenaires masculins des femmes enceintes testés était à 2,7% (474/17 364) au cours de l'année 2024 en hausse par rapport à 2023 (1,4%) et supérieur à celui des femmes enceintes (1,8%) pour la même année. Au niveau régional, on a noté des variations de 0,8% dans la région de l'Ouest à 5,3% dans la région de l'Extrême-Nord.

<u>Tableau 29 :</u> Dépistage du VIH chez les partenaires des FEC

Régions	Nombre de FEC reçues (CPN&SA)	Nombre de FEC testées au VIH (CPN&SA)	Nombres de FEC testées VIH+ (SA&CPN)	Nombre de Partenaires des FEC testés au VIH	Ratio partenaires testés sur FEC testés	Nombre de Partenaires des FEC testés VIH+	Taux de séropositivité des partenaires au VIH (%)	Ratio partenaire testé VIH+ - FEC VIH+
Adamaoua	55 724	48 771	920	1411	0,03	47	3,3%	0,05
Centre	115 655	107 240	3 009	3058	0,03	101	3,3%	0,03
Est	54 722	44 867	1 282	1288	0,03	64	5,0%	0,05
Extrême-Nord	189 751	168 959	826	1020	0,01	54	5,3%	0,07
Littoral	78 967	74 863	1 851	2552	0,03	83	3,3%	0,04
Nord	103 803	74 077	668	1039	0,01	35	3,4%	0,05
Nord-Ouest	35 134	34 860	938	1143	0,03	17	1,5%	0,02
Ouest	70 062	69 669	1 070	2732	0,04	23	0,8%	0,02
Sud	26 115	25 563	804	1105	0,04	23	2,1%	0,03
Sud-Ouest	28 412	28 290	689	2052	0,07	27	1,3%	0,04
National	758 345	677 159	12 057	17400	0,03	474	2,7%	0,04

Source: Base DHIS 2 2024

#### 3.5. Couverture en ARV des FEC VIH+

En 2024, parmi les femmes enceintes séropositives enregistrées, 10 937 ont été mises sous TARV correspondant à une couverture de 90,7%. Au total, 1 120 femmes enceintes VIH+ n'ont pas été mises sous TARV correspondant à autant d'opportunités manquées d'éviter la TME du VIH. Les principales causes seraient : le refus de la femme enceinte VIH+, le non-respect des directives nationales avec la stratégie 'Test and Treat' et la mauvaise gestion des stocks ARV.

De façon globale, la couverture en ARV au sein des FEC VIH+ les nouvelles identifiées est inférieure à celles dont le statut VIH+ était déjà connu (84% contre 94,9%). Au niveau régional, cette couverture présente un grand nombre de disparités (confer tableau 29). Si des performances élevées sont observées au Sud (99,3%), dans l'Adamaoua (97,6%) et au Nord-Ouest (95,8%) des régions comme le Centre (80,7%) affichent des taux de prise en charge nettement inférieurs. De même, la mise sous traitement des FEC nouvellement dépistées VIH+ reste plus efficace au Sud (99,2%) et à l'Adamaoua (97,2%), alors qu'elle est plus faible au Centre (68,6%) et à l'Ouest (79,6%). Ces écarts mettent en évidence la nécessité de renforcer l'accès aux soins dans les zones sous-desservies, d'accélérer la mise sous TARV des nouvelles infections, et d'harmoniser la répartition des ressources pour une meilleure prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Tableau 30 : Couverture régionale en TARV chez la FEC VIH+ en 2024

Régions	Nombre de FEC déjà connues VIH+	Femmes enceintes déjà connues VIH+ sous TARV	Couverture TARV chez les FEC déjà connues VIH+	Nombre de FEC nouvellement identifiées VIH+ (CPN&SA)	Nombre de FEC nouvellement identifiées VIH+ mises sous TARV (CPN&SA)	Couverture TARV chez les FEC nouvellement dépistées VIH+	Couverture globale en TARV chez les FEC dépistées VIH+
Adamaoua	494	484	98,0%	426	414	97,2%	97,6%
Centre	1777	1584	89,1%	1232	845	68,6%	80,7%
Est	694	681	98,1%	588	540	91,8%	95,2%
Extrême-nord	387	375	96,9%	439	392	89,3%	92,9%
Littoral	1238	1198	96,8%	613	504	82,2%	92,0%
Nord	368	353	95,9%	300	272	90,7%	93,6%
Nord-ouest	744	722	97,0%	194	177	91,2%	95,8%
Ouest	810	768	94,8%	260	207	79,6%	91,1%
Sud	441	438	99,3%	363	360	99,2%	99,3%
Sud-ouest	478	449	93,9%	<b>/</b> 211	174	82,5%	90,4%
National	7431	7052	94,9%	4626	3885	84,0%	90,7%

Source: Base DHIS2 2024

# TARV chez les FEC nouvellement dépistées VIH+

La couverture en traitement antirétroviral (TARV) chez les FEC nouvellement dépistées est en baisse, passant de 89,1 % en 2023 à 84 % en 2024. Au niveau régional, les régions du Centre (68,6%) et de l'Ouest (79,6%) sont celles qui ont présenté les plus faibles taux de couverture TARV chez les FEC nouvellement dépistées VIH+. Ceci pourrait s'expliquer par (i) l'insuffisance en personnels formés en PTME, (ii) la gestion des approvisionnements en ARV ne tenant pas compte de la mobilité de la population etc. Il est nécessaire de renforcer les capacités des prestataires de santé sur l'importance de l'initiation au TARV et sur les

meilleures pratiques de suivi pour les femmes nouvellement dépistées, d'intensifier la mise en place des groupes de soutien et de l'accompagnement psychosocial.

#### > TARV chez les FEC déjà connues VIH+

La région du Centre (89,1%) a présenté le plus faible taux posant non seulement le problème de la rétention des femmes sous ARV mais aussi celui de l'initiation au TARV.

Le déploiement des mères mentors et des APS pédiatriques à travers les régions, la mise en œuvre de l'approche « atteindre chaque district » appuyé ou non, permettra d'améliorer la couverture TARV chez les FEC vivant avec le VIH.

# 3.6. Screening de la TB chez les FEC (cascade de l'investigation de la TB chez les FEC)

L'analyse des données sur le dépistage et la prise en charge de la co-infection TB/VIH chez les femmes enceintes VIH+ en 2024 révèle que, seulement 70,9% (9 483/13 384) de FEC VIH+ ont fait l'objet de l'investigation des signes évocateurs de la TB et certaines régions sont en dessous de cette moyenne.

Le taux de co-infection TB/VIH est de 1,6%, avec des pics dans l'Est (2,3%) et au Centre (2,1%), soulignant la nécessité de renforcer le dépistage. La mise sous traitement anti-TB reste faible à l'échelle nationale, avec seulement 32% des cas pris en charge, des taux particulièrement bas sont enregistrés dans le Littoral (24,6%) et l'Extrême-Nord (19,8%). Il est essentiel de renforcer le dépistage, optimiser la prise en charge des cas positifs et mieux intégrer la gestion de la co-infection TB/VIH dans les services PTME pour limiter l'impact de cette double infection sur la santé maternelle et infantile plusieurs incohérences dans les taux rapportés.

Cependant, tel que nous pouvons le constater la qualité des données reste à améliorer. Pour mieux comprendre cette problématique, il est essentiel de prendre en compte le screening négatif des femmes enceintes et allaitantes nouvellement dépistées. En intégrant cette dimension dans l'analyse, il devient possible d'affiner les statistiques et de mieux orienter les interventions.

L'intégration des services TB et VIH est importante non seulement pour améliorer le dépistage et la prise en charge des cas positifs, mais aussi pour garantir la cohérence des données entre les deux maladies. Le renforcement du dépistage simultané des femmes enceintes pour le VIH et la tuberculose, permet de détecter plus efficacement les cas de co-infection et d'assurer un traitement précoce.

#### 3.7. Co-infections VIH/syphilis et VIH Hépatite B

En 2024, le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes VIH+ a permis de tester 7 819 femmes, soit un taux de co-infection de 7,6% en hausse par rapport à celui de 2023 (4,2%). Certaines régions, comme le Centre (22,3%) et le Nord-Ouest (8,3%), affichent des prévalences élevées, nécessitant une prise en charge renforcée et une meilleure sensibilisation. L'amélioration des stratégies de dépistage et d'accès aux soins reste une priorité pour réduire les risques materno-fœtaux liés à cette co-infection.

Concernant l'hépatite B (HVB), 8 267 femmes enceintes séropositives ont été testées, révélant un taux de co-infection VIH/HVB de 6,7%. Certaines régions comme le Sud (9,6%) montrent des taux plus élevés, d'autres comme le Littoral (4,7%) présente une prévalence plus faible. La prévention de cette co-infection passe par un dépistage systématique, une meilleure prise en charge des cas positifs et une intégration des soins dans les stratégies de prévention mère-enfant. La co-infection syphilis/VIH (7,6%) est légèrement plus fréquente que la co-infection HVB/VIH (6,7%) chez les femmes enceintes séropositives, bien que leurs impacts cliniques diffèrent.

<u>Tableau 31:</u> Dépistage syphilis, HVB pour la triple élimination 2024

Régions	Nombre de FEC VIH+ testé à la syphilis	Nombre de FEC VIH+ testées positives à la syphilis	Taux de co- infection VIH/Syphilis	Nombre de FEC VIH+ testé à l'HVB	Nombre de FEC VIH+ testées positives à l'HVB	Taux de co- infection VIH/HVB
Adamaoua	677	27	4,0%	907	31	3,4%
Centre	1 410	315	22,3%	1364	118	8,7%
Est	851	58	6,8%	658	38	5,8%
Extrême Nord	335	23	6,9%	329	28	8,5%
Littoral	1 514	43	2,8%	1716	80	4,7%
Nord	241	20	8,3%	404	39	9,7%
Nord-Ouest	965	34	3,5%	1149	49	4,3%
Ouest	748	16	2,1%	663	30	4,5%
Sud	443	30	6,8%	418	40	9,6%
Sud-Ouest	635	27	4,3%	659	28	4,2%
Total	7 819	593	7,6%	8267	556	6,7%

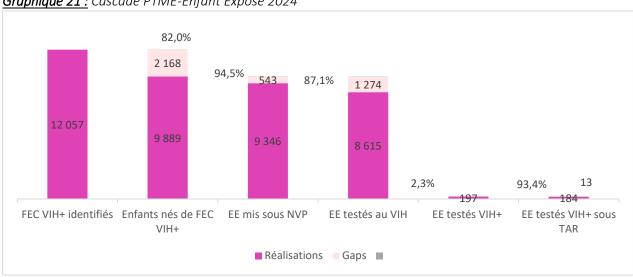
**Source :** DHIS2, 2024

#### 3.8. Prise en charge des enfants exposés

Le suivi des EE dès la naissance jusqu'à 24 mois de vie comprend à (i) l'administration de la Névirapine, (ii) la réalisation des différents diagnostics précoces du VIH et (iii) l'administration du Cotrimoxazole.

# 3.8.1. Cascade de prise en charge de l'enfant exposé au VIH

L'analyse de la cascade de prise en charge de l'enfant exposé (confer graphique 21) révèle que 9 889 enfants exposés avaient été identifiés parmi lesquels 9 346 soit 94,5% ont été mis sous Névirapine sirop. Cette performance est similaire à celle de 2023 (94,9%). Au total, 8 615 EE ont été dépistés par PCR parmi les 9 889 identifiés (87,0%) avec 197 (2,3%) cas dépistés positifs et 184 cas mis sous traitement ARV, soit un taux de mise sous traitement de 93,4 % supérieur à 78,4% % en 2023, vraisemblablement dû à l'amélioration de la disponibilité des ARV pédiatriques et à la création des centres d'excellence de prise en charge pédiatrique. Selon les cibles programmatiques, la positivité à la PCR entre 6 et 8 semaines est de 1%, ce qui suggère l'atteinte des cibles de l'élimination en milieu hospitalier.

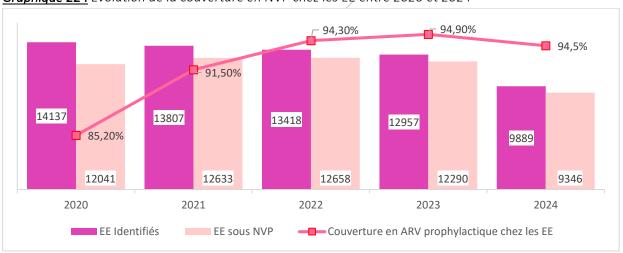


Graphique 21: Cascade PTME-Enfant Exposé 2024

Source: Base DHIS2 2024

#### 3.8.2. Couverture en ARV prophylactique chez l'enfant exposé

Les ARV prophylactiques chez les EE sont recommandés dans les 72h qui suivent la naissance afin de réduire les risques d'infection par le VIH. Au cours des 5 dernières années, on constate une augmentation du taux de couverture en ARV prophylactiques chez les enfants nés de mères infectées par le VIH. Cette augmentation d'environ 10 points est tout de même contrastée par la baisse du nombre d'enfants exposés identifiés sur la même période.



**Graphique 22 :** Évolution de la couverture en NVP chez les EF entre 2020 et 2024

<u>Source</u>: Rapports annuels CNLS/ Base DHIS2 2024

L'analyse régionale a montré des taux de couverture en moyenne similaires à celui du niveau national sauf dans la région du centre où on enregistre le taux de Couverture en ARV prophylactique chez les EE le plus bas (86,6%). Les raisons pouvant expliquer ce résultat sont entre autres l'éloignement de certains districts limitant la livraison au dernier kilomètre, entrainant des ruptures artificielles en intrants, les mouvements constantes des ressources humaines déjà formées mais aussi de certains challenges dans la qualité des données. Les meilleures performances ont été favorisées dans certaines régions par la mise en œuvre de certaines stratégies spécifiques telles que : la mise à disposition des boîtes de NVP à toutes les FEC au troisième trimestre de la grossesse et le redéploiement dynamique des boîtes de NVP Sirop d'un site à un autre en fonction du besoin.

Tableau 32 : Couverture régionale en ARV prophylactique chez les EE 2024

Régions	Nombre d'EE identifiés	Nombre d'EE sous NVP	Couverture en ARV prophylactique chez les EE
Adamaoua	786	778	98,9%
Centre	2304	1994	86,6%
Est	1067	1034	96,9%
Extrême-Nord	528	501	94,9%
Littoral	1607	1561	97,1%
Nord	566	534	94,4%
Nord-Ouest	1007	964	95,7%
Ouest	888	871	98,1%
Sud	541	540	99,8%
Sud-Ouest	595	569	95,6%
National	9889	9346	94,5%

Source: Base DHIS 2 2024

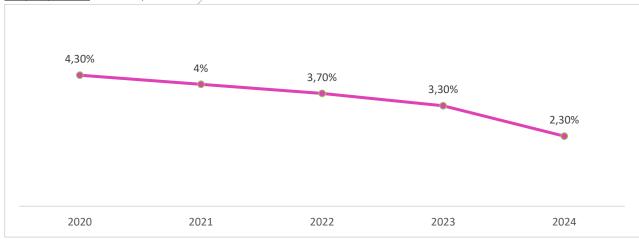
# 3.8.3. Diagnostic précoce du VIH et mise sous TARV de l'enfant infecté

Les enfants exposés au VIH bénéficient obligatoirement de deux types de diagnostic : le diagnostic précoce par PCR dans les deux premiers mois de vie, et à 9 mois et le diagnostic de confirmation sérologique à 18 mois qui permet de déterminer le statut final vis-à-vis du VIH. Le plateau technique pour la réalisation du diagnostic précoce du VIH a été renforcé avec l'optimisation des POC dans les laboratoires de FOSA.

#### Offre de la PCR

Au cours de l'année 2024,9 889 enfants exposés au VIH ont été identifiés parmi lesquels 8 615 ont bénéficié du diagnostic précoce. Le taux de réalisation du diagnostic précoce est passé de 96,8% en 2023 à en 87,1% en 2024. Beaucoup de rupture en intrant et de problèmes de maintenance des plateformes sont à mettre à l'actif de la baisse de ce résultat. Le taux de positivité avant 18 mois est de à 2,3 % et en baisse par rapport à 2023 (3,3%), tandis que 94,5 % des enfants nés de mères vivant avec le VIH et ayant été dépistés positifs par PCR sont mis sous traitement antirétroviral (TARV).

**Graphique 23 :** Taux de positivité au VIH des EE entre 2020 et 2024



Source: Base DHIS2 2024

L'évolution du taux de séropositivité chez les enfants au cours des 5 dernières années dévoile une tendance décroissante avec une perte de 2 points (graphique 23). Ceci traduit les efforts positifs encourageant dans le cadre de l'élimination de TME en milieu hospitalier.

Au cours de l'année 2024, on dénote un nombre de disparités dans la situation du dépistage au niveau régional (tableau 32) avec un taux élevé dans le littoral (3%) et à l'Est (2,9%) ceci pourrait s'expliquer par l'intensification du dépistage des enfants exposés et la recherche en communauté des enfants dont les mères n'ont pas été mises sous TARV.

Tableau 33: Couverture en offre d'EID et mise sous TARV en 2024 par région

Régions	Nombre d'EE identifiés	Nb d'EE positifs à la PCR	Taux de positivité à la PCR	EE testés VIH+ par PCR ayant été initiés au TARV	Couverture en ARV des EE ayant une PCR+
Adamaoua	786	11	1,4%	9	81,8%
Centre	2304	39	1,7%	41	105,1%
Est	1067	31	2,9%	30	96,8%
Extrême-Nord	528	13	2,5%	13	100,0%
Littoral	1607	48	3,0%	45	93,8%
Nord	566	15	2,7%	14	93,3%
Nord-Ouest	1007	14	1,4%	12	85,7%
Ouest	888	7	0,8%	5	71,4%
Sud	541	11	2,0%	10	90,9%
Sud-Ouest	595	8	1,3%	5	62,5%
National	9889	197	2,0%	184	93,4%

Source: Base DHIS2 2024

#### Offre en sérologie

Au cours de l'année 2024, 5 330 enfants exposés au VIH ont été testés à la sérologie de 18 mois et 97 ont été testés positifs à 18 mois pour un taux de séropositivité de 1,8%. Seulement 83,5% des enfants dépistés positifs ont été mis sous traitement.

Tableau 34: Offre de la sérologie chez les EE en 2024 au Cameroun

EE testés à la sérologie à 18 mois	5 330	(%)
EE testés VIH+ à la sérologie à 18 mois	97	1,8%
EE testés VIH+ à la sérologie à 18 mois mis	81	83,5%
sous TARV		

**Source**: DHIS 2, 2024

## 3.9. Interventions communautaires en faveur de la PTME

L'amélioration de la qualité de la Gouvernance de la réponse nationale passe par la contribution du système communautaire qui devrait atteindre 30% sur le plan stratégique et opérationnel d'ici 2030. Afin d'atteindre cet objectif, plusieurs stratégies et interventions sont mises en œuvre dans divers domaines de la riposte y compris la PTME, lesquelles visent spécifiquement l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cette section présente les résultats des activités réalisées dans ce domaine par les acteurs communautaires et s'articule ainsi autour de quatre axes à savoir la présentation des stratégies et interventions communautaire ; la matrice des intervenants et acteurs communautaires, les résultats des activités menées dans la PTME communautaire en 2024.

#### 3.9.1. Apport des ASC dans la recherche des FEC VIH+ en communauté

Le tableau 34 met en lumière l'apport des Agents de Santé Communautaire (ASC) dans la recherche des FEC en communauté. Globalement près de 20 201 FEC ont été référées dans les FOSA grâce aux ASC. 80,3% de ces FEC ont été dépistées au VIH pour un taux de séropositivité de 1,7%. Dans la région du Centre le taux de séropositivité est 6 fois la moyenne nationale.

<u>Tableau 35:</u> apport des ASC dans la recherche des FEC VIH+ en communauté

Région	FEC référés par les ASC et reçues dans la FOSA	FEC référés par les ASC et testées au VIH dans la FOSA	Couverture du dépistage VIH chez les FEC référées par les ASC	FEC référés par les ASC et testées VIH+ dans la FOSA	Taux de séropositivité chez les FEC VIH+ référées par les ASC
Adamaoua	1 755	1 417	80,7%	13	0,9%
Centre	577	465	80,6%	34	7,3%
Est	1 274	902	70,8%	19	2,1%
Extrême-Nord	6 030	5 064	84,0%	51	1,0%
Littoral	498	457	91,8%	16	3,5%
Nord	5 334	3 677	68,9%	11/	0,3%
Nord-Ouest	1 499	1 375	91,7%	67	4,9%
Ouest	1 269	1 040	82,0%	_ 10	1,0%
Sud	624	541	86,7%	24	4,4%
Sud-Ouest	1 341	1 281	95,5%	30	2,3%
National	20 201	16 219	80,3%	275	1,7%

Source: DHIS 2, 2024

# 3.9.2. Apport des OBC dans la recherche des FEC VIH+ en communauté

Le tableau 35 met en évidence l'apport des Organisations à Base Communautaire (OBC) dans la recherche des FEC en communauté. Sur le plan national, les OBC ont contribué à détecter 275 FEC VIH+ pour un taux de séropositivité de 1,7%. L'analyse des données régionales montre des disparités significatives : certaines régions, comme le Nord-ouest, l'Est, et le Sud-Ouest enregistrent un nombre élevé de FEC VIH+ référées par les OBC. Le taux de dépistage chez les FEC référées varie entre 46% au Nord et 102,8% dans l'Adamaoua.

Tableau 36: Apport OBC dans la recherche des FEC VIH+ en communauté

1 1					
Région	FEC référés par les OBC et reçues dans la FOSA	FEC référés par les OBC et testées au VIH dans la FOSA	Couverture du dépistage VIH chez les FEC référées par les OBC	FEC référées par les OBC et testées VIH+ dans la FOSA	Taux de séropositivité chez les FEC VIH+ référées par les OBC
Adamaoua	71	73	102,8%	3	4,1%
Centre	70	53	75,7%	4	7,5%
Est	50	41	82,0%	10	24,4%
Extrême-Nord	137	93	67,9%		
Littoral	35	19	54,3%	4	21,1%
Nord	107	50	46,7%	3	6,0%
Nord-Ouest	520	496	95,4%	45	9,1%
Ouest	265	248	93,6%		
Sud	24	24	100,0%	5	20,8%
Sud-Ouest	404	391	96,8%	10	2,6%

Région	FEC référés par les OBC et reçues dans la FOSA	FEC référés par les OBC et testées au VIH dans la FOSA	Couverture du dépistage VIH chez les FEC référées par les OBC	FEC référées par les OBC et testées VIH+ dans la FOSA	Taux de séropositivité chez les FEC VIH+ référées par les OBC
National	1 683	1 488	88,4%	84	5,6%

# 3.10. Analyse FFOM

FORCES	FAIBLESSES		
<ul> <li>Offre systématique du dépistage du VIH aux femmes enceintes en CPN et en salle d'accouchement</li> <li>Adoption des approches différenciées pour les femmes enceintes, femmes allaitantes et enfants exposés</li> <li>Re-testing des femmes enceintes en CPN 3&amp;4 et en SA</li> <li>Mise à la disponibilité des femmes enceintes de la prophylaxie pour les enfants exposés dès le 3ème trimestre de la grossesse</li> <li>Renforcement du plateau technique pour la réalisation du diagnostic précoce du VIH avec la multiplication des POC</li> <li>Recherche active par les ASCP et référence dans les FOSAs des FEC/FA non enrôlées dans les services de CPN/CPON et des nouveaux nés, nés en communauté</li> <li>Sensibilisation des femmes enceintes dans la communauté sur l'utilisation des services de CPN</li> </ul>	<ul> <li>Couverture en CPN sous optimale</li> <li>Faible couverture en dépistage des partenaires des femmes enceintes VIH+</li> <li>Faible taux de linkage des femmes enceintes nouvellement diagnostiquées VIH+</li> <li>Faible couverture des femmes enceintes nouvellement diagnostiquées VIH+ en INH</li> <li>Faible proportion des sites PTME</li> </ul>		
OPPORTUNITES	MENACES		
<ul> <li>Projet PETVISIDAME</li> <li>Approche « Atteindre chaque district »</li> <li>Projet COSMO</li> <li>CSU</li> <li>Chèque santé</li> </ul>	<ul> <li>Absence de gratuité du dépistage de la syphilis et de l'hépatite virale B chez la femme enceinte</li> <li>Crise sécuritaire dans le NOSO</li> <li>Flux transfrontalier des populations</li> <li>Turn-over du personnel impliqué dans la prise en charge des femmes enceintes et enfants exposés</li> </ul>		

# 4. Quelques perspectives à prendre en compte

DOMAINE	PERSPECTIVES
	Tenir des réunions semestrielles de coordination avec les acteurs impliqués dans
Coordination	les activités communautaires de la riposte contre le VIH (GTR/DRSP, PTF,
	OSC/OSC, Districts, Fosa) dans les régions

	Organiser une réunion avec toutes les OBC et PTF afin d'identifier les activités communautaires de la PTME planifiées à tous les niveaux ; Renforcer la collaboration FOSA/DS et les acteurs communautaires ;
Planification, Suivi & Evaluation	Elaborer, mettre en œuvre une feuille de route relative aux interventions communautaires de la PTME au niveau de chaque région ;  Disséminer les outils harmonisés de collecte des données de suivi communautaire de la PTME auprès de tous les acteurs communautaires et institutionnels ;
Offre des services	Renforcer les capacités du personnel de santé en PTME et sur le prélèvement DBS/POC Mobiliser les ressources pour l'acheminement des échantillons de PCR et CV sur le plan régional Rendre disponible les intrants POC et des kits DBS Intensifier la mise en place et le passage à échelle des modèles de soins différenciés
Demande des services	Renforcer les capacités des prestataires de santé et des acteurs communautaires sur la PTME; Renforcer les capacités des prestataires des FOSA sur la gestion des médicaments, des intrants et consommables laboratoire à tous les niveaux; Mettre à disposition des acteurs communautaires des supports d'information et de communication pour la mobilisation communautaire; Faire un plaidoyer auprès des PTF pour un appui financier aux OBC pour mener les activités de PTME communautaire; Vulgariser les interventions de recherche active de PDV et absents au TARV dans les DS (FEC/FA VIH et EE) Prioriser les actions de communication dans les activités de routine; Mettre en œuvre la transition vers l'algorithme à 3 tests prenant en compte la triple élimination afin de garantir le dépistage et la prise en charge gratuite de la syphilis l'hépatite virale B chez les FEC Optimiser l'approche PTME communautaire en intégrant les COSA

En définitive, la mise en œuvre des interventions pour la PTME au cours de l'année a été faite avec le concours non seulement des FOSA, mais aussi de l'ensemble des partenaires d'implémentation et des acteurs communautaires. Il convient de noter que :

- La couverture en CPN est insuffisante dans tout le pays. La baisse du taux de FEC reçues en CPN est observée depuis 2 ans dans le septentrion et désormais dans les autres régions. Il convient de faire une investigation approfondie afin d'identifier les causes de ce phénomène ;
- La couverture en tests de dépistage chez les FEC a été insuffisante à cause de la longue rupture en TDR observée dans le pays au cours du premier semestre. Le pays a enclenché la transition vers l'algorithme de dépistage du VIH à 3 tests avec une priorité chez les FEC. Il convient de mobiliser tous les acteurs de la chaine d'approvisionnement afin d'éviter des ruptures dans cette transition;

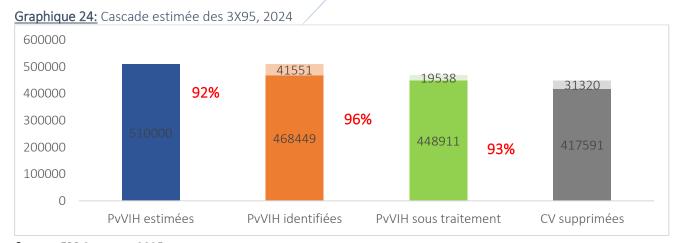
- Le taux de séropositivité est important en salle d'accouchement comparativement aux autres portes d'entrée dans le suivi de la PTME. Ceci marque le fait que les FEC dépistées VIH+ à cette étape sont majoritaire à leur premier contact avec la FOSA durant la grossesse en cours d'où une forte compromission des chances de non infection de l'enfant exposé. Il convient d'adapter pour ces cas des prophylaxie plus adéquates (PEP à base de bithérapie AZT et 3TC par exemple);
- Baisse en continue de la couverture en tests des partenaires masculins de la FEC appelant à intensifier les dépistages par cas index ;
- Les taux de coïnfection syphilis/VIH sont élevés alors que le pays s'inscrit dans la dynamique de la triple élimination. Un certain nombre d'éléments à prendre en compte sont à l'actif de ce résultat notamment : l'absence de tests préqualifiés/qualifiés harmonisé pour les FOSA; l'absence d'un algorithme national pour le dépistage de la syphilis ; l'assurance qualité des tests utilisés sur site pas certaine et l'assurance qualité dans la réalisation des tests pas contrôlée ;
- Taux de couverture en TARV insuffisant chez les FEC nouvellement identifiées VIH+ au cours de la grossesse en cours ;
- La recherche des signes clinique de la TB chez les FEC VIH+ n'est pas encore systématique dans l'ensemble des FOSA offrant les services de PTME ;
- La prise en charge des cas de TB+ chez les FEC VIH+ est très faible et demande une attention particulière ;
- Le taux de positivité chez les EE testés est inférieur à la cible de la stratégie en milieu hospitalier mais demeure préoccupant en communauté.

# CHAPITRE 4 : AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE DES PVVIH GRACE A UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE GLOBALE

Le Cameroun a réalisé des progrès significatifs dans la prise en charge du VIH, grâce aux efforts d'amélioration de l'accès au traitement et aux soins. En effet, le pays a mis en place plusieurs stratégies pour la prise en charge des PvVIH sous traitement antirétroviral; notamment la stratégie « tester et traiter, la décentralisation de la prise en charge, la formation des prestataires pour améliorer leur compétences dans la prise en charge des PvVIH, le suivi régulier des patients, la gratuité des ARV, le soutien psychosocial, l'implication des communautés, la dispensation des ARV en service différencié et le suivi biologique par le biais de la surveillance de la charge virale. Ces stratégies visent à améliorer la qualité de vie des PvVIH sous TARV et à réduire la transmission du VIH dans la population générale.

#### Cascade de traitement du VIH en 2024

Au regard des estimations élaborées sur la base des données programmatique et d'enquêtes par le modèle EPP SPECTRUM, le Cameroun compte environ 510 000 PvVIH. De toutes les activités d'identification menées par le programme, on estime à 468 449 le nombre de PvVIH qui connaissent leur statut VIH. Partant de cette estimation, le nombre de PvVIH identifiées qui devrait être sous traitement et ceux qui auraient supprimé leur charge virale seraient respectivement de 448 911 et 417 591 PvVIH. D'où la cascade estimée (confère graphique 24) d'après l'objectif des trois 95 à 92%-96%-93%. Ces résultats traduisent une bonne avancée dans l'atteinte des cibles 95-95-95 d'ici 2025.

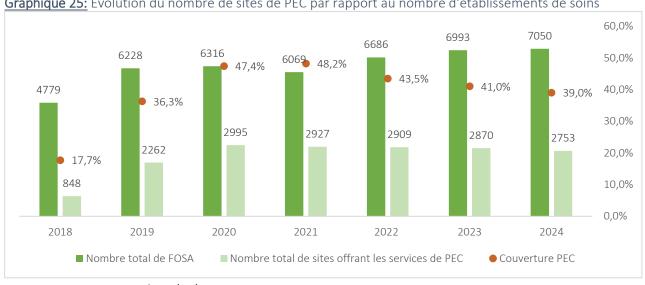


**Source :** EPP Spectrum 2025

# 1. Offre de services de prise en charge globale

#### 1. 1. Évolution de la couverture annuelle en service de prise en charge du VIH

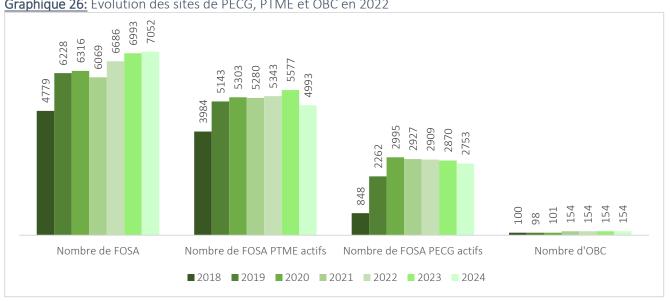
Depuis la décentralisation de la prise en charge du VIH, on observe une nette augmentation du taux de couverture en sites de prise en charge. La proportion des sites unité de prise en charge a beaucoup augmentée depuis plus de 5 ans. Ce taux a plus que doublé passant de 17,7% en 2018 à 39,0% en 2024 même si on observe une baisse depuis 2022 où ce taux a perdu 4,5 points.



Graphique 25: Evolution du nombre de sites de PEC par rapport au nombre d'établissements de soins

Source: Base DHIS2 2024 du 26/03/2024

Bien que la proportion des sites de prise en charge soit en hausse, le nombre de sites de PEC actifs connait quant à lui une baisse depuis 2020 passant de 2 995 à 2 753 en 2024. Le nombre de sites actifs offrant les services de PTME est également en baisse sur la même période passant de 5 303 à 4 993 en 2024 même si on note une petite hausse en 2023 où cet effectif était de 5 577. Cette situation est une résultante des fermetures des sites qu'a connu le pays dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest.



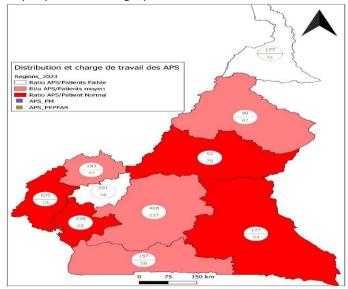
Graphique 26: Evolution des sites de PECG, PTME et OBC en 2022

Source: Base DHIS2 2024

#### 1. 2 Distribution des APS au niveau national

Le programme bénéficie grâce à l'appui du Fonds mondial et des fonds PEPFAR de l'accompagnement des agents psychosociaux (APS) agissant dans le compte d'un contrat de louage de services pour le bien être des PvVIH identifiées. Ces APS qui interviennent dans les domaines divers de la riposte au VIH (dépistage, lien au traitement, suivi maternel, etc.) couvrent toutes les régions du pays. De manière globale, 2 511 APS sont répertoriés avec 1 748 APS appuyés par le Fonds mondial et 763 APS appuyés par PEPFAR. Au regard du ratio APS/patient qui est d'un APS pour 250 (1/250) patients, il ressort de manière globale que toutes les régions ont un bon ratio d'APS par file active. Cependant

la répartition des APS dans les sites en fonction des files actives ne respecte pas toujours le ratio exigible entrainant ainsi une surcharge de travail dans certains sites. Ceci découle du volume de la file active selon les FOSA.



Graphique 27 : Cartographie des APS au niveau national

Source : Rapports épidémiologiques des régions

# 2. Demande de services de prise en charge globale

# 2.1. Lien direct du dépistage à la mise sous traitement

#### 2.1. 1 Lien direct global au traitement chez les PvVIH nouvellement dépistés positives

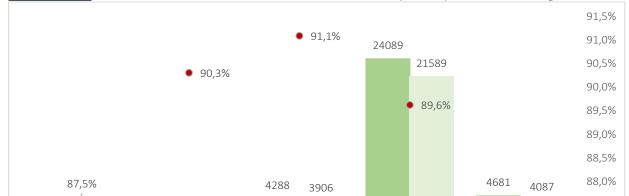
Les directives de mise en œuvre de la stratégie « tester et traiter » prescrivent la mise sous traitement des personnes dépistées positives au VIH au plus tard 7 jours après leur identification. En 2024, 36 171 personnes ont été nouvellement testées positives ; et parmi elles, 32 350 ont été mises sous TARV, soit un taux de lien direct de 89,4%. Globalement, le linkage est bon dans l'ensemble des régions (confer tableau 36). Par ailleurs, la région du Sud a enregistré la performance la plus élevée (94,6%) et celle du Littoral la plus faible (82,6%).

Tableau 37: Lien direct au TARV chez les personnes nouvellement dépistées positives en 2024

Région	Nbre personnes nouvellement testées positives	Nbre de personnes nouvellement testées positives mises sous TARV	Linkage direct
Adamaoua	2 870	2681	93,4%
Centre	8 601	7542	87,7%
Est	4 159	3920	94,3%
Extrême-Nord	2 948	2759	93,6%
Littoral	6 105	5041	82,6%
Nord	2 287	2093	91,5%
Nord-Ouest	1 861	1573	84,5%
Ouest	2 169	1978	91,2%
Sud	2 641	2499	94,6%
Sud-Ouest	2 530	2264	89,5%
National	36171	32350	89,4%

<u>Source</u>: Base DHIS2 2024 du 26/03/2025

Le graphique 28 présente le lien direct au TARV selon l'âge. Globalement, ce lien est meilleur pour l'ensemble des groupes d'âge. Une comparaison inter groupe montre que les performances les plus basses sont celles du groupe des personnes âgées de 50 ans et plus et des enfants (0-14 ans), soit respectivement 87,3% et 87,5%. Par contre les adultes de 25-49 ans et adolescents de 15-19 ans (77, 4%) présentent les performances les plus élevées à savoir 91,1% et 90,3%.



20-24 ans

■ Dépistés positifs mis sous TARV

Graphique 28: Lien direct au TARV chez les PvVIH nouvellement dépistées positives selon l'âge

Source: Base DHIS2 2024 du 26/03/2025

■ Dépistés positifs

0-14 ans

1599

15-19 ans

# 2.1. 3 Lien direct au TARV chez les populations clés

1444

Le graphique 29 présente l'évolution du lien au TARV chez les populations clés entre 2017 et 2024. Graphique 29: Lien au TARV chez les populations clés.

25-49 ans



**Source :** Rapports CARE/CHP 2024

Chez les TS, les HSH et les TG, on observe une augmentation du lien direct au TARV entre 2019 et 2024. S'agissant des TS, il est passé de 72,6% en 2023 à 97,6% en 2024, soit une hausse de 25 points. Quant aux HSH, l'augmentation est de 2,7 points contre chez les TG, l'augmentation est de 6 points. Par contre, chez les UD/UDI, le lien direct est en baisse, passant de 77,6% en 2023 à 72% en 2024.

87,5%

87,0%

87,3%

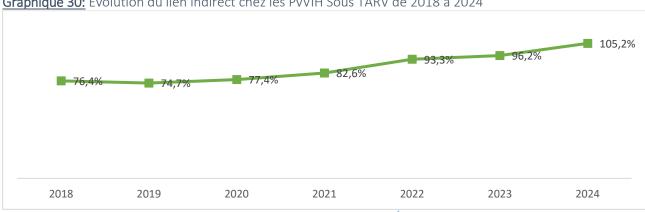
50 ans et plus

Taux de lien direct au TARV

#### 2.2. Lien indirect au TARV chez les PvVIH

#### 2.2. 1 Evolution du taux national du lien indirect au traitement chez les PvVIH

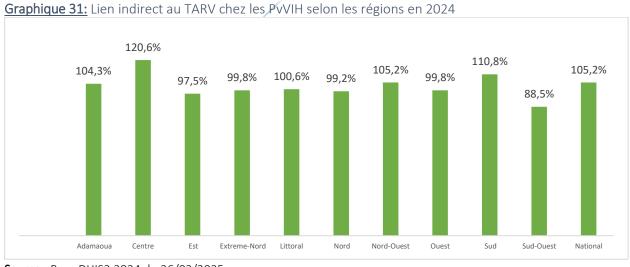
Les directives de mise en œuvre de la stratégie « tester et traiter » prescrivent la mise sous traitement des personnes dépistées positives au VIH au plus tard 7 jours après leur identification. Le graphique 30 montre une évolution croissante du lien indirect au TARV, allant de 76,4% en 2018 à 105,2% en 2024. Depuis 2020, on note une amélioration continue du lien au traitement des personnes testées positives. En 2024, 105,2% des PvVIH connaissant leur statut ont été liées au TARV, comparativement à 96,2% enregistré en 2023. Cette couverture qui est en fait le lien indirect concerne également les personnes identifiées aux périodes antérieures et ayant été mise sous TARV.



Graphique 30: Evolution du lien indirect chez les PvVIH Sous TARV de 2018 à 2024

**Source :** Base DHIS2 2024 du 26/03/2025

La désagrégation du lien indirect au TARV selon le graphique 31 présente une bonne performance des résultats en générale dans toutes les régions même si le la région du Sud-Ouest présente le taux le plus bas avec une valeur de 88,5%. Les régions du Centre et du Sud enregistrent des taux inférieurs à celui du pays (105,2%).

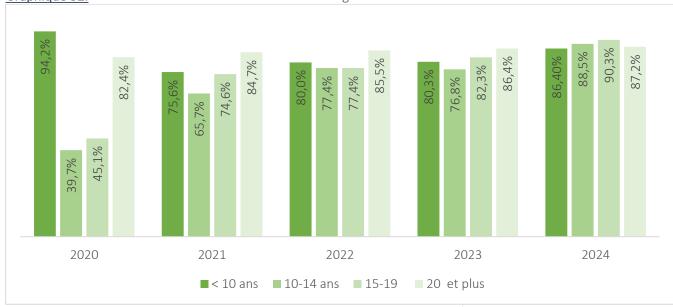


Source: Base DHIS2 2024 du 26/03/2025

#### 2.2. 2 Evolution du taux national de lien indirect au traitement par tranches d'âge

Le graphique 32 présente l'évolution du lien indirect au TARV selon l'âge entre 2020 et 2024. Les taux les plus bas sont observés chez les jeunes et adolescents (10 – 14 ans et 15 – 19 ans). La raison majeure qui expliquerait ce mauvais résultat chez les enfants est la difficulté à avoir un adulte (parent, tuteur) pour leur suivi. Par ailleurs il y'a la faible couverture géographique des sites de prise en charge

pédiatrique et l'insuffisance des prestataires formés à l'annonce du statut sérologique et la prise en charge des enfants et adolescents.

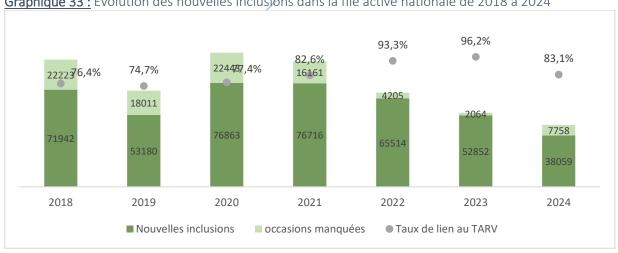


Graphique 32: Evolution du lien indirect au TARV selon l'âge de 2020 à 2024

Source : Base DHIS2 2024 du 26/03/2025

#### 2.3. Nouvelles inclusions au traitement ARV

Le nombre de nouvelles inclusions a considérablement baissé depuis 2020 passant de76 863 à 38059 en 2024. Aussi, nous notons une augmentation des occasions manquées en 2024 (7 758 en 2024 contre 2064 en 2023). En effet au cours de cette année, les raisons évoquées étaient le mauvais rapportage des données, la cessation des contráts des APS appuyés par les partenaires d'implémentation clinique de CDC Cameroun et l'insécurité dans certaines zones comme celle de Touboro bloquant les activités communautaires (Visites à domicile).



Graphique 33: Évolution des nouvelles inclusions dans la file active nationale de 2018 à 2024

Source: Base DHIS2 2025 du 26/03/2025

#### Initiation des ARV en communauté

L'un des pans de l'apport de la communauté à la prise en charge des patients infectés en 2024 a été l'enrôlement des nouvelles PvVIH en communauté. En effet, les activités de recherche des cas en communauté ont permis d'identifier 410 personnes parmi lesquelles 381 étaient éligibles à l'initiation aux ARV en communauté. Parmi ces personnes éligibles, 287 ont été effectivement initiées au TARV en communauté, soit un taux de lien direct en communauté de 75,3% (287/381).

# 2.3.1. Tendance de l'évolution mensuelle de l'effectif des nouvelles inclusions dans le traitement ARV

L'observation de l'évolution mensuelle des nouvelles inclusions au cours de l'année montre une tendance d'évolution inférieure au niveau des cibles nationales. Les initiations au traitement connaissent une première baisse au cours des six premiers mois de l'année, puis une croissance au cours des deux mois suivants avant de baisser à nouveau jusqu'en fin d'année. Le nombre d'inclusion maximal est observé au mois de janvier (4 023) et le minimum en Mai (2 660) avec une moyenne annuelle de 3 171 inclusions par mois.

Cible Nouvelle initiation 2024 Nouvelles initiations

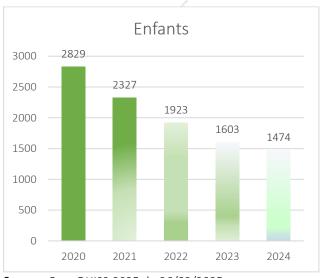
Graphique 34 : Evolution mensuelle des nouvelles inclusions de PvVIH de janvier à décembre 2024

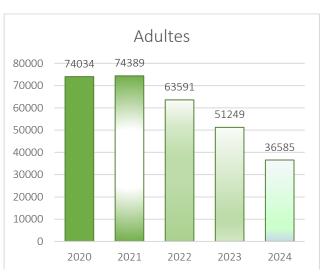
Source: Base DHIS2 2025 du 26/03/2025

# 2.3.2. Tendance de l'évolution annuelle de l'effectif des nouvelles inclusions dans le traitement ARV par groupe d'âges

La subdivision par groupes d'âges selon le clivage enfants âgés de moins de 15 ans et adultes pour les âges de plus de 15 ans présente une tendance similaire au fil des 05 dernières années.





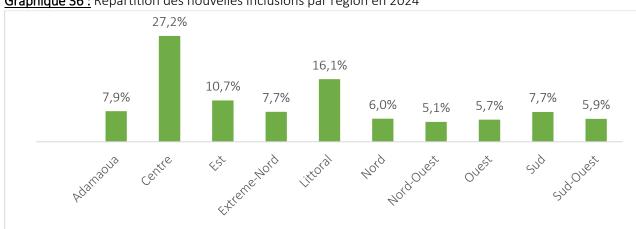


Source: Base DHIS2 2025 du 26/03/2025

Nous notons une baisse continue des initiations au TARV depuis 2020 aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Cette baisse du nombre de nouvelles inclusions pourrait s'expliquer par la baisse des nouvelles infections traduisant les efforts fournis en matière de riposte contre le VIH/SIDA. En 2024, les enfants représentaient 3,9% des nouvelles inclusions contre 96,1% d'adultes.

# 2.3.3 Répartition des nouvelles inclusions au traitement par région

La répartition des nouvelles inclusions dans le traitement au cours de l'année montre que le poids des nouvelles inclusions est plus élevé dans les régions du Centre (27,2%), du Littoral (16,1%) et de l'Est (10,7%). Ces trois régions représentent plus de la moitié des nouvelles inclusions au traitement du pays. Par contre, les régions du Nord-Ouest, de l'Ouest, du Sud -Ouest et du Nord présentent les plus faibles taux d'inclusion avec respectivement 5,1%, 5,7%, 5,9% et 6,0%.



Graphique 36: Répartition des nouvelles inclusions par région en 2024

Source: Base DHIS2 2024 du 26/03/2025

2.4. Situation des cohortes de patients sous traitement ARV (File active)

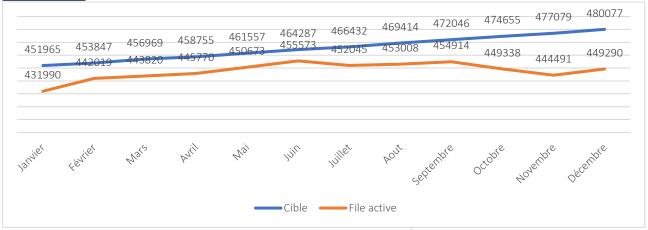
### 2.4.1. Evolution annuelle de la file active nationale des patients sous traitement ARV



**Source**: Base DHIS2 2024 du 26/03/2025

Le graphique 37 montre l'évolution de la file active des personnes sous traitement ARV entre 2017 et 2024. La file active est passée de 253 715 en 2017 à 449 290 en 2024, enregistrant ainsi une augmentation de 77,1 %. Toutefois, l'augmentation de cette file active entre 2023 et 2024 a été relativement faible, passant de 448 818 en 2023 à 449 290 en 2024, bien en deçà de l'objectif fixé pour le 31 décembre 2024, qui était de 480 077 PVVIH sous traitement. La tendance de progression de la file active n'a pas été la même après 2023. Ceci est la résultante de beaucoup d'actions combinées. Dans un premier temps on note les actions du programme afin d'apurer les données de mauvaise qualité de certaines FOSA. En effet, il a été constaté des inadéquations entre les données de dispensation des médicaments et celles des cohortes PvVIH à l'issue des audits des données de routine. Cet exercice a révélé des mauvaises pratiques dans le remplissage des outils primaires de suivi des cohortes des patient et de suivi des stocks de médicaments. Dans un second temps on note la réduction des staffs des partenaires d'appui des FOSA et la transition entre partenaires dans certaines région (ACMS et ICAP, SHWARI et GU). Enfin, la situation des patients dispensés à distances qui ne sont pas toujours vu dans la FOSA.

Graphique 38: Evolution mensuelle de la file active au cours de l'année 2024



Source: Base DHIS2 2024 du 26/03/2025, Cadre de performance 2024

Le graphique 38 confirme cette forte baisse de la file active qui a évoluée mensuellement en dessous de la cible fixée par le pays durant l'année. La file active a tout de même connue une hausse au cours du premier semestre allant de 431 990 en janvier 2024 à 455 573 en juin 2024 avant de décroitre jusqu'à 449 290 patients en décembre 2024.

#### 2.4.2. Evolution annuelle de la file active nationale chez les enfants et les adultes

La file active adulte a connu un taux d'accroissement annuel moyen de 29,0% entre 2020 et 2024 passant de 339 599 à 438 159. Cette augmentation de la file active serait due à la baisse des PDV grâce aux différentes stratégies de Tracking des patients PDV et des absents au traitement d'une part et d'autre part par la mise en œuvre des stratégies différenciées de dispensation des ARV.

Quant à la file active des enfants, elle a connu une baisse de 0,8% entre 2020 et 2024. En effet, le nombre d'enfants sous TARV est passé de 11 219 en 2020 à 11 131 en 2024. Cette baisse pourrait s'expliquer par la migration des enfants de 14 ans vers la file active adulte d'une part et la réduction des nouvelles infections d'autre part.

**Enfants Adultes** 437470 438159 **■** 2020 **■** 2021 **■** 2022 **■** 2023 **■** 2024 

Graphique 39: Evolution de la file active chez les enfants et les adultes de 2020 à 2024

# 2.4.3. Répartition de la file active par région, par sexe et âge

L'analyse de la file active répartie dans le tableau 37 montre que, le poids de la file active reste concentré dans les régions du Centre (25,7%) et du Littoral (15,6%). Les régions de l'Adamaoua et du Sud quant à elles, ont les plus faibles poids, soit respectivement 5,7% et 5,8 %. Les enfants de moins de 15 ans quant à eux représentent 2,5% de la file active nationale. Les régions ayant le plus grand nombre d'enfants sont l'Extrême-Nord (4,1%), Nord-Ouest (3,2%), et l'Adamaoua (3,1%). La région du Littoral a le plus faible poids d'enfants (1,9 %).

Tableau 38: Répartition de la file active par région, sexe et groupe d'âge

Région	Femmes	Hommes	Total	Enfants	% enfants	Poids région
Adamaoua	17 377	8346	25723	792	3,1%	5,7%
Centre	77 639	37733	115372	2321	2,0%	25,7%
Est	26 523	12473	38996	1104	2,8%	8,7%
Extrême-Nord	19 081	10228	29309	1202	4,1%	6,5%
Littoral	48 932	21119	70051	1365	1,9%	15,6%
Nord	19 559	9217	28776	830	2,9%	6,4%
Nord-Ouest	30 817	12515	43332	1375	3,2%	9,6%
Ouest	23 728	10391	34119	821	2,4%	7,6%
Sud	17 354	8505	25859	593	2,3%	5,8%
Sud-Ouest	26 120	11633	37753	728	1,9%	8,4%
National	307130	142160	449290	11131	2,5%	100,0%

Source: Base DHIS2 2024

Le tableau 38 présente la répartition de la file active nationale au 31 décembre 2024 en fonction du sexe et de l'âge. Notons que les femmes représentent environ 68,3% de la file active nationale. Les patients de 50 ans et plus représentent la plus grande part de la file active nationale, soit 26,9%. L'on constate un vieillissement de la file active traduisant le succès du traitement par les ARV et la nécessité du suivi particulier de ce groupe de populations afin de réduire les comorbidités et coinfections opportunistes chez ces derniers. Les enfants de moins d'un an représentent quant à eux 0,03% de la file active, soit 136 enfants.

Tableau 39: Répartition de la file active par sexe et âge en 2024

Groupe d'âge	Féminin	Masculin	Total	Poids (%)
<1 an	64	72	136	0,03
1 - 2 ans	359	339	698	0,2
3 - 4 ans	578	646	1224	0,3
5-9 ans	1980	1880	3860	0,9
10-14 ans	2723	2490	5213	1,2
15-19 ans	5146	2626	7772	1,7
20-24 ans	16587	5123	21710	4,8
25-29 ans	27303	10280	37583	8,4
30 - 34 ans	41328	13839	55167	12,3
35 -39 ans	47755	17623	65378	14,6
40 - 44 ans	47892	21376	69268	15,4
45 - 49 ans	39745	20652	60397	13,4
50 ans et plus	75670	45214	120884	26,9
Total	307130	142160	449290	100,0

Source : Base DHIS2 2024 du 26/03/2025

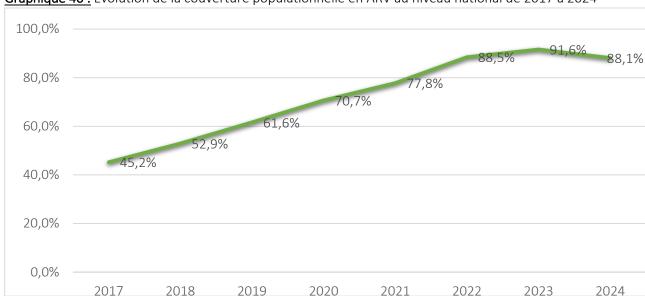
### 2.4.4. Répartition de la file active par protocole de traitement

La majeure partie des patients au Cameroun sont sous traitement de 1ère ligne notamment sous le protocole Tenofovir/Lamivudine/Dolutegravir (TLD). En 2024, 97% de patients étaient sous protocole de 1ère ligne, 2,9% en 2e ligne et 0,1% en 3e ligne. La transition vers le TLD est effective avec 92,4% des patients sous TLD en 2024 contre 75,8% en 2023. Cependant, un défi pour la pharmacovigilance de ces patients est à noter car quelques cas d'effets secondaires sont signalés dans certaines régions.

#### 2.5. Couverture populationnelle en ARV

# 2.5.1. Évolution de la couverture populationnelle en ARV

Le graphique 39 présente l'évolution de la couverture en ARV au niveau national de 2017 à 2024. La couverture en ARV a une tendance croissante sur la période. En effet, la couverture en ARV est passée de 45,2% en 2017 à 88,1% en 2024, soit un accroissement de 94,9%. Ce résultat traduit les efforts fournis par le programme en matière d'identification et de mise sous traitement des patients. Par ailleurs, on observe une baisse entre 2023 et 2024 de 3,5 points s'expliquant par une augmentation du nombre de PvVIH estimées en 2024 suite à une mise à jour de certains paramètres du modèle EPP-SPECTRUM.



Graphique 40: Evolution de la couverture populationnelle en ARV au niveau national de 2017 à 2024

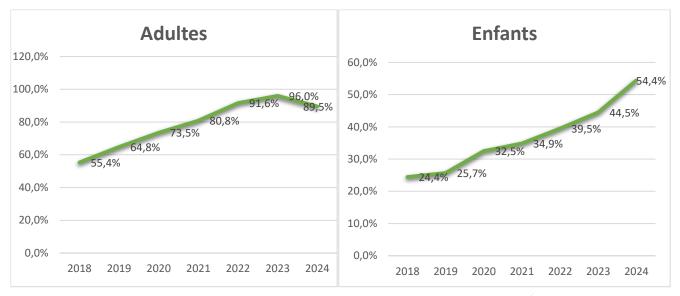
Source: Base DHIS2 2024 du 26/03/2025, EPP SPECTRUM 2025

### 2.5.2. Évolution de la couverture populationnelle annuelle en ARV chez les enfants et les adultes

La couverture en ARV chez les adultes présente une tendance croissante. Elle a connu une augmentation de 61,5% entre 2018 à 2024 passant de 55,4% à 89,5%. Tout comme au niveau national, on observe une baisse de la couverture en ARV en 2024 ; qui s'explique par une augmentation du nombre de PvVIH estimées en 2024.

Par contre, chez les enfants, la couverture populationnelle a une évolution constante entre 2018 et 2023. Par ailleurs, on observe une augmentation importante entre 2023 et 2024 de 22,2%. Cette augmentation de la couverture en ARV chez les enfants s'explique par la diminution du nombre d'enfants vivant avec le VIH estimés qui est passé de 27 960 en 2023 à 20 450 en 2024. Toutefois, ce dénominateur reste élevé au regard des résultats des stratégies mises sur le plan programmatique. A titre illustratif, l'initiative du PEDIATRIC SURGE dont l'objectif était de rechercher en communauté 3 204 enfants vivant avec le VIH à l'échelle nationale ne bénéficiant pas de soins a permis de retrouver et ramener dans le système de soins 740 enfants soit 23,8% de la cible. Ces résultats viennent conforter une fois de plus la thèse d'une surestimation du nombre d'enfants infectés par le VIH dans le pays.

Graphique 41: Evolution de la couverture populationnelle en ARV chez les adultes et les enfants de 2018 à 2024



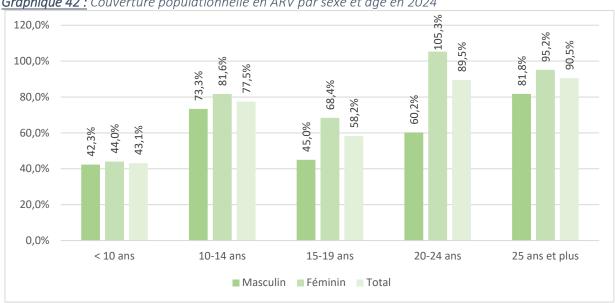
Source: Base DHIS2 2024 du 26/03/2025

# 2.5.3. Couverture populationnelle en ARV par sexe et par âge

L'analyse de la couverture populationnelle en ARV permet de constater qu'une meilleure couverture chez les femmes comparativement aux hommes dans tous différents groupes d'âges présentés dans le graphique 42. Elle est très faible chez les enfants (moins de 10 ans) et les adolescents et élevée chez jeunes (20-24) et les adultes (25 ans et plus).

S'agissant des enfants de moins de 10 ans, elle est de 43,1%. Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe. Chez les enfants de 10-14 ans, la couverture globale est de 77,5%. Par ailleurs, elle est élevée chez les filles (81,6%) que chez les garçons (73,3%). Chez les adolescents (15-19 ans), la couverture globale est de 58,2%. Par ailleurs, elle est plus élevée chez les filles (68,4%) que chez les garçons (45,0%), soit une différence de 23,4 points.

S'agissant des jeunes (20-24 ans), la couverture est bonne (89,5%); mais plus élevé chez les femmes (105,3%) que chez les garçons (60,2%). Pour ceux qui est des adultes (25 ans et plus), la couverture en ARV est bonne peu importe le sexe (90,5%). Mais elle est plus élevée chez les femmes (95,2%) que chez les hommes (81,8%).

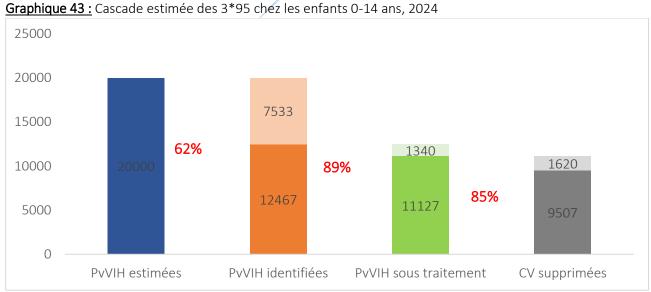


Graphique 42 : Couverture populationnelle en ARV par sexe et âge en 2024

Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

#### Synthèse des cascades de traitement chez les enfants de 0-14 ans 2.4

L'analyse de la cascade des 3\*95 chez les enfants montre un gap important par rapport à la population totale. En effet, le 1<sup>er</sup> 95, bien qu'étant en augmentation par rapport à l'année dernière reste faible (62%) par rapport à la situation globale. Les 2e et 3e 95 sont assez bons soit respectivement 89% et 85%. Les efforts en matière de prise en charge pédiatrique se poursuivent afin d'améliorer les indicateurs de prise en charge pédiatrique notamment la mise en œuvre du PEDIATRIC SURGE en 2024 ayant permis de retrouver et de ramener dans le système de soins 740 enfants.



**Source :** EPP Spectrum 2025

# 2.6. Suivi psycho-social et continuum de soins des PvVIH sous traitement ARV

La prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/Sida est un facteur indispensable pour l'amélioration de leur état de santé. Les besoins des PvVIH ne se limitent pas seulement à l'accès aux médicaments et aux soins médicaux, elles ont besoin entre autres d'un soutien psychologique et social qui pourra atténuer la perception de la relation de causalité inéluctable entre l'infection par le VIH et le décès permettant ainsi une meilleure adhésion au traitement tout en favorisant une meilleure intégration dans la société.

Ce volet est assuré par les Accompagnateurs Psychosociaux (APS) pédiatriques et adultes qui au quotidien assurent (i) le suivi du couple mère-enfant jusqu'à la fin de la PTME, (ii) le suivi journalier des RDV des patients de la cohorte, (iii) le reporting du devenir de chaque patient de la cohorte (avec les ACRR) et (iv) l'animation des sessions individuelles ou collectives d'ETP (groupe de parole, aide à l'observance...) pour les nouveaux et/ou anciens patients sous ARV.

#### 2.6.1 Situation de la rétention aux soins des PvVIH sous traitement ARV

Dans le cadre du suivi des patients enrôlés au traitement, il est important d'assurer une disponibilité des médicaments ARV dans les sites de suivi d'une part et d'autres parts que les patients prennent régulièrement les médicaments selon les prescriptions. Ceci participe à la rétention au traitement des patients gage d'une meilleure qualité de vie. Pour ce faire, l'accompagnement des APS est capital. Ils veillent en routine (mensuellement) sur le respect des rendez-vous des patients pour la dispensation des médicaments. Le suivi actif des patients et la recherche des patients absents sont les principales activités menées.

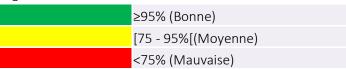
L'évaluation de la rétention des PvVIH s'est faite sur la base des données de suivi sur 12 mois des cohortes d'avril, mai et juin 2023, disponibles dans les registres TARV des formations sanitaires présentes aux sessions de revues et validations des données par les Districts de Santé.

Tableau 40: Taux de rétention régionale au traitement des PvVIH 12 mois après l'initiation

	U			ı		
Régions	Eligibles	Transférés	Décédés	Perdus de vue	Taux de rétention	Performance (seuil de 95%)
Adamaoua	673	35	32	48	87,5%	92,1%
Centre	1233	32	55	113	86,0%	90,5%
Est	1165	41	50	94	87,2%	91,8%
Extrême-Nord	1191	65	47	89	87,9%	92,5%
Littoral	1083	113	33	126	83,6%	88,0%
Nord	1398	38	51	60	91,8%	96,7%
Nord-Ouest	439	30	31	26	86,1%	90,6%
Ouest	508	9	15	24	92,2%	97,0%
Sud	804	32	27	28	92,9%	97,8%
Sud-Ouest	456	12	8	31	91,2%	96,0%
Nationale	8307	381	321	563	88,8%	93,5%

**Source**: Registres TARV des formations sanitaires

Légende :



Le Tableau 39 présente les taux de rétention des patients sous ARV. Selon le seuil performance de l'OMS la rétention est moyenne pour la performance du pays et pour la majorité des régions. Les régions Nord, de l'Ouest, du Sud et du Sud-Ouest présentent une bonne performance car ayant déjà

franchi la barre des 95% attendue. Des efforts sont donc attendus au niveau du programme afin de continuer à améliorer ces performances encore moyennes. Un renforcement de l'aide à l'observance par les prestataires ainsi qu'un renforcement des capacités sur l'application des modèles de services différenciés de dispensation pourrait être un atout.

# 2.6.3 Suivi de la dispensation des ARV par les modèles de services différenciés aux PvVIH

La Prestation différenciée du traitement est la mise sous TARV adaptée aux besoins des PvVIH. Elle permet l'augmentation de l'observance, de la satisfaction, de l'autonomisation des clients et le désengorgement des unités de prise en charge. On distingue les modèles intensifs des modèles moins intensifs de traitement différencié.

Les modèles intensifs de traitement différencié sont ceux qui requièrent un suivi rapproché du patient avec des visites cliniques mensuelles, parfois une hospitalisation, un suivi biologique intense et une dispensation mensuelle des ARV. On peut citer : la prise en charge de la MAV et le modèle standard. Les modèles moins intensifs de prestation de services différenciés pour le traitement du VIH sont quant à eux classés en deux catégories selon l'approche. La catégorie basée sur l'approche de la formation sanitaire qui regroupe le modèle individuel dans les formations sanitaires et le modèle de groupe dans les formations sanitaires; et la catégorie basée sur l'approche de la communauté avec le modèle individuel en communauté et le modèle de groupe en communauté.

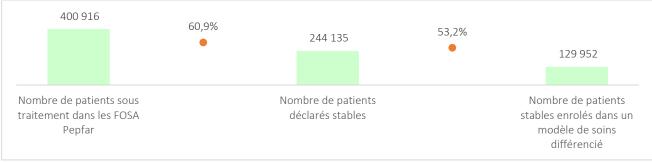
classification des modèles moins intensifs de TARV différencié adoptés au Cameroun

	Formation sanitaire	Communauté
Individuel	<ul> <li>Circuit rapide de dispensation</li> <li>Visite accélérée</li> <li>Dispensation multi mois</li> <li>Dispensation hors heures/jours de service</li> <li>Dispensation par expédition</li> </ul>	<ul><li>Dispensation à domicile</li><li>Dispensation dans les PODIC (OBC)</li><li>Dispensation en officine</li></ul>
Groupe	- Groupe de soutien (club d'observance)	<ul><li>Dispensation familiale</li><li>Groupe de soutien</li><li>Groupe communautaire TARV</li></ul>

Source : Guide opérationnel de la prestation des services différenciés 2023

Les informations relatives aux différents modèles de traitement différencié ont été pour la plupart collectées dans les Fosa appuyées par le partenaire PEPFAR. Ainsi, sur 2 753 sites de prise en charge actifs en 2024, 348 sites appuyés par les partenaires d'implémentation mettent en œuvre et rapportent les données sur le traitement différencié, soit une augmentation de 46 sites par rapport à 2023.

**Graphique 44:** Enrôlement des patients aux modèles différenciés de dispensation des ARV



**Source**: DAMA /EMR

L'analyse de la répartition des patients enrôlés dans les DSD selon les méthodes proposées dans les sites montre que 49% des patients étaient sur un modèle communautaire individuel (dispensation dans des OBC/PODIC, dispensation à domicile, dispensation par un tiers), 25% sur un modèle FOSA de groupe (groupe de soutien, dispensation familiale), 21% sur un modèle individuel en formation sanitaire et seulement 6% sur un modèle de groupe communautaire.

25% 21% 6% ■ CBI ■ CBG ■ FBI ■ FBG

Graphique 45: Dispensation communautaire des ARV selon les services différenciés en soins moins intensifs

Source: Dama /EMR

### 2.6.3 Dispensation multi-mois des ARV

La dispensation de moins de 3 mois est en hausse en 2024 (74%) par rapport à celle de 2023 (30%). Cependant, elle est en progression de 44 points car la cible du pays était fixée à 30% pour la dispensation de moins de 3 mois au cours de l'année 2024. On note une baisse de la dispensation de 3 à 5 mois allant de 60% en 2023 à 17% en 2024. De même, la dispensation de 6 mois est en baisse par rapport à 2023. La diminution des dispensations multi mois est dû aux tensions de stocks d'ARV observées en 2024.



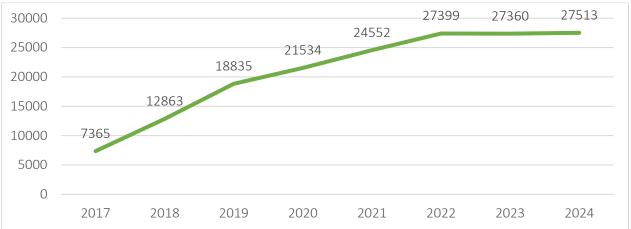
Graphique 46: Evolution de la dispensation multi-mois des ARV entre T4 2023 et T4 2024

Source : Données registre TARV des sites appuyés par les partenaires d'implémentation CDC

# 2.6.4 Dispensation communautaire des ARV par les OBC

Dans le cadre du passage à échelle de la contribution communautaire dans la lutte contre le VIH au Cameroun et surtout pour désengorger les FOSA et réduire le nombre de patients inscrits dans les modèles plus intensifs, la dispensation des ARV en communauté par les OBC a été choisie comme l'une des stratégies avancées de dispensation. Le graphique 47 donne un aperçu de la tendance évolutive de la file active des patients orientés vers les OBC pour la dispensation communautaire. Ainsi, depuis le lancement de cette stratégie, on note une tendance croissante passant de 7 635 patients en 2017 à 27 513 patients en 2024. La stratégie qui a bénéficié d'une large communication sur le terrain semble aujourd'hui en situation de ralentissement au regard des données enregistrées à partir de l'année 2022.

Graphique 47 : Évolution de la file active de la dispensation communautaire au Cameroun



Source: Données communautaires 2024

La situation au niveau régionale pour le compte de l'année 2024 transparait dans le tableau 41. Des résultats collectés, il ressort une évolution progressive dans les régions du Centre, du Littoral et de l'Est qui ont enregistré un taux élevé d'enrôlement dans l'activité de dispensation communautaire des ARV au cours de l'année. Ce qui n'est pas le cas des autres régions.

Tableau 41: Évolution trimestrielle de la file active régionale de la DC au cours de l'année 2024

Régions	File active des OBC					
	T4 2023	T1 2024	T2 2024	T3 2024	T4 2025	
Adamaoua	1 224	1 218	1 218	1 211	1224	
Centre	10 574	10 534	10 478	10 489	10474	
Est	1 788	2 346	2 393	2 445	2445	
Extrême-Nord	1 290	1 317	1 312	1 256	1254	
Littoral	6 045	6 144	6 071	5 738	5670	
Nord	954	1 033	1 016	1 026	1019	
Nord-Ouest	1 411 /	1 452	1 455	1 484	1419	
Ouest	1 323	1 323	1 334	1 348	1344	
Sud	1,013	1 001	833	1 111	909	
Sud-Ouest	1 738	1 837	1 851	1 864	1755	
TOTAL	27 360	28 205	27 961	27 972	27513	

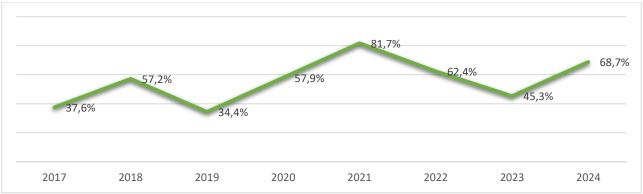
**Source :** Registre TARV des FOSA tutrices

#### 2.7 Suivi biologique des PvVIH sous traitement ARV

Dans le cadre du suivi biologique des patients enrôlés au traitement ARV, l'OMS recommande, comme gold-standard pour le suivi biologique du TARV, la mesure de la charge virale. L'analyse de la charge virale est essentielle pour la surveillance du traitement antirétroviral (TAR) et identifier le succès ou l'échec thérapeutique. La tendance d'évolution de la réalisation de charge virale au niveau national est présentée dans le graphique 48. De ce graphique, il ressort une baisse progressive de la réalisation de la charge virale au cours des 2 dernières années. Alors qu'elle était de 81,7% en 2021, elle est successivement passée à 62,4% en 2022 puis à 45,3% en 2023 et suivi d'une augmentation en 2024 avec 68,7%. L'amélioration de la couverture de test en CV s'explique par la disponibilité des

intrants en 2024 par rapport à 2023 ayant permis de tester les anciens prélèvements non analysés en 2023 d'une part et la mise en place des plans de contingence pour les régions dont les plateformes non fonctionnelles d'autre part.

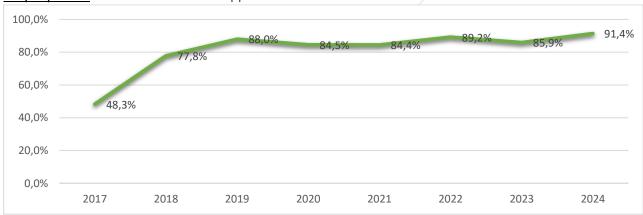
Graphique 48: Evolution du taux de réalisation de la CV de 2017 à 2024



Source : Données de laboratoires de référence et des POC 2024

Concernant les résultats de l'examen de la charge virale, le taux de suppression national a connu une légère augmentation depuis 2018 comme le présente le graphique 49 avec un taux maintenu audessus de 80% et atteignant 91,4% en 2024.

Graphique 49 : Evolution du taux de suppression de la CV de 2017 à 2024



Source : Données de laboratoires de référence et des POC 2024

La désagrégation des données de l'examen de la charge par région présente des disparités selon la région au regard du tableau 42. Cinq (05) régions présentent un taux de réalisation en deçà de la performance nationale. Il s'agit des régions de l'Adamaoua (43,3%), de l'Est (49,7%), le Centre (50,5%), du Nord (68,2%) et le Sud-Ouest (68,3%). Concernant la suppression Virale, les régions de l'Est (85,7%), le Centre (88,6%) et le Nord (89,4%) ont les performances les plus faibles (inférieure à la moyenne nationale, soit 91,4%). Par contre, la région de l'Ouest enregistre la performance la plus élevée (94,7%).

Tableau 42: Couverture et suppression de la CV par région en 2024

Région	File active	Nbre de PvVIH ayant bénéficié de CV	Couverture CV	Nbre de PvVIH ayant supprimé la CV	Taux de suppression (%)
Adamaoua	25723	11 136	43,3%	10 337	92,8%
Centre	115372	58 310	50,5%	51 655	88,6%
Est	38996	19 373	49,7%	16 602	85,7%

Extrême-nord	29309	26 804	91,5%	24 798	92,5%
Littoral	70051	58 230	83,1%	53 652	92,1%
Nord	28776	19 635	68,2%	17 563	89,4%
Nord-ouest	43332	37 937	87,5%	35 619	93,9%
Ouest	34119	30 701	90,0%	29 075	94,7%
Sud	25859	20 945	81,0%	19 252	91,9%
Sud-ouest	37753	25 790	68,3%	23 775	92,2%
National	449 290	308 861	68,7%	282 328	91,4%

Source : Données de laboratoires de référence et des POC 2024

# 2.8 Surveillance et prise en charge de la coïnfection TB/VIH

La Surveillance des coinfections TB/VIH chez les patients VIH se fait à travers l'investigation en routine des signes cliniques de la TB chez ces derniers. Pour les cas positifs à cette investigation, une référence est faite vers les CDT TB pour le diagnostic et la prise en charge en cas de résultat positif. A contrario, les cas négatifs sont initiés à la Thérapie Préventive de la Tuberculose (TPT).

#### 2.8.1 Recherche clinique de la tuberculose chez les PvVIH

En fin 2024, 449 290 PvVIH étaient sous traitement ARV. La recherche clinique de la TB a été faite chez 209 428 (46,6%) patients. En effet, la faible couverture en screening de la TB pourrait s'expliquer par l'absence du screening chez les patients dispensés en services différenciés ou dispensation multimois. Parmi ceux ayant été screenés, 25 602 ont présenté au moins un signe positif (12,2%), en hausse par rapport à 2023 où on avait 19 597 (10%). Au cours de l'année, 25 133 PvVIH ont été prélevés pour l'examen de confirmation de la TB avec 6,4% (1 611/25 133) de résultats positifs. Sur l'ensemble des positifs, 1 359 ont été mis sous traitement antituberculeux, soit un taux de couverture en traitement antituberculeux de 84,3%.

449290 209428 25602 25133 1611 1359 Nbre de PvVIH sous Nbre de PvVIH TB+ TARV chez qui la TB a été screenés postifs TB screenées positifs confirmées TB+ sous investiguée prélevées pour la antituberculeux ТВ

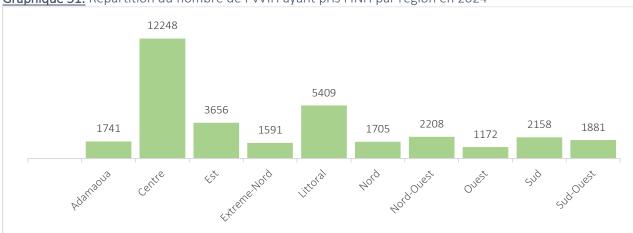
Graphique 50: Cascade de screening de la TB chez/es PvVIH sous TARV en 2024

Source: Base DHIS2 2024 du 26/03/2025

S'agissant du cas très particulier de la recherche des signes évocateurs de la tuberculose chez les femmes enceintes VIH+ sous TARV, il est à noter que 86,3% (9 435/10 927) ont bénéficié de cette investigation au cours de l'année soit une hausse comparée à l'année 2023 qui était de 67,4% (10 359/15 378). Le diagnostic de la TB s'est révélé positif chez 136 FEC et seulement 43 ont été mises sous traitement anti tuberculeux, soit une couverture de seulement 31,6%. Pour ce qui est de la TPT, elle a été donnée à 1533 sur les 3884 FEC nouvellement initiées au TARV, soit 39,5%.

# 2.8.2 Traitement préventif de la tuberculose

En 2024, sur les 38 059 patients nouvellement initiés au TARV, 33769 patients ont été initiés à la TPT, soit une couverture de 88,7%. Cette faible performance s'explique par les ruptures en stocks d'INH observées dans le pays en 2024. Le graphique 51 illustre la répartition de l'initiation à la TPT parmi les nouvelles initiations au TARV par région. La région du Centre a enregistré le plus grand nombre de mise sous INH et celle de l'Ouest le plus faible nombre, soit 1 172 patients.



Graphique 51: Répartition du nombre de PvVIH ayant pris l'INH par région en 2024

Source: Base DHIS2 2024 du 26/03/2025

#### 2.9 Gestion des approvisionnements et des stocks

Au Cameroun, la réponse nationale au VIH/SIDA repose sur un financement mutualisé, mobilisé par l'ensemble des parties prenantes, dans le but de garantir la disponibilité continue et l'accessibilité gratuite des produits de santé liés au VIH. Cette approche collaborative permet de sécuriser la chaîne d'approvisionnement en produits essentiels, indispensables à la mise en œuvre efficace des interventions.

La gratuité des services et intrants de prise en charge du VIH à l'échelle nationale confère un caractère stratégique à la régularité de l'approvisionnement, condition sine qua non au bon fonctionnement du programme. Pour l'année 2024, un budget global de 41 919 284,6 d'euro a été alloué pour l'acquisition de produits pharmaceutiques et médicotechniques, incluant :

- Les antirétroviraux (ARV);
- Les Tests de Diagnostic Rapide (TDR);
- Les réactifs et consommables de laboratoire ;
- Les Equipements biomédicaux et de laboratoire.

# 2.9.1. Acquisition des produits de santé VIH

En 2024, l'acquisition des intrants destinés à la lutte contre le VIH/SIDA a été intégralement financée par les principaux bailleurs que sont le Fonds mondial, le PEPFAR, l'UNICEF et les fonds de contrepartie de l'Etat du Cameroun. Dans le cadre de la mise en œuvre de la subvention dédiée, un protocole d'accord tripartite a été formalisé entre le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME), et les Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS). Cet accord vise à encadrer les responsabilités techniques et logistiques de chaque acteur en matière de réception, de stockage sécurisé et de distribution efficiente des intrants VIH (ARV, TDR, réactifs, etc.) jusqu'aux points de

prestation de services (PPS). Cette synergie institutionnelle renforce la chaîne d'approvisionnement nationale et garantit la continuité des soins en matière de VIH/SIDA.

Tableau 43: Situation des stocks d'ARV et des TDRS en 2024

Désignation du produit	Quantités reçues en 2024	Quantités au 31 Dec 2024
ARVs		
ABC+3TC 120/60 mg Bte 30 Cp	102 300	23 326
AZT+3TC 60/30 mg Bte 30 Cp 60	7 871	2 991
DTG 10mg Bte 90 Cp	39 410	0
TDF+3TC+DTG (300/300/50) mg Bte 30 Cp	1 720 250	606 118
TDF+3TC+DTG (300/300/50) mg Bte 90 Cp	1 002 000	420 330
LPV/r 100/25mg tab 60	1 472	1 472
NVP 10mg/ml oral susp 100ml	19 142	37 432
ABC/3TC 600+300 mg Bte 30 Cp	0	5 851
TDF/3TC 300+300 mg Bte 30 Cp	24 900	0
AZT/3TC 150+300 mg Bte 60 Cp	94 448	25 758
ATV/r 300+100 mg Bte 30 Cp	143 289	111 099
RTV 100 mg Cp Bte de 30	3 618	2 268
DRV 600 mg Cp Bte de 60	2 062	1 475
DTG 50 mg Cp Bte de 30	75 160	29 212
Cotrimoxazole 240mg/5ml,100 ml Susp Bte de 100	300	300
Cotrimoxazole 400 mg/ 80 mg Cp Bte de 1000	2 400	0
Cotrimoxazole 800 mg/160 mg Cp Bte de 1000	4 150	0
TDR		
HIV-1/2, Determine, Tests K/100	1 092 000	322 000
Test de confirmation (KHB,) K/50	220 700	48 950
Anti-HIV (1&2) test colloidal gold (whole Blood/Serum/Plama)	K/40 24 800	24 800
Syphilis combo test 1+2 K/50	450 000	450 000

# 2.9.2. Situation de la mise en œuvre des activités GAS

Au cours de l'année 2024, dans l'optique de garantir une couverture ininterrompue en médicaments et intrants utilisés dans la prise en charge du VIH, un ensemble d'activités stratégiques ont été mises en œuvre, mobilisant l'ensemble des parties prenantes de la chaîne d'approvisionnement. Ces actions ont contribué à améliorer la planification, la coordination et la performance du système national de gestion des intrants VIH. Il s'agit notamment de :

- L'atelier national de quantification des produits de santé VIH, organisé dans le cadre de la subvention GC7, qui a réuni les acteurs clés de la chaîne d'approvisionnement (DPML, DLMEP, CNLS, PNLT, PEPFAR, CDC, USAID, UNICEF, etc.). Cet exercice technique a permis d'élaborer les besoins de consommation nationale, d'établir une cartographie des financements disponibles et d'optimiser les prévisions pour l'approvisionnement;
- Les réunions de coordination technique multisectorielle, tenues au niveau central, ont renforcé la gouvernance de la chaîne d'approvisionnement par le partage systématique d'informations sur les flux d'intrants, les niveaux de stock et les prévisions de rupture, à toutes les étapes du circuit logistique.
- Les missions de supervision axées sur la qualité des données logistiques, menées dans plusieurs sites dans les différentes régions du pays, ont permis d'évaluer la fiabilité et la

complétude des données issues des outils de collecte (fiches de stock, rapports logistiques mensuels, formulaires de suivi etc), contribuant à l'amélioration du système d'information logistique (SIL) ;

- Les revues régionales des données de gestion des intrants, organisées avec les acteurs déconcentrés, ont offert un cadre de dialogue et d'analyse pour renforcer le suivi de la performance logistique et corriger les insuffisances dans l'utilisation des outils de gestion ;
- Les supervisions ciblées en formations sanitaires (FOSA), réalisées par les équipes régionales, ont permis d'évaluer la conformité des pratiques de gestion des stocks, l'utilisation des outils normalisés, ainsi que l'état de conservation des produits ;
- Mise à jour du réseau des laboratoires de références pour la réalisation de la charge virale et du diagnostic précoce du VIH en incluant 05 nouveau laboratoire de plus

L'ensemble de ces activités s'inscrit dans une dynamique de renforcement du système logistique national pour les intrants VIH, en vue d'assurer la disponibilité continue des produits essentiels et d'améliorer la qualité des services offerts aux populations cibles.

# 2.9.3. Coordination de la chaîne d'approvisionnement

La tenue régulière de réunions de coordination hebdomadaires, mensuelles et trimestrielles avec l'ensemble des parties prenantes de la chaîne d'approvisionnement a été déterminante pour assurer la disponibilité continue des intrants VIH à tous les niveaux du système logistique. L'implémentation du modèle Last Mile Distribution (LMD), mis en œuvre par le projet GHSC-PSM, a significativement amélioré les performances logistiques en réduisant les délais de livraison entre les Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS) et les Formations Sanitaires (FOSA). Ces cadres de concertation ont permis la mise en place de plusieurs initiatives structurantes, notamment :

- La création de plateformes de gestion décentralisée des stocks inter-FOSA, facilitant le rééquilibrage intra et inter régional des intrants ;
- La validation centralisée des bons de commande émis par les FOSA, pour renforcer la traçabilité et l'équité dans la répartition des produits ;
- L'élaboration mensuelle de plans régionaux de répartition, offrant une meilleure visibilité sur les niveaux de stock en périphérie.

# 2.9.4. Apport des projets ISAHC et ESCAPE dans le renforcement de la chaîne d'approvisionnement du VIH

Au regard des activités et initiatives mises en œuvre pour assurer une gestion efficiente des intrants VIH au Cameroun, il est pertinent de s'interroger sur la contribution spécifique des projets ISAHC (Increasing Site-Level Availability of Health Commodities) et ESCAPE (Efficient Supply Chain Advance Patient Engagement) financé par le gouvernement Américains dans le renforcement du système national d'approvisionnement et de distribution. Ces projets, soutenus par le PEPFAR à travers l'agence USAID, ont apporté une valeur ajoutée dans plusieurs dimensions critiques de la chaîne d'approvisionnement :

# Renforcement des capacités logistiques

- Appui à la formation du personnel impliqué dans la gestion des intrants (gestion de stock, utilisation des outils logistiques, quantification, suivi des consommations) ;

- Déploiement de ressources humaines techniques au sein des structures de coordination (CNLS, CENAME, FRPS), contribuant à améliorer la performance logistique.

# Amélioration de la disponibilité des intrants

- Soutien à l'approvisionnement en intrants stratégiques (ARV, TDR, réactifs de laboratoire, etc.) dans les périodes critiques, réduisant les risques de rupture de stock ;
- Contribution au Last Mile Distribution, facilitant l'acheminement des produits jusqu'aux FOSA les plus reculées.

# • Digitalisation et gestion de l'information logistique

- Appui à la mise en place et au déploiement d'outils numériques de suivi des stocks et de rapportage logistique (e-LMIS) ;
- Suivi des indicateurs de performance pour une meilleure visibilité et prise de décision fondée sur les données ;
- Développement d'un outil de suivi des stocks (DAHSBOARD GAS) dans les pipes, dans les magasins de la CENAME, des FRPS et dans les formations sanitaires, son objectif est de permettre d'obtenir des informations fraiches à tous moments pour orienter les prises de décision adéquates

#### Coordination multisectorielle

- Participation active aux réunions de coordination nationale et aux ateliers de planification stratégique, en appui à la cohérence des interventions des différents partenaires.

# 2.9.5. Défis persistants dans la gestion des intrants VIH

Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) a globalement atteint ses objectifs en matière de suivi du traitement des bénéficiaires des soins, grâce à une gestion rigoureuse des stocks et à la fonctionnalité des dispositifs logistiques aux niveaux central, régional et périphérique.

Toutefois, plusieurs goulets d'étranglement demeurent :

- Des contraintes logistiques persistantes, notamment pour l'acheminement des produits vers les zones enclavées ou difficilement accessibles ;
- Un risque de sous-financement à court terme, lié à l'augmentation constante de la file active et à l'insuffisance des financements prévus pour le cycle 2024–2028, malgré les appuis du Fonds mondial et des autres partenaires techniques et financiers.

Face à cette dynamique, il est crucial d'anticiper une mobilisation complémentaire des ressources et de renforcer les capacités opérationnelles pour maintenir les acquis en matière d'accès équitable et durable aux intrants de santé VIH.

# 3. Analyse FFOM

Forces	Faiblesses
Atteinte du 1er 95 dans la population globale	PECPA avec de faibles performances sur tous
Initiation des ARV en communauté	les axes
Délégation de taches effective	Absence des données sur la pharmacovigilance
Dispensation en officine des ARV	
Décentralisation de la PECP à travers les MEP	
des CEP	
Intensification des PSD	

La transition rapide aux protocoles à base de	
DTG	
Opportunités	Menaces
Engagement des PTF et des acteurs	Instabilité dans certaines zones de conflits (NW
communautaires dans la riposte	et SW)
CSU	Rupture en intrant de CV
Plateforme E-learning	Instabilité dans les zones frontalières
	Retard dans les livraisons des intrants
	Risque de rupture de la chaine de froid
	RH insuffisante en qualité et en quantité

En définitive, les interventions en lien avec la prise en charge des PvVIH au cours de l'année ont permis de faire quelques constats majeurs :

- Faible progression de la file active des PvVIH sous TARV comparativement aux progressions des années antérieures avec pour corolaire la baisse du taux de couverture populationnelle en ARV;
- Taux de rétention encore insuffisant comparativement au seuil attendu de 95% (seulement 4 régions sur 10 ont pu atteindre et dépasser cette cible) ;
- Accroissement de la proportion des patients en modèle intensif comparativement à ceux du modèle moins intensif traduisant un recul des dispensation multi mois;
- File active vieillissante : les patients de 50 ans et plus représentent 26,9% de la file active nationale ; d'où la nécessité de mettre en place un suivi régulier de cette cible afin de réduire les comorbidités et les MAV chez eux
- Stagnation de la file active des PvVIH sous dispensation communautaire ;
- Faible couverture en examen de chargé virale pour le suivi biologique des PvVIH sous TARV;
- Faible couverture en antituberculeux chez les femmes enceintes VIH+ diagnostiquées positives à la tuberculose (31,6%).

# CHAPITRE 5: GESTION DES DONNEES, RECHERCHE ET SURVEILLANCE

#### 1. Processus de collecte des données

Le processus de collecte des données sur la riposte au VIH est guidé par le plan de suivi-évaluation du Plan Stratégique National VIH 2024-2030. Il s'intègre au système national d'information sanitaire du Ministère de la Santé et comprend deux composantes : la collecte de données primaires et la production de données secondaires. Les données primaires sont recueillies au point de service par les prestataires lors de soins, et consignées dans des registres ou dossiers médicaux (physiques ou électroniques). Elles couvrent tous les domaines d'intervention : prise en charge, dépistage, prévention et suivi biologique. Les données secondaires sont issues de rapports mensuels extraits des outils primaires. Concernant le secteur santé, ces rapports sont saisis dans DHIS2 entre le 5 et le 15 du mois suivant, soit par le personnel des formations sanitaires, soit par celui du district. Les données communautaires sont transmises par des partenaires comme Care et CHP via des fichiers Excel, incluant des informations sur la prévention, le dépistage, le lien au traitement et les droits humains des populations clés. Pour renforcer la disponibilité continue de ces données, un DHIS2 communautaire est en cours de développement, avec des instances de test déjà opérationnelles. En 2024, les données collectées révèlent des taux de complétude relativement élevés pour la plupart des domaines : 95,8 % pour la prise en charge globale (PECG), 95,3 % pour la dispensation, 96,5 % pour la PTME, 100 % pour la transfusion sanguine. Toutefois, des préoccupations subsistent concernant la complétude des formulaires de dépistage (76,25%), de dispensation différenciée (58 %) et de charge virale (93,74%), qui affichent des performances insuffisantes. Ces insuffisances s'expliquent en partie par un problème d'actualisation de la carte sanitaire dans certaines régions : plusieurs formations sanitaires fermées ou non fonctionnelles continuent à être incluses à tort dans le calcul des indicateurs. De manière générale, on note une légère baisse des taux de complétude par rapport à 2023, avec un recul moyen estimé à environ 2 %.

#### 2. Assurance qualité des données

Les données de qualité sont essentielles pour la prise de décision. Plusieurs activités ont été menées en routine à tous les niveaux du système de santé pour assurer la qualité des données.



Dans le cas spécifique des ateliers de revue et validation des données au niveau district de santé, il s'agit du nouveau format adopté par le programme au cours de l'année dans le cadre de l'approche district et le transfert de compétence vers le district de santé. Ce nouveau format d'atelier a réellement pris vie au cours du T3 2024 par la formation des équipes du district impliquées dans la gestion des données suivi directement d'une phase pilote au sein de 51 districts de santé prioritaires. Le processus portait sur le recomptage de la file active par sexe, âge, et protocole ; l'évaluation de la rétention à 12 mois ; la correction des incohérences dans DHIS2 ; le ratissage et la saisie des rapports manquants dans DHIS 2.

Le quatrième trimestre a marqué la phase d'extension dans les autres districts de santé des 10 régions du pays. Le même exercice a été maintenu mais en ajoutant le décompte du screening de la TB chez les nouveaux patients enrôlés au TARV; le décompte des anciens patients et nouveaux patients mis sous TPT; et le décompte des patients ayant retiré au moins 03 mois de traitement. Au regard de la supervision de la mise en œuvre de cette activité sur le plan national en ensemble de

Au regard de la supervision de la mise en œuvre de cette activité sur le plan national en ensemble de challenges sont à relever :

- L'insuffisance des ressources financières qui entraine une réduction de la fréquence et de la durée de l'activité ainsi que le nombre de participants ;
- La difficile appropriation par les acteurs du District de Santé (la maitrise des outils est une préoccupation majeure dans la majorité des districts de santé);
- L'instabilité de l'application DHIS 2 (difficultés d'accès durant les sessions de revue des données);
- Les problèmes de programmation et de mise en œuvre dans les délais par les Districts de santé.

### 2.1. Mission de supervisions de la qualité des données (DQA)

#### 2.1.1. Organisation des DQA:

Au cours de l'année 2024, plusieurs missions de la qualité des données ont été organisé notamment 02 DQA sur les données de prise en charge globale et un DQA sur les données de la PTME. Concernant les données de prise en charge, la qualité des données a été organisée au premier et au quatrième trimestre aux objectifs différents. Le DQA des données PTME quant à lui a été organisé en T3 2024 et l'objectif principal était d'évaluer la qualité des données dans les sites PTME qui ne sont pas appuyés par les partenaires d'implémentation. Cette opération qui concernait 75 FOSA a porté essentiellement sur :

- La disponibilité et la qualité du remplissage des outils primaires et secondaires de la PTME ;
- La qualité des données renseignées (exactitude, cohérence entre outils et cohérence entre indicateurs du même outil) ;
- L'évaluation du niveau de rétention aux soins chez les femmes enceintes/allaitantes sous TARV.

Quant au DQA sur les données de prise en charge globale, il a permis de visiter 51 FOSA UPEC et ambitionnait de :

- Évaluer la qualité de remplissage dans les outils de rapportage des patients et des stocks des médicaments ;
- De confronter les données de sorties de médicaments et des patients dispensés ;

• De confronter les données de sortie de médicaments entre les différents outils de gestion des données des intrants VIH.

Pour le cas particulier du DQA tenue au 4<sup>e</sup> trimestre avec l'appui de l'équipe CDC Cameroun, il portait sur l'ensemble des FOSA appuyés par les fonds PEPFAR (347 FOSA) et visait essentiellement un audit des données de cohorte croisées aux données de dispensation des médicaments. Deux étapes ont guidé sa mise en œuvre. La première consistait en une phase de terrain avec les équipes régionales conjointes de la délégation régionale et des partenaires d'implémentation (SHWARI, ACMS, CBCHB, ICAP, EGPAF). Leur descente a permis de collecter les données via un outil validé au préalable et permettant d'identifier les incohérences et valeurs aberrantes suite au recomptage des données aussi bien dans les différents registres de suivi que dans les outils électroniques.

La seconde phase quant à elle constituait une phase de vérification du niveau central constitué des personnels du GTC/CNLS, CDC et DoD). Cette opération de contrevérification portait sur 25% des FOSA tirées au hasard parmi les FOSA visitées au cours de la première phase dans le but de confronter les résultats.

#### 2.1.2. Résultats des DQA

Des différents exercices d'audit de la qualité des données menées au cours de l'année, un ensemble de résultats majeurs se dégagent à savoir : Résultats Mission DQA PECG T1 2024 :

- Absence des outils standards (primaires et secondaires) de collecte et remontée des données;
- Absence et la mauvaise utilisation/conservation des outils de collecte et de suivi des données des produits de santé VIH ;
- Faible complétude dans le remplissage des variables clés (lieu de dispensation, modèle de dispensation et la prise de TPT) ;
- Faible concordance entre les données croisées des outils de suivi des cohortes de patients et les outils de suivi des dispensations des médicaments (registre TARV, dossiers du patient et registre de dispensation);
- Faible cohérence entre les données de file active des patients et les données des dispensations des ARV.

Faisant suite à ces constats, des actions ont été menées afin d'améliorer la qualité des données dans les sites d'attentions. Un monitoring pour l'amélioration de la complétude des variables mises en évidence ci-dessus a été fait, une optimisation de la cohérence file active et dispensation des ARV a été faite, une investigation particulière sur les données des patients a été faite durant tout le second semestre et a conduit à une baisse progressive de la file active suite au nettoyage des données.

Les résultats du DQA soutenu par CDC ont permis de retrouver des résultats similaires à celui qui précède avec une emphase sur d'autres résultats :

- Meilleure concordance (99%) entre la phase de terrain et la phase de contrevérification confortant les résultats obtenus ;
- Discordance entre les données de suivi des cohortes et les données de dispensation des médicaments ARV (8% variant de 6% à 13% au niveau régional) ;
- Discordance entre les données de suivi de cohortes et les données de dispensation des médicaments ARV chez les adultes de 15 ans et plus (8%) et chez les enfants de moins de 15 ans (15%).

S'agissant des discordances, les équipes ont relevé sur le terrain une divergence dans la méthodologie de remplissage des différents outils. Selon le circuit de dispensation certaines FOSA font un remplissage à une seule porte d'entrée tandis que d'autres le font dans deux portes (service de l'UPEC et pharmacie). Le challenge de la disponibilité des ressources humaine est également une raison qui entraine un remplissage par une ou plusieurs personnes entrainant des oublis dans le remplissage de certaines données. Ces éléments sont exacerbés par les problèmes de disponibilité des outils standards et d'espace conforme pour la dispensation des ARV dans plusieurs FOSA visitées. Dans le cas de données de la PTME, certains résultats sont conformes à ceux des données de prise en charge globale. Il est ressorti globalement comme résultats majeurs :

- Absence des outils de suivi dans le cadre de la PTME (registres de cohort monitoring mère et enfant, registre pour le dépistage des enfants exposés par PCR);
- Faible complétude dans le remplissage des variables majeurs des registres (CPN et salle d'accouchement) de suivi des femmes enceintes (statut VIH et syphilis, et porte d'entrée) ;
- Problème d'exactitude des données rapportées à partir des registres de CPN et de salle d'accouchement (discordance de 20% entre les données rapportées et les données décomptées dans le registre durant la supervision);
- Faible concordance entre les données des outils de suivi en PTME (dossier patient & registre SA & registre TARV) ;
- Bonne rétention au TARV des femmes enceintes (déjà connues VIH+ 98,09% et nouvellement identifiées VIH+ 84,6%) et allaitantes (96,66%).

Ces constats ont donné suite à un plan de suivi des FOSA d'attention pour une évaluation lors des descentes de l'années 2025. Pour le cas très particulier des outils de collecte des données, la mobilisation des partenaires d'implémentation dans la production des outils est effective dans l'ensembles des régions du pays.

### 3. Recherche et Surveillance dans le cadre de la lutte contre le VIH

Plusieurs études et activités de recherche ont été réalisées en 2024 sur le VIH au Cameroun. Certaines ont été réalisées par le programme et d'autres par des chercheurs, étudiants. Les études majeures réalisées par le programme étaient : la surveillance sentinelle du VIH de la syphilis et de l'hépatite B chez les femmes enceintes, la continuité et l'interruption du traitement ARV chez les PvVIH sous TARV, l'enquête bio — comportementale intégrée chez les populations clés au Cameroun et cartographie des lieux de vulnérabilité au VIH, des services et programmes en direction des populations clés (IBBS), l'enquête nationale sur l'indice de la stigmatisation chez les personnes vivant avec le VIH au Cameroun (l'index stigma).

# 3.1. Résumé de l'étude surveillance sentinelle du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B chez les FEC

Les données sur l'ampleur de l'épidémie montrent que la prévalence du VIH au sein de la population active a baissé de façon significative entre 2004 et 2018, passant de 4,3% d'après l'Enquête Démographique et de Santé EDS IV à 2,7% selon EDS V. Le suivi de la dynamique de l'infection est basé sur les EDS réalisées tous les 5 ans et sur la conduite tous les 2 ans d'une étude de sérosurveillance dans les sites sentinelles auprès des sous-populations dont celle des femmes enceintes (FEC) en consultation prénatale. Dans ce sillage, l'enquête de surveillance sentinelle du VIH chez les

FEC reçues en CPN a été réalisée par le GTC/CNLS en 2023 avec l'appui des partenaires techniques et financiers. Elle avait pour objectifs d'actualiser les données existantes de surveillance sentinelle du VIH et de l'hépatite B chez les FEC, d'évaluer la faisabilité de l'utilisation des données PTME pour la surveillance épidémiologique du VIH au Cameroun. La particularité de cette enquête est la surveillance pour une première fois de la survenue des hépatites B chez les FEC. Pour atteindre les objectifs fixés, une étude, transversale, analytique à visée évaluative a été réalisée dans les 10 régions (60 sites) du Cameroun ciblant 7000 FEC en première CPN (4000 en zones urbaines et 3000 en zones rurales). Le test du VIH a été fait suivant l'algorithme national, et celui de l'hépatite B par Hightop AgHBs. Les sensibilités, spécificités, valeurs prédictives positive (VPP) et négative (VPN) du test de VIH par les sites ont été calculées avec pour référentiel les résultats du Laboratoire National de Référence (LNR). Sur un total de 7283 FEC (couverture de l'échantillonnage : 104,0%), le taux d'acceptabilité du test de VIH était de 99,5% (6890/6922). Sur la base des données du LNR, la séropositivité nationale du VIH était de 4,6% (332/7283), soit 4,4% en urbaine et 4,8% en rurale. L'épidémie enregistre une baisse significative, de 7,6%, 7,8%, 5,7%, 4,3% et 4,6% respectivement de 2009, 2012, 2016, 2019 et 2023. Au niveau des sites, cette séropositivité était de 4,6%, soit 4,5% en urbaine et 4,8% en rurale. L'analyse multivariée révèle quatre (04) facteurs associés au risque d'infection à VIH chez les femmes enceintes, notamment la région de résidence, les groupes d'âges, le statut matrimonial et la parité. La capacité des sites PTME à rendre un résultat réellement positif (sensibilité) était 78% (259/330) et un résultat réellement négatif (spécificité) était de 99% (6307/6355). Au niveau des sites, la probabilité pour qu'une femme déclarée positive (VPP) soit réellement infectée était de 84% (253/307) et la probabilité pour qu'une femme déclarée négative (VPN) soit exempte du VIH était de 99% (6307/6378). La séropositivité de l'hépatite B était de 6,5% (allant de 4,1% à l'Ouest à 10,6% à l'Extrême-Nord) avec une analyse multivariée faisant état de quatre (04) facteurs associés au risque d'infection à l'hépatite B chez les femmes enceintes, à savoir la région de résidence, le milieu de résidence, l'âge, et le niveau d'instruction.

#### 3.2. Résumé de l'étude continuité et interruption du TARV chez les PvVIH sous TARV

Dans le cadre de cette étude sur la compréhension de la continuité et de l'interruption du TARV chez les PvVIH, l'objectif principal était d'identifier les facteurs associés à l'interruption du TARV chez les PvVIH. Spécifiquement dans cette étude, il était question d'identifier les facteurs cliniques, individuels, organisationnels liés à l'interruption du TARV ainsi que l'observance au TARV chez les PvVIH. Pour parvenir à ces objectifs, l'interruption a été considérée comme étant toute cessation de prise des ARV pendant deux jours successifs au cours des 03 derniers mois. L'observance au traitement, quant à elle se mesure selon les prescriptions des directives nationales qui illustrent 03 méthodes entres autres l'approche déclarative du patient sur le nombre de doses restantes au cours de sa visite. Dans l'opérationnalisation de l'étude, nous avons eu recours à une étude transversale à visée descriptive et analytique sur un échantillon de 2720 recrutés selon les critères d'inclusions et pendant leur visite de renouvellement d'ordonnance ou d'examen dans les structures de soins tirées pour l'étude. Cet échantillon de patients observés était constitué de façon similaire et représentative de la file active nationale avec, 68% de femmes et 32 % d'hommes PvVIH sous TARV. Les résultats obtenus relativement aux objectifs, nous révèlent que le taux d'interruption du traitement se situe à 11,7% dans le pays et est variable d'une région à une autre, les régions qui avaient les plus grands taux d'interruption (supérieur à la moyenne nationale) étaient le Nord-Ouest 16,8% le Sud-Ouest (14,2%), Centre (14,8%), l'Adamaoua (14,2%). S'agissant des tranches d'âges, celle de 21-24 ans interrompaient le plus le traitement (14,3% supérieur au taux d'interruption national). Selon le statut matrimonial, les célibataires étaient plus propices à l'interruption par rapport aux autres (13,1%). Les patients ayant pour religion les églises de réveil interrompaient plus par rapport aux autres et le temps d'attente était également sujet à l'interruption. Dans l'analyse explicative, deux types de facteurs ont été identifiés comme déterminant à l'interruption du TARV. Le recours à un traitement alternatif avant le début du TARV constitue le facteur individuel, tandis que la prise du traitement ARV dans une Fosa soutenue par un partenaire et le fait d'être dispensé dans un modèle de dispensation plus intensif constituent les facteurs organisationnels et cliniques avec la prise du protocole TLD comme un facteur protecteur à l'interruption du TARV.

Le taux d'observance des patients sous TARV, a été mesuré selon les différentes coupes temporelles tel que dans les directives nationales (04, 07, 30 jours) et selon les différentes modalités bonnes, modérée et médiocre.

A 30 jours, le taux d'observance au TARV était de 80,5% pour la modalité bonne, 18,1% pour la modalité modérée et 1,4% pour la modalité médiocre. A 07 jours, le taux d'observance était de 86,4% pour la modalité bonne, 4,7% pour la modalité modérée et 8,9% pour la modalité médiocre. A 04 jours, le taux d'observance était de 89,3% pour la modalité bonne, 3,8% pour la modalité modérée et 6,9% pour la modalité médiocre. Tout comme pour l'interruption, l'identification des facteurs associés à la bonne observance a également été faite, et à l'issue de cet exercice, nous sommes arrivées à la conclusion que la bonne observance est principalement expliquée par les variables tel que le revenu du patient, le moyen de déplacement utilisé pour se rendre à la FOSA pour retirer son médicament, le modèle de dispensation sur lequel le patient est notamment les modèles moins intensifs.

# **3.3.** Résumé de l'enquête IBBS

En 2023-2024, l'enquête bio-comportementale intégrée (IBBS) a été menée chez les HSH, les TS, les UDI et les TG. Son objectif principal était de mettre à jour les indicateurs biologiques, comportementaux et environnementaux influençant la transmission du VIH parmi les populations clés (TS, HSH, TG, UDI) dans 13 villes du Cameroun, afin d'informer les interventions programmatiques et les politiques visant à réduire la prévalence et l'incidence du VIH dans ces populations. La méthode utilisée était celle d'une étude transversale menée dans le groupe de population d'étude enrôlés dans 30 sites des 10 capitales régionales et 3 villes satellites (Dschang, Kribi, Limbé). Cet enrôlement s'est fait par la méthode de recrutement en chaîne (RDS) adaptée aux groupes de population difficiles à atteindre. Dans la mise en œuvre de l'étude, un questionnaire comportemental a été administré tandis que les techniciens de laboratoire ont pratiqué des tests rapides du VIH.

Au regard des résultats, 6218 participants ont été enquêtés dans l'ensemble des sites sur la taille minimum attendue de 5702, soit un taux d'atteinte de 109,1%. Parmi les enquêtés, 2899 (46,7%) sont des TS, 2667 (42,9%) des HSH, 273 (4,4%) des TG et 379 (6,1%) des UDI.

Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les valeurs ajustées de la prévalence sont de 28,0% [27,5%-28,3%] dans l'ensemble des 13 sites, 17,4% [16,8%-18,0%] à Douala et 48,2%

[46,1%-50,2%] à Yaoundé. Dans le domaine de la prévention chez les HSH, l'utilisation systématique du préservatif au cours des 6 derniers mois varie de 39% pendant les rapports sexuels avec des partenaires réguliers à 49% lors de relations sexuelles avec des partenaires occasionnels. Seulement 16% des HSH de manière générale ont déjà pris la prophylaxie préexposition (PrEP) pour prévenir l'infection par le VIH, avec des proportions dépassant les 25% dans les villes de Bamenda (35%) et de Douala (27%). Dans les autres villes, ces proportions se situent entre 1% des HSH (Garoua) et 24% (Bafoussam). L'évaluation des objectifs mondiaux d'élimination du VIH d'ici 2030 (cascade 95-95-95) donne, pour les HSH, les valeurs ajustées de 77%-98%-85%. Les estimations de taille des HSH dans les principales villes donnent : Douala 5296 (95% IC, 4757 – 5836), Yaoundé 5147 (95% IC, 4430 – 5965), Bamenda 1386 (95% IC, 784 – 1977), Ngaoundéré 1354 (95% IC, 1250 – 1457) et Dschang 1312 (95% IC, 1240 – 1384). La comparaison des résultats de la prévalence avec ceux de IBBS 2016 montre que les tendances de la prévalence étaient à la hausse dans toutes les villes d'enquête, à l'exception du site de Douala où la tendance est à la baisse, avec 17,4% en 2023 contre 25,9% en 2016. La plus grosse augmentation a été enregistrée à Bertoua avec 9,2% en 2016 et 16,6% en 2023. Concernant les travailleuses de sexe (TS) : Les valeurs ajustées de la prévalence du VIH sont de 14,9% [14,6%-15,2%] dans l'ensemble des 13 sites, de 15,8% [9,4%-21,4%] à Douala et 12,8% [8,1%-17,6%] à Yaoundé. Elles ont rapporté différents types de partenaires sexuels, dont des partenaires masculins réguliers (74%), des partenaires masculins occasionnels (56%), des partenaires masculins non payants (26%) ou payés (14%). L'exposition au sexe non-protégé au cours des 6 derniers mois est plus élevé avec les partenaires sexuels masculins payants (49%), suivi des partenaires sexuels masculins réguliers (35%) et des partenaires sexuels masculins occasionnels (22%). L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel est moins élevée avec le partenaire régulier non-payant (44%) et plus élevée avec un nouveau client (91%). L'évaluation des objectifs mondiaux d'élimination du VIH d'ici 2030 (cascade 95-95-95) donne, pour les TS, les valeurs ajustées de 79%-94%-85%. La comparaison des résultats de la prévalence avec ceux de l'étude IBBS-2016 montre que les tendances de la prévalence étaient à la baisse dans toutes les villes d'enquête. La plus grande diminution est observée à Bamenda avec 33,8% en 2016 et 20,8% en 2023.

Pour les utilisateurs de drogues injectables : Du fait du biais de sélection, seuls 92 UDI de Douala étaient éligibles pour l'analyse. La valeur brute de la prévalence est de 18,5% [17,0%-19,9%]. Environ 11% des UDI à Yaoundé affirment avoir partagé leur aiguille avec quelqu'un d'autre ou utilisé l'aiguille usagée par quelqu'un d'autre pour s'injecter de la drogue au cours des 6 derniers mois, contre 8% des UDI de Douala. Cependant, la quasi-totalité des UDI de Yaoundé (98%) ont déclaré avoir utilisé une nouvelle aiguille ou seringue lors de la dernière injection au cours du dernier mois, contre 50% seulement des UDI de Douala. L'évaluation des objectifs mondiaux d'élimination du VIH d'ici 2030 (cascade 95-95-95) donne, pour les UDI, les valeurs de 47%-100%-88%.

S'agissant des personnes transgenres : Les estimations ajustées de la prévalence par RDS sont de 37,7% (IC à 95%, 28,9-46,6) dont 38,8% (IC à 95% 27,6 - 50,0) à Yaoundé et 36,3% (IC à 95% 22,0 - 50,6) à Douala. La proportion de répondants rapportant avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel dans les 6 derniers mois est élevée pour tous les types de partenaires, atteignant 88% des répondants de Douala avec les partenaires sexuels masculins payés et 69% avec les partenaires sexuels masculins payants. A Yaoundé, ces proportions étaient faibles avec les partenaires masculins payés, avec seulement un quart des répondants (26%), contre 66% pour les

partenaires sexuels masculins payants. L'utilisation systématique du préservatif avec les partenaires sexuels payants au cours des 6 derniers mois est assez faible avec une proportion de 38% des TG de Yaoundé contre 18% des TG de Douala. L'évaluation des objectifs mondiaux d'élimination du VIH d'ici 2030 (cascade 95-95-95) donne, pour les TG, les valeurs ajustées de 73%-100%-79%. Les estimations de taille des TG donnent : Douala 1449 (95% IC, 1328 – 1571), Yaoundé 1087 (95% IC, 1008 – 1167).

Malgré une baisse significative depuis quelques années, la prévalence du VIH reste élevée chez les populations clés au Cameroun. Près de deux tiers des cas positifs chez les UDI étaient des cas non diagnostiqués par les programmes et, chez les autres cibles, le nombre des cas non-diagnostiqués représentait la moitié des cas positifs. Les disparités entre les villes étaient significatives pour les indicateurs biologiques et comportementaux et devraient être prises en compte dans la conception, le développement et la mise en œuvre des programmes de prévention et de traitement du VIH. Des paquets combinés d'interventions de prévention et de traitement devront être renforcés pour surmonter les obstacles rencontrés par les populations clés dans l'accès aux soins qui ont été largement rapportés dans cet échantillon, y compris les stratégies visant à réduire la stigmatisation, la discrimination et la violence basée sur le genre.

# 3.4. Résumé de l'enquête Index stigma 2.0

La stigmatisation constitue l'un des principaux obstacles empêchant les PvVIH d'accéder aux soins de santé. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH entraînent une dégradation de la santé mentale, un faible recours aux services et une faible adhésion aux médicaments antirétroviraux (ARV). L'enquête pilote « Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 » de 2017 a montré que 14,75% des PVVIH ont choisi de ne pas solliciter les soins de santé à cause de leur statut sérologique. Cette stigmatisation était due au personnel de santé d'une part et aux PvVIH eux même d'autres parts. Pour mettre à jour cette situation, une initiative commune sous le lead du réseau national des PvVIH (RéCAP+) en partenariat avec le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH (ICW), l'International Planned Parenthood Association (IPPF), et l'ONUSIDA a été menée au cours de l'année.

Dans cette démarche, l'objectif était d'estimer la prévalence et la nature de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH à l'endroit des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). In fine, le but de cette démarche était de développer une base de données probantes et une compréhension élargie pour éclairer la riposte au VIH au Cameroun.

Pour ce faire, l'approche s'est basée sur étude transversale descriptive basée sur la méthodologie de « l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0» développés par le réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), l'ICW et l'ONUSIDA (http://www.stigmaindex.org/). Cette enquête d'envergure nationale ciblait les PvVIH âgées de 18 ans et plus y compris les populations clés (TS, HSH, TG, UDI). La taille de l'échantillons dont la méthode de calcul est basée sur le calculateur en ligne de la taille d'échantillons de l'Indice de Stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (https://hall.shinyapps.io/PLHIV Stigma Sample Size Calculator/) faisait état de 2 400 personnes à toucher.

Ainsi, un total de 2 104 PvVIH Population générale (1 606) Populations clés ont été enrôlées dans l'enquête et les résultats suivant ont été observés :

- Sites : ensemble des 10 régions, 41,6% des enquêtés sont dans les sites de Douala et Yaoundé Âge médian des participants : 36 ans, [18,86]
- Distribution des âges : La tranche de [25,29] moins représentée avec 14,8% et la plus représentée est celle de [30,39] avec 27,9%
- Identité de genre : forte féminisation du sexe masculin avec +3,6% ; Cette forte féminisation du sexe masculin se concentre dans la tranche d'âge [18,29]
- Durée moyenne de connaissance de la séropositivité : 7,6 ans 7,8% des participants vivent avec un handicap (audition, mobilité, intellectuel ou développemental)
- Profession et Education : 31,8% des enquêtés sont sans emploi avec une forte dominance féminines (77,8%) ; 14,6% n'ont aucune éducation formelle et 15,3% ont fini le cycle universitaire/enseignement supérieur.
- Divulgation : 48,0% affirment que leur séropositivité est connue par conjoints/partenaires et 17,0% de ceux-ci déclarent que cette divulgation a été faite sans leur consentement
- Expérience de la stigmatisation : 3,7% ont été victime de violence corporelle au cours de la dernière année Stigmatisation interne : 12,5% se sont isolés de leur proches ; 13,1% ne veulent plus avoir des relations sexuelles ; l'auto-stigmatisation est inversement proportionnelle à la durée de connaissance du statut
- 8,2% ont évité un centre de santé et/ou l'hôpital quand ils en avaient besoin en raison d'une stigmatisation anticipée. 17,2% des participants à l'étude ont déclaré avoir déjà interrompu ou stoppé leurs traitements aux antirétroviraux (TARV).

# CHAPITRE 6: APPROPRIATION DE LA LUTTE PAR LES ACTEURS

Au Cameroun, la riposte au VIH repose sur une approche multisectorielle mobilisant un large éventail d'acteurs intervenant à tous les niveaux, tant dans le secteur de la santé que dans les secteurs connexes. Cette réponse est assurée par les structures du secteur public (administration centrale, services déconcentrés, formations sanitaires), les prestataires du secteur privé, les partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux, ainsi que la société civile. Cette dernière regroupe les organisations non gouvernementales, les organisations communautaires, et les réseaux de personnes vivant avec le VIH ou affectées par la maladie. Cette diversité d'acteurs permet de garantir une réponse coordonnée, inclusive et adaptée aux réalités locales, tout en renforçant l'appropriation nationale et communautaire de la lutte contre le VIH.

# 1. Renforcement de l'engagement et l'implication des nouveaux acteurs communautaires

Les acteurs communautaires occupent une place centrale dans la riposte nationale contre le VIH, en assurant un lien vital entre les populations vulnérables et les services de santé. Grâce à leur proximité avec les communautés, ils renforcent la sensibilisation, la prévention, l'accompagnement psychosocial, et favorisent l'accès équitable aux soins, y compris dans les zones enclavées.

Dans ce cadre, l'association ALECO-PROSACO (Association des Leaders de la Communauté pour la Promotion de la Santé Communautaire) s'est illustrée par son action de terrain en 2024 :

- Sensibilisation de 2 004 personnes à travers des campagnes et causeries éducatives ;
- Dépistage volontaire de 331 personnes ;
- Dispensation communautaire des ARV à 349 PvVIH;
- Distribution de préservatifs à 781 personnes ;
- Réalisation de 157 visites à domicile.

Sous la coordination de la DOSTS, Plan International Cameroun a contribué à l'organisation du 1er Forum national sur les soins de santé primaires et l'institutionnalisation de la santé communautaire au Cameroun. Placé sous le thème « Les soins de santé primaires et la santé communautaire, un pilier essentiel du système de santé camerounais pour atteindre les ODD », cet événement a mobilisé les parties prenantes autour de sujets clés :

- Financement des soins de santé primaires ;
- Autonomisation des agents de santé communautaire ;
- Mobilisation des leaders traditionnels et religieux ;
- Appropriation locale des interventions sanitaires.

Le projet « Matrone », lancé en 2022, a également renforcé l'ancrage communautaire de la riposte : 219 femmes enceintes ont bénéficié d'une CPN et 231 ont été dépistées pour le VIH, avec une nette amélioration de la complétude des rapports.

L'organisation Synergies Africaines, en collaboration avec le MINSANTE (DPS, CNLS), a touché 808 000 jeunes via des campagnes médiatiques, des activités scolaires, des tournois éducatifs, et des causeries. Elle a également mobilisé 241 élèves dans le cadre du Mois Camerounais et conduit plusieurs journées de plaidoyer.

Enfin, ENTRAIDE MÉDICALE, en partenariat avec le MINEDUB et les directions techniques du MINSANTE, a mené des campagnes de sensibilisation lors de la Journée internationale de la femme,

offrant un dépistage gratuit du VIH, du paludisme et de l'hépatite B au personnel éducatif. L'organisation UNIVERSAL HELP a également mené des campagnes communautaires avec distribution de kits de prévention composés de préservatifs, lubrifiants, affiches et supports pédagogiques.

# 2. Principales réalisations des partenaires d'implémentation (IPs) en 2024

> Synthèse des activités menées par le Projet EGPAF dans les régions du Littoral et du Sud Cameroun en 2024

### 1. Contexte général

Le rapport présente les activités menées par EGPAF au Cameroun en 2024 dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida, avec l'appui du Fonds Mondial. L'accent est mis sur le dépistage, la prise en charge, la PTME, la suppression virale et la réduction de l'impact socio-économique du VIH.

#### 2. Coordination

EGPAF a renforcé la coordination avec les acteurs de la riposte au VIH à travers des réunions techniques, des supervisions conjointes et des sessions de formation.

### 3. Dépistage

- 187 896 patients testés au total (taux de séropositivité global : 3 %)
- Dépistage communautaire : 15 839 tests avec un taux de positivé de 9,4 % (35,3 % des cas positifs identifiés)
- Dépistage par cas index : faible contribution (16 % des cas positifs)

# 4. PTME (Prévention de la transmission mère-enfant)

- Taux de dépistage en CPN1 : 95 %
- Taux d'initiation aux ARVs : 95 %
- Défis : disparités entre districts, sensibilisation et accompagnement encore insuffisants

### 5. Prise en charge des PVVIH

- Taux global de mise sous traitement ARV : 93 %
- File active totale fin 2024 : 81 822 patients (baisse de -2,5 % sur l'année)
- Taux de perdus de vue, transferts et décès encore élevés

# 6. Suppression virale

• Taux de suppression virale non indiqué explicitement, mais suivi régulier des PVVIH en cours

#### 7. Enfants et adolescents

- 41 968 enfants et adolescents testés (<15 ans et 15-19 ans)
- Taux de séropositivité : 1 %
- Mise sous traitement pour 94 % des cas positifs

# 8. Dispensation communautaire et multimois (MMD)

- 70 % des patients sous dispensation multimois
- 15 % des patients dispensés en communauté

# 9. Co-infection TB/VIH

• 399 patients TB+ mis sous traitement anti-TB

# 10. Défis majeurs

- Pénuries d'intrants (tests, ARVs)
- Refus de dépistage dans certaines familles

Difficultés à suivre les patients mobiles ou en zones enclavées

#### 11. Perspectives 2025

- Intensification du dépistage ciblé
- Renforcement de la prise en charge pédiatrique et communautaire
- Amélioration du suivi de la file active et de la rétention des patients
- Intégration accrue des services VIH avec les soins de santé primaires
- > Synthèse des activités menées par le Projet CoSMO : Community-based Support for Orphans and Vulnerable Children

Au cours de l'année 2024, le projet **CoSMO** (Community-based Support for Orphans and Vulnerable Children) a poursuivi son engagement en faveur de la protection, du bien-être et de l'autonomisation des enfants orphelins et vulnérables ainsi que des familles affectées par le VIH. Grâce à une approche communautaire, centrée sur la famille et axée sur les besoins, CoSMO a mis en œuvre diverses interventions visant à améliorer l'accès aux services de santé, d'éducation, de protection et de soutien économique. Ce rapport met en lumière les principales réalisations du projet tout au long de l'année, illustrant son impact positif sur des milliers de bénéficiaires à travers les régions d'intervention. Les activités mises en œuvre dans le cadre du projet ont couvert : la prévention de l'infection à VIH, la PTME, la prise en charge globale, etc.

#### 1. Préventiton de l'infection à VIH:

- Sensibilisation communautaire
- Participation au 22e programme "Vacances sans SIDA", en partenariat avec le Ministère de la Santé Publique.
- Formation de jeunes mentors, champions adolescents et pairs éducateurs, dont certains adolescents vivant avec le VIH, pour partager leurs expériences et sensibiliser sur la prévention du VIH.
- Durant les 16 Jours d'activisme contre la violence, CoSMO a mené des campagnes de sensibilisation :
  - Lien entre violence sexuelle et VIH
  - o Encouragement à dénoncer les abus et éviter les règlements à l'amiable
  - o Ciblage des autorités locales pour promouvoir la prise en charge rapide des survivantes
  - Renforcement du dépistage du VIH
- Objectif: contribuer au 1er 95 de l'ONUSIDA (95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut).
- 582 OEV <18 ans avec statut inconnu ont été dépistés pour le risque VIH :
  - o 442 à risque identifiés
  - o 345 testés, 243 négatifs, 0 positif
- Forces:
  - o Dépistage basé sur le risque → ciblage efficace

- Défis :
  - o Ruptures de stock de tests rapides
  - o Refus de certains parents (surtout nouvellement enrôlés) de faire tester leurs enfants

#### 2- Prévention primaire du VIH

- Activités continues de prévention auprès des OEV, notamment adolescents (10–17 ans) :
  - Sessions mensuelles de groupe en communauté
  - o Espaces sûrs en santé sexuelle et reproductive (SSR)
  - o Utilisation de curricula validés pour le développement de compétences de vie et la

#### 3- Prévention de la transmission mère-enfant

- **Prestations de services PTME**: elles consistaient essentiellement au référencement des bénéficiaires vers les formations sanitaires pour accéder aux services PTME.
- Interventions communautaires en faveur de la PTME
- Suivi mensuel à domicile de :
  - o 158 adolescentes enceintes/allaitantes vivant avec le VIH
  - o 1 660 enfants exposés au VIH (HEI)
- Services rendus en 2024 :
  - o 158 adolescentes ont reçu un soutien pour l'observance au traitement ARV
  - o 7 ont reçu les ARV à domicile
  - o 1 femme enceinte non suivie a été référée pour les soins prénatals
  - o 1 261 HEI de 6–8 semaines ont été soutenus pour le test PCR1
  - o 357 HEI de 9 mois et plus ont accédé au test PCR2
  - o 133 HEI de 18 mois ont été orientés pour un test sérologique VIH
- Approche utilisée :
  - o Gestion de cas individualisée, centrée sur la famille et basée sur les besoins.
- Principaux défis :
  - o Instabilité/inaccessibilité de certaines familles
  - o Pénuries de produits (notamment pour les tests EID)
  - o Offre irrégulière de certains services dans les structures sanitaires
- Dans le cadré du Paediatric Surge du Ministère de la Santé :
  - o 3 257 HEI identifiés par les structures cliniques ont été suivis par CoSMO
  - Parmi eux, 24 enfants du projet ont bénéficié d'un test VIH final
    - 8 PCR1
    - 4 PCR2
    - 12 autres tests sérologiques

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie des personnes vulnérables, le projet CoSMO a renforcé les capacités des ménages touchés par le VIH pour répondre à leurs besoins essentiels et assurer le bien-être de leurs enfants. En 2024 :

• Formation et autonomisation économique :

- o 29 parents/tuteurs et 104 adolescents déscolarisés ont reçu une formation professionnelle.
- 26 parents/tuteurs et 103 adolescents ont reçu un soutien financier pour créer une activité génératrice de revenus.
- o 1 282 bénéficiaires ont été connectés à des services d'épargne et de crédit, dont 117 ont suivi une formation en éducation financière.
- o 802 ménages très vulnérables ont reçu des transferts monétaires pour couvrir leurs besoins essentiels.
- o 220 ménages ont bénéficié de distributions alimentaires pour enfants en malnutrition.
- Éducation des orphelins et enfants vulnérables (OEV) :
  - o 1530 enfants ont été soutenus.
  - o 892 ont reçu du matériel scolaire (dont 723 enfants vivant avec le VIH).
  - o 638 ont reçu le paiement des frais de scolarité (dont 468 EvVIH).
  - 59 ont obtenu un placement scolaire (dont 27 EvVIH), grâce au soutien de MINESEC, MINEDUB, MINAS et autres partenaires.
- Prévention et réponse à la violence :
  - 56 284 participants (dont 9 695 EvVIH) ont été sensibilisés à la violence basée sur le genre (VBG), la violence envers les enfants (VAC), les normes de genre néfastes et l'importance de chercher de l'aide.
  - o 93 cas de violence ont été identifiés et pris en charge, dont 20 cas de violence sexuelle.
  - Des interventions rapides et des référencements appropriés ont été assurés pour limiter les conséquences.

**Défi majeur** : l'insuffisance de ressources financières limite la couverture de tous les besoins des bénéficiaires.

# Résumé des activités du Programme Militaire de Lutte contre le VIH en 2024

En 2024, le Programme Militaire de Lutte contre le VIH a poursuivi son engagement en alignement avec les objectifs ONUSIDA 95-95-95, contribuant ainsi à la réponse nationale à l'épidémie. Un total de 26 509 personnes ont été testées au VIH, dont 4 752 militaires actifs, avec un taux de positivité global de 3,0 %. Le dépistage index a permis d'atteindre 1 580 contacts pour un taux de positivité de 6,8 %, traduisant une efficacité modérée dans la recherche active des cas.

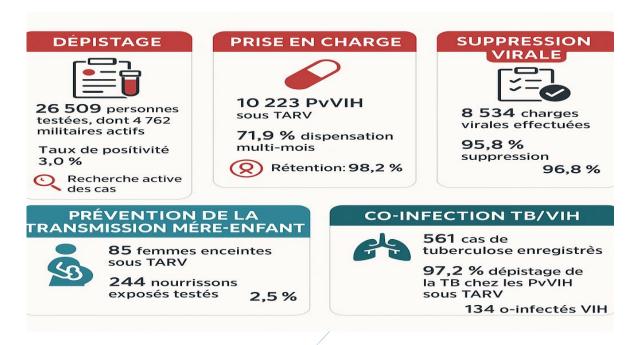
Concernant la prise en charge, 10 223 personnes vivant avec le VIH (PvVIH) étaient sous traitement antirétroviral (TARV) à fin 2024, avec une rétention de 98,2 %. Par ailleurs, 71,9 % des patients ont bénéficié d'une dispensation multi-mois, contribuant à l'amélioration de l'observance.

Sur le plan de la suppression virale, 8 534 charges virales ont été réalisées, avec 95,8 % de suppression, atteignant ainsi le troisième 95. Chez les militaires actifs, la suppression virale a atteint 96,8 %. Toutefois, certaines régions telles que le RSM4 et quelques FOSA affichent encore des performances en deçà des cibles.

Dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant, 85 femmes enceintes vivant avec le VIH ont été prises en charge sous TARV, et 244 nourrissons exposés ont été testés, avec un taux de positivité de 2,5 %. Tous les cas positifs ont été mis sous traitement.

En matière de co-infection TB/VIH, 561 cas de tuberculose ont été enregistrés, dont 134 co-infectés VIH, avec 97,2 % de dépistage symptomatique de la TB chez les PvVIH sous TARV.

Enfin, des initiatives innovantes ont marqué l'année, notamment la mise en œuvre de l'étude SABERS sur la séroprévalence dans les Forces de Défense, et le lancement du projet ECHO MINDEF Cameroun, visant à renforcer les capacités des prestataires à travers des plateformes de télé-éducation.



- 4. Principales réalisations des ONGs et Associations
- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

En 2024, l'OMS a Contribué techniquement et financièrement au renforcement de la lutte contre le VIH, les hépatites, la tuberculose (TB) et les IST au Cameroun, à travers :

- le renforcement du système de santé,
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge,
- la surveillance basée sur les données,
- la mobilisation des ressources.

#### Principaux axes d'intervention

- 1- Prévention des nouvelles infections à VIH
- **Sensibilisation** : 207 personnes sensibilisées, 110 dépistées, 2 positives mises sous traitement.
- Renforcement du dépistage : transition vers un algorithme VIH à 3 tests, déploiement de 528 sites, augmentation du dépistage des hépatites B (+200%) et syphilis (+144%) en CPN.

- **Dépistage combiné** : 672 personnes testées lors de la journée mondiale des hépatites, avec résultats positifs liés au traitement.
- Promotion de la PreP et de l'utilisation de préservatifs.

#### 2- Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

- Accompagnement à la mise en œuvre de l'approche district pour la triple élimination VIH, hépatite B et syphilis.
- Formation de 48 points focaux PTME à l'utilisation du duo-test.
- Renforcement de la prise en charge pédiatrique dans des centres d'excellence.
- Suivi du couple mère-enfant renforcé, rattrapage des enfants exposés perdus de vue.

## 3- Prise en charge globale (PECG)

- Formation de 181 personnels de santé sur PECG/PTME/PECPA dans le Littoral.
- Augmentation de 15 % des PvVIH mises sous traitement ARV dans les sites appuyés.
- Appui au déploiement de la Délégation des tâches avec production de guides.
- Renforcement et décentralisation de la prestation des services différenciés (DSD).

#### 4- Gestion des approvisionnements

- Renforcement des compétences en gestion des stocks dans 17 FOSA.
- Difficultés persistantes : ruptures fréquentes, outils de collecte insuffisants.

## 5- Gestion des données, recherche et surveillance

- Appui à l'amélioration de la collecte, complétude, promptitude et analyse des données.
- Renforcement de la surveillance basée sur les cas dans 16 sites pilotes (Centre, Littoral, Ouest).
- Production de guides, renforcement de capacités, paramétrage des alertes DAMA.
- Participation active à la coordination nationale et relance de l'Alliance mondiale pour éliminer le sida pédiatrique.

#### 6- Mobilisation des ressources

- Fonds mobilisés en 2024 : 233 722 USD (financements internes + ONUSIDA, USAID, CDC).
- **Projection 2025**: 286 299 USD.

#### 7- Forces du programme

- Approche intégrée et multisectorielle.
- Formation et mentoring in situ efficaces.
- Mise en place et opérationnalisation de nouveaux outils (algorithme 3 tests, guides de DSD, délégation des tâches).
- Engagement communautaire renforcé via les OBC.

#### 8- Faiblesses et défis

• Ruptures fréquentes de stocks de produits de santé.

- Supervision insuffisante.
- Manque d'équipements pour PCR et charge virale.
- Extension limitée de la surveillance basée sur les cas faute de financements

## 9- Perspectives 2025

- Extension de la surveillance basée sur les cas.
- Déploiement accru des approches différenciées.
- Renforcement de la gestion des stocks.
- Soutien au processus de durabilité des financements.
- Renforcement du suivi biologique des PvVIH.

## Réseau Camerounais des Adolescents et Jeunes Positifs (RéCAJ+)

## 1. Contexte et objectifs

Dans un contexte de prévalence persistante du VIH au Cameroun, notamment chez les jeunes, le RéCAJ+ a poursuivi en 2024 sa mission de sensibilisation, de plaidoyer, de soutien psychosocial et d'amélioration de l'accès aux soins pour les adolescents et jeunes vivant avec le VIH (AJvVIH).

## 2. Activités de prévention et de sensibilisation

- 9 465 jeunes sensibilisés sur le VIH, les IST, les VBG et la SSR.
- 1 623 jeunes touchés par les causeries éducatives (projet PETVISIDAME).
- 1 145 jeunes sensibilisés via le programme pilote U-Test (Ouest), 198 référés au dépistage.
- Campagnes digitales : 82 468 personnes touchées, 12 771 interactions (Facebook, Instagram, etc.).

#### 3. Dépistage communautaire

- 853 jeunes testés au VIH (2 cas positifs, mis sous traitement).
- Activités réalisées dans les régions du Centre, Sud et Ouest.

#### 4. Prise en charge communautaire

- Dispensation communautaire des ARV à 30 AJvVIH.
- 103 jeunes ont participé à des groupes de parole.
- 257 AJvVIH ont bénéficié d'une éducation thérapeutique.
- Accompagnement psychosocial (VAD, mentoring, art-thérapie).

#### 5. Interventions en droits humains

- Clinique Juridique Communautaire (CJC) opérationnelle dans 5 villes du Sud.
- 320 personnes sensibilisées, 52 ont reçu un accompagnement psychologique, 7 juridique.

## 6. Plaidoyer et engagement communautaire

- Organisation des États Généraux communautaires avec 67 participants.
- Contribution à la création de l'Observatoire Régional AOC sur les AJvVIH (Dakar).
- Multiples formations et renforcements de capacités des jeunes et des acteurs communautaires.

#### 7. Gestion des stocks

• 1 000 kits Oraquick reçus (706 utilisés), 200 tests VIH/Hépatite reçus (147 utilisés).

#### 8. Défis et recommandations

- Défis : manque de financement, mobilisation communautaire limitée, ruptures d'intrants.
- Recommandations : renforcer les antennes régionales, plaider pour plus de soutien financier, améliorer les outils de suivi et la documentation.

## > Synergies Africaines contre le Sida et les Souffrances

## 1. Sensibilisation en milieu jeune

En 2024, Synergies Africaines a mené plusieurs activités de sensibilisation à destination des jeunes :

- La campagne nationale "Vacances Sans Sida" a permis une large mobilisation dans les régions ciblées.
- L'émission télévisée "Jeunesse, Parlons-en" a sensibilisé environ 300 000 jeunes via la CRTV.
- Un documentaire de sensibilisation a été produit et diffusé, atteignant près de 500 000 jeunes.
- Le tournoi de la paix, organisé en collaboration avec la mairie de Douala 2ème, a touché environ 3 000 jeunes.
- Une campagne SMS a permis d'atteindre 5 000 personnes avec des messages de prévention.

## 2. Renforcement des capacités des associations, OBC et établissements scolaires

- Des kits de sensibilisation ont été distribués à 25 associations et établissements scolaires.
- Six associations ont reçu un appui pour renforcer leurs activités communautaires.
- Durant le Mois Camerounais de lutte contre le VIH/SIDA, 80 structures ont bénéficié de matériels de sensibilisation et 241 participants ont pris part aux causeries éducatives.

### 3. Mobilisation et plaidoyer

- L'organisation a pris part à l'AFRAVIH 2024 avec un stand et des interventions de plaidoyer.
- Elle a également participé à la Journée de mobilisation et de plaidoyer (JOMP), et à l'organisation de la Journée Mondiale du Sida (JMS), contribuant à sensibiliser plusieurs centaines de personnes.

#### 4. Prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

• Synergies Africaines a fourni un appui financier ponctuel à des PVVIH identifiées comme vulnérables.

## Programme Alimentaire Mondial (PAM)

Le Programme Alimentaire Mondial (PAM) a contribué à l'amélioration du bien-être de plus de 2 000 ménages vulnérables vivant avec le VIH en mettant en œuvre une approche combinée de renforcement économique. Cette initiative a inclus leur regroupement au sein d'Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit (AVEC), des formations dispensées par les services sectoriels du MINADER et du MINEPIA, ainsi que la dotation de kits de démarrage pour des activités génératrices de revenus. En outre, ces ménages ont été intégrés dans des programmes d'assistance alimentaire, bénéficiant soit d'une aide en espèces d'un montant total de 235,606 USD, soit d'une assistance

alimentaire en nature correspondant à environ 20 tonnes de denrées (céréales, légumineuses, huile et sel).

En outre, le PAM a renforcé l'éducation nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans les unités de prise en charge des régions de l'Est, de l'Adamaoua et du Sud-Ouest, à travers la formation de 54 professionnels de santé et agents psychosociaux. Cette formation a mis un accent particulier sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans un contexte de VIH, afin d'améliorer la qualité des conseils prodigués aux patients.

Par ailleurs, près de 800 personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (ARV), dépistées malnutries aiguë modérée dans trois unités de prise en charge de l'Adamaoua, ont bénéficié d'un soutien nutritionnel, avec un taux de guérison atteignant 92 %.

#### Affrimative Action

#### 1. Prévention et Sensibilisation

Affirmative Action a mené des campagnes de sensibilisation en direction des populations clés : MSM (Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), TG (Transgenres), UD (Usagers de drogues), UDI (Usagers de drogues injectables).

- Total sensibilisés : 39 596 personnes
- Activités menées dans les 10 régions du Cameroun en partenariat avec 33 OBC et 96 pairs éducateurs.
- Activités spéciales lors du Mois Camerounais et de la Journée Mondiale du Sida : 21 364 personnes sensibilisées.
- Difficultés : lenteurs administratives et mobilisation tardive des fonds.

#### 2. Préservatifs et PrEP

• **Préservatifs masculins** : 967 667 distribués

• Préservatifs féminins : 8 349

• Gels lubrifiants: 465 437

Initiation à la PrEP : 730 personnes (HSH)

o Yaoundé : 380 ∤ Douala : 221 | Ngaoundéré : 50 | Bamenda : 79

## 3. Dépistage VIH, hépatite B et IST

- VIH (activités de routine) :
  - o 25 778 personnes dépistées
  - o 1 004 positives
  - o 901 mises sous ARV
- Hépatite B :
  - o 8 073 dépistées, 400 positives, 324 prises en charge
- IST (prise en charge syndromique) :
  - o 1 646 cas pris en charge (MSM: 923, UD: 566, UDI: 132, TG: 25)
- Evénements spéciaux (mois Camerounais, Semaine du dépistage) :
  - o VIH: 1 623 testés, 22 positifs, 20 mis sous traitement
  - o Hépatite : 120 testés, 7 positifs, tous pris en charge

#### 4. Forces et Défis

• Forces: couverture nationale, forte mobilisation communautaire, partenariat multi-acteurs

• **Défis** : lenteurs administratives, mobilisation irrégulière des fonds, barrières structurelles dans certaines zones

## Contribution de CAMCOCHE aux interventions communautaires dans la riposte au VIH en 2024

En 2024, CAMCOCHE a activement contribué à la riposte communautaire au VIH en ciblant prioritairement les jeunes et les adolescents à travers des actions de sensibilisation, de dépistage et de lien au traitement, en collaboration avec les leaders religieux.

Dans le cadre de ses interventions, l'organisation a conduit 6 campagnes de sensibilisation auprès des pasteurs de diverses congrégations, afin de renforcer leur implication dans la prévention du VIH auprès des jeunes fidèles. Bien que l'objectif initial prévoyait 8 campagnes, la réalisation partielle est principalement liée à l'absence de financement externe et à un recours exclusif aux fonds propres de l'association.

CAMCOCHE a également organisé des sessions de dépistage ciblé, qui ont permis de tester 300 adolescents et jeunes. Les personnes diagnostiquées positives ont été systématiquement référées vers les formations sanitaires pour leur prise en charge, avec un total de 12 cas positifs référés durant l'année.

Ces activités ont contribué à renforcer le dépistage communautaire et à améliorer le continuum de soins au sein des communautés religieuses ciblées. Toutefois, plusieurs défis restent à relever, notamment la nécessité de mobiliser des financements durables, d'améliorer la planification pour un meilleur respect du calendrier, et de renforcer le suivi de l'effectivité du lien au traitement.

Pour 2025, CAMCOCHE envisage de consolider son action en renforçant le partenariat avec les structures de santé, en élargissant la couverture géographique de ses interventions, et en cherchant activement des appuis techniques et financiers pour garantir la pérennité et l'impact de ses activités communautaires.

## 5. Réalisation des sectoriels au cours de l'année 2024

SECTORIELS	RESULTATS CLES
MINAS	<ul> <li>33 847 personnes sensibilisées lors du mois camerounais</li> <li>571 personnes touchées lors des campagnes de sensibilisation</li> <li>6 675 personnes mobilisées lors des causeries éducatives</li> <li>1 234 personnes dépistées au VIH</li> <li>288 préservatifs distribués</li> <li>33 députés juniors et leaders d'organisations formés (15 H et 18 F)</li> </ul>
MINJUSTICE	<ul> <li>03 ateliers de formation du personnel de santé de l'administration pénitentiaire sur l'approche basée sur les droits humains en lien avec le VIH et la tuberculose (37 PS formés)</li> <li>288 préservatifs distribués au personnel du Ministère, 15 T-shirts distribués, 55 affiches distribuées et 278 dépliants distribués</li> <li>9271 hommes sensibilisés, 2479 hommes dépistées, 11 cas dépistés VIH+ et mis sous TARV</li> <li>596 femmes sensibilisés, 337 dépistés, 00 cas VIH+</li> </ul>
MINTOUL	<ul> <li>Sensibilisation et distribution de matériels de prévention dans 63 structures hôtelières de la ville de Kribi</li> <li>Sensibilisation et dépistage du VIH/Sida, Syphilis et Hépatites des acteurs du secteur du tourisme et loisirs de la ville de Ntui (14 structures hôtelières, 73 personnels sensibilisés et 17 personnes dépistées)</li> </ul>
MINPROFF	<ul> <li>Atelier de renforcement des capacités en matière de SSR, VIH/SIDA des intervenants sociaux du MINPROFF et autres parties prenantes en matière de VIH-SIDA</li> <li>Mise en œuvre la prévention combinée du VIH dans les CPFF et délégations de 8 districts de santé prioritaires de la région du sud</li> <li>Mobilisation communautaire en faveur de la PTME</li> <li>Distribution des préservatifs (masculins et féminins)</li> </ul>
MINEFOP	<ul> <li>Renforcement des points focaux régionaux sur les notions de droit à la santé et information sur les procédures prise en charge du VIH dans les régions</li> <li>Sensibilisation des responsables des structures déconcentrées sur l'éducation à la sexualité et à la non consommation de la drogue au sein des structures de formations professionnelles</li> <li>Sensibilisation des personnels des services centraux sur les méfaits de la transmission verticale et les mesures de prévention du VIH en milieu professionnel.</li> <li>Sensibilisation du personnel des services centraux du MINEFOP sur la transmission verticale, la prévention, les méthodes de traitement et de PEC du VIH : 318 personnels de services centraux sensibilisés et 43 apprenants du CFPREB-YDE (Centre de Formation Professionnel Rapide d'Employés de Bureau de Yaoundé)</li> </ul>
MINAC	• Campagne de dépistage du VIH/SIDA et hépatite B à l'occasion du mois camerounais : 62 personnes testées (24 H et 38 F), 4 cas positif à l'hépatite B viral

SECTORIELS	RESULTATS CLES			
MINDDEVEL	Sensibilisation et dépistage lors du mois Camerounais			
MINCOMMERCE	<ul> <li>Campagne de sensibilisation et communication aux personnels des services centraux et des services déconcentrés</li> <li>Table ronde organisée à l'intention des membres de l'Association des « bayam-selam » (association partenaire au MINCOMMERCE) sur le thème : faisons attention, le SIDA continue de nous décimer</li> <li>Rencontres de la Commission Centrale de supervision SIDA</li> <li>Sensibilisation et dépistage lors du mois Camerounais</li> </ul>			
MINSEP	<ul> <li>Distribution du matériel de communication (150 dépliants, 25 affichettes, 10 T-shirts, 3 polos)</li> <li>Distribution préservatifs masculins (864) et gels lubrifiants (100)</li> <li>Sensibilisation (207 causeries éducatives de proximité et 2 500 personnes touchées à travers les réseaux sociaux)</li> </ul>			

# 6. Cartographie des partenaires techniques et financiers de mise en œuvre des interventions VIH

<u>Tableau 44 :</u> Cartographie des acteurs et des domaines d'interventions

Agences de mise en œuvre	Partenaires d'implémentatio n	Domaine d'intervention	Zones d'intervention s	Population cible	Financement s
CNLS	Directions techniques MINSANTE GTR	<ul> <li>Prévention</li> <li>Prise en charge</li> <li>Soutien</li> <li>Chaine d'approvisionneme nt</li> </ul>	Toutes les régions	<ul> <li>Population générale</li> <li>Femmes enceintes</li> <li>Enfants, adolescents et jeunes</li> </ul>	- ETAT - Fonds Mondi al - PEPFA R
CDC	ICAP, EGPAF, SHWARI, CBCHB, ACMS, GHSS, CRIHSS Foundation	<ul><li>Prévention</li><li>PEC</li><li>Soutien</li></ul>	Toutes les régions (155 districts)	Population générale	PEPFAR
DoD	HAEDA	Prévention	Toutes les régions les hôpitaux militaires	Militaires	PEPFAR
USAID	CHP-CHILL, CENC ISAHC, GHSC-PSM Chemonics-PSM	<ul><li>Prévention</li><li>Chaine</li><li>d'approvisionneme</li><li>nt</li></ul>	Toutes les régions	<ul> <li>Populatio n générale</li> <li>KPs</li> <li>Populatio ns vulnérable s (enfants et orphelins)</li> </ul>	PEPFAR
Peace Corps	Volontaires	Prévention	Toutes les région	Enfants, adolescents, et adolescentes mères	PEPFAR
PETVISIDAM E	DRSP	<ul> <li>Prévention primaire du VIH chez les jeunes et adolescents</li> <li>Prise en charge pédiatrique et des adolescents vivant avec le VIH</li> <li>PTME</li> </ul>	Adamaoua, Est, Extrême nord, Nord, Ouest, Sud et dans 65 districts	FEC et allaitantes VIH+, Enfant Exposés, Enfants et Adolescents	ETAT (Prêt BID)
CARE	CHP, PJD, ACT, GIZ, FESADE	<ul><li>Prévention</li><li>Droit humaine</li></ul>	Toutes les régions	TS, HSH, CTS, JFNS, JGNS, UDI et TG	Fonds Mondial
PNLP	REACH OUT, PLAN INTERNATIONAL	Prise en charge TB/VIH	Toutes les régions	Population générale	Fonds Mondial
HCR	СТД	Prévention	Extrême-nord Adamaoua, Est	PVVIH Population générale, Populations déplacées dans	

Agences de mise en œuvre	Partenaires d'implémentatio n	Domaine d'intervention	Zones d'intervention s	Population cible	Financement s
				les zones reculées	
ONUSIDA	CNLS RECAP+	<ul><li>Prévention</li><li>Prise en charge</li><li>CLM</li></ul>	Toutes les région	PVVIH	
OMS		<ul><li>Prévention</li><li>PEC</li></ul>	National	Population générale	ONUSIDA PEPFAR
ONU FEMMES		Prévention	National	Femmes et Adolescentes	
CSCC-Santé		Renforcement des capacités des organisations de la société civile pour une contribution efficace à la réponse nationale au Sida, à la Tuberculose, au Paludisme et aux Hépatites.		Population Générale	
ACMS	RECAJ+	Mise en œuvre du projet Star (HIV SELF TESTING AFRICA INITIATIE)		Adolescents et jeunes non scolarisés	
Evidence action					

# CHAPITRE 7: MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES LIEES AU VIH

La riposte nationale au VIH enregistre en plus de la contribution de l'État du Cameroun, des apports de plusieurs bailleurs de fonds, dont les principaux sont : le Fonds mondial et le Gouvernement américain à travers les fonds PEPFAR.

Les fonds inscrits au budget annuel de la riposte au VIH pour le compte de l'exercice 2024 répondent aux besoins présentés dans le plan stratégique national 2024-2030 par résultats d'impact. Les interventions soutenues par ces bailleurs doivent être suffisamment spécifiques pour être intégrées dans les procédures globales de planification et d'établissement des budgets.

#### 1. Estimation des besoins en ressources financières

Le besoin national en ressources financières de l'exercice 2024 tel que prévu par le Plan Opérationnel du PSN pour l'année 2024 se chiffre à 96°147°872°522 Francs CFA. Le résultat d'impact 2 relatif à la réduction de la mortalité représente 44 % de ce budget.

**Tableau 45:** Estimation budgétaire de 2024 par résultat d'impact

Indicateur d'impact	Total 2024
Résultat impact 1 : D'ici 2030 les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 70%	41 496 632 826
Résultat d'Impact 2 : D'ici 2030, la mortalité liée au VIH/Sida est réduite d'au moins 50%	42 315 533 867
Résultat d'Impact 3 : D'ici 2030, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, le respect des droits humains et la promotion de l'équité dans l'accès aux soins et services	2 685 741 952
Résultat d'impact 4 : D'ici 2030 La gouvernance et la gestion son renforcée pour garantir l'accélération, l'efficience, la redevabilité et la durabilité de la réponse nationale au VIH/sida	9 649 963 877
TOTAL	96 147 872 522

Sources: PTA CNLS 2024

## 2. Mobilisation des fonds pour la riposte au VIH en 2024 au niveau du GTC/CNLS

L'ensemble des ressources mobilisées pour la mise en œuvre du PSN en 2024 n'est pas encore disponible, toutefois les prévisions budgétaires étaient estimées à 45°567°201°174 Francs CFA représentant les contributions annoncées par les acteurs de mise en œuvre et les PTFs.

<u>Tableau 46:</u> Répartition des inscriptions budgétaires par bailleur de fonds

SOURCES DE FINANCEMENTS	FINANCEMENT DISPONIBLE EN 2024
FONDS MONDIAL	35 172 978 165
CNLS_CDC_PEPFAR	916 050 000
BIP	2 873 071 114
UNICEF_MINJEC_MINAS	125 101 900
OMS	265 000 000
FCP	6 480 000 000

SOURCES DE FINANCEMENTS	FINANCEMENT DISPONIBLE EN 2024
TOTAL GENERAL	45 567 201 179

De manière globale, les financements effectivement mobilisés pour le compte de l'exercice 2024 à titre de mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/Sida par le CNLS s'élève FCFA 45 567 201 179 représentant 47,40% du budget.

## 3. Exécution du budget mobilisé au niveau du GTC/CNLS en 2024 3.1. Exécution du budget du Fonds mondial

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités sous financement Fonds mondial (GC7), les dépenses enregistrées et ventilées par catégorie de couts sont présentées dans le tableau 47. Ainsi, il convient de noter que les réalisations de l'exercice 2024 relatives aux activités et prestations, se chiffrent à 21 609 364 952 FCFA. Ces dépenses ne concernent uniquement que les fonds gérés au niveau du GTC/CNLS.

Tableau 47: Dépenses enregistrées pour le compte du financement GC7 en 2024

Par groupe de coûts	Exercice 2024	Réalisation 2024	% réalisation
1.0 Human Resources (HR)	2 730 427 286	2 627 212 809	96,22
2.0 Travel related costs (TRC)	2 263 035 984	978 873 470	43,25
3.0 External Professional services (EPS)	1 460 012 316	74 366 552	5,09
4.0 Health Products - Pharmaceutical Products (HPPP)	15 077 380 616	11 793 770 355	78,22
5.0 Health Products - Non- Pharmaceuticals (HPNP)	3 492 261 018	1 623 920 168	46,50
6.0 Health Products - Equipment (HPE)	-	-	0,00
7.0 Procurement and Supply-Chain Management costs (PSM)	5 524 714 988	3 867 451 706	70,00
8.0 Infrastructure (INF)	3 300 000	2 260 450	68,50
9.0 Non-health equipment (NHP)	746 946 086	31 038 466	4,16
10.0 Communication Material and Publications (CMP)	128 966 000	3 360 000	2,61
11.0 Indirect and Overhead Costs	508 465 517	436 642 686	85,87
12.0 Living support to client/ target population (LSCTP)	160 000 000	-	0,00
13.0 Payment for results	219 492 000	170 468 290	77,66
<u>Total</u>	32 315 001 813	21 609 364 952	66,87

**Source :** Base comptable TOM WEB

Plusieurs raisons justifient les différents taux de réalisations observés au courant de l'exercice 2024 notamment :

- Le démarrage tardif des activités du au changement de cycle de financement ;
- L'instabilité du personnel contractuel du fait de la procédure de recrutement lors des six premiers mois ;

- La non validation des commandes des véhicules du programme et du plan de renforcement des capacités du personnel du programme ;
- Les produits de santé commandés non encore réceptionnés ;

## 3.2. Exécution du budget des fonds de contrepartie 2024

<u>Tableau 48:</u> Répartition des dépenses de fonds de contrepartie par rubrique

RUBRIQUE DE DEPENSE	INSCRIPTIONS BUDGETAIRES (A)	MONTANTS EXECUTES (B)	TAUX	DISPONIBLE (C)=(A-B)
GROUPE 1 : DEPENSES COURRANTES				
RUBRIQUE N°1 : Achat des réactifs et consommables pour le dépistage du VIH et autres IST (Syphilis, Hépatites virales, EID)	418 868 251	0	0,00%	418 868 251
RUBRIQUE N°2 : Achat des récatifs et consommables pour l'examen de la charge virale	656 783 582	0	0,00%	656 783 582
RUBRIQUE N°3 : Acquisitions des ARV de 1ère, 2ème et 3ème ligne	4 102 139 084	0	0,00%	
RUBRIQUE N°4 : Primes du personnel non pris en charge par le Fonds Mondial	783 486 000	587 256 955	74,95%	196 229 045
RUBRIQUE N°5 : Charges sociales et patronales	188 723 083	168 115 000	89,08%	20 608 083
RUBRIQUE N°6 : Organisation des campagnes de dépistages auprès des jeunes lors des vacances	100 000 000	100 000 000	100,00%	0
RUBRIQUE N°7 : Organisation des campagnes de sensibilisation et de dépistage lors du mois camerounais et la journée mondiale de lutte contre le SIDA	100 000 000	100 000 000	100,00%	0
RUBRIQUE N°8 : Production des outils de collecte des données primaires du Programme VIH (registres de labo, CPN, etc)	35 000 000	13 000 000	37,14%	22 000 000
RUBRIQUE N°9: Organisation des réunions du Comité du Programme Multisectoriel de Lutte contre le VIH au niveau Central et régional y comprisles réunion statutaires	55 000 000	55 000 000	100,00%	0
RUBRIQUE N°10: Ateliers et réunions de suivi, de validation des données et production des rapports des réponses des divers secteurs de la santé au VIH-SIDA y compris le PMLS	40 000 000	40 000 000	100,00%	0
SOUS-TOTAL GROUPE 1	6 480 000 000	955 371 955	14,74%	1 292 488 961
SOUS-TOTAL GROUPE 2	0	0	0,00%	0
TOTAL GENERAL	6 480 000 000	955 371 955	14,74%	1 292 488 961

<u>Source</u> : Compte d'emploi FCP au 31 décembre 2024

La principale raison qui justifie le faible taux d'absorption budgétaire des FCP lors de l'exercice 2024 est :

• La difficulté à transférer les fonds vers l'étranger depuis le basket fund pour l'acquisition des produits de santés.

## 3.3. Exécution du budget du projet CNLS-CDC/PEPFAR

Les réalisations que nous présenterons dans ce paragraphe concernent uniquement le projet PEPFAR du GTC-CNLS, près de 95.23% des fonds alloués par PEPFAR à travers les agences du gouvernement américain ne sont pas pris en compte.

Tableau 49: Dépenses dans le cadre du projet CNLS-CDC/PEPFAR en 2024

N°	COMPOSANTE	BUDGET	REALISATION	% REALISATION
1	Traitement et soins	614 385 720	608 385 720	99,02%
2	Système d'Information	191 978 013	191 240 010	99,61%
3	Gestion du programme	109 686 267	100 955 394	92,04%
	TOTAL	916 050 000	900 581 124	96,89%

**Source**: Données comptables TOMWEB

Il est important de signaler que l'année fiscale dans le cadre du projet PEPFAR va du 1<sup>er</sup> Octobre 2023 au 30 Septembre 2024 et le retard dans le recrutement d'un informaticien sous le financement PEPFAR justifie en partie la part du budget non consommé.

## 4. Les projections de financement pour l'exercice 2025

Les projections budgétaires de l'exercice 2025 inscrites dans le cadre du Plan Stratégique National (PSN) 2024-2030 de lutte contre le VIH/sida adopté par le Cameroun en 2023 se chiffre à la somme de 87 894 794 881 FCFA. A date, les montants déjà budgétés par l'Etat du Cameroun, le Fonds mondial et PEPFAR pour le projet CDC-CNLS se chiffre à 33 439 324 628 FCFA pour l'exercice 2025.

Tableau 50: Répartition des prévisions budgétaires identifiées par bailleurs de fonds

N°	Bailleur de fonds	Budget (FCFA)
1	Etat du Cameroun	6 000 000 000
2	Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	26 687 074 628
3	PEPFAR GTC	752 250 000
TOTAL		33 439 324 628

<u>Sources</u>: le mémoire de dépenses des FCP 2025, CMR-H-MOH\_Detailed\_Budget\_GC7\_GF

## Conclusion

L'année 2024 a été marquée par des avancées notables dans la riposte nationale au VIH, traduisant l'engagement renouvelé du Cameroun à atteindre les objectifs de l'ONUSIDA à l'horizon 2030. La réduction des nouvelles infections, l'amélioration de l'accès au traitement antirétroviral, les efforts déployés pour la suppression virale, ainsi que la mobilisation communautaire renforcée, témoignent d'une dynamique positive.

Malgré un contexte opérationnel parfois difficile, notamment lié aux défis logistiques, aux contraintes financières et aux inégalités d'accès aux soins, les différents acteurs – institutions publiques, partenaires techniques et financiers, société civile, organisations communautaires – ont su unir leurs efforts pour renforcer l'efficacité de la réponse.

Les innovations technologiques, les stratégies différenciées de soins, l'extension de la Couverture Santé Universelle (CSU) et les interventions ciblées auprès des populations clés, des enfants et des adolescents, ouvrent la voie à une riposte plus inclusive, équitable et durable.

Alors que le pays s'engage dans la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2024-2030, il est impératif de capitaliser sur les acquis, de combler les écarts, et de renforcer les synergies à tous les niveaux pour éradiquer l'épidémie du VIH comme menace de santé publique au Cameroun.

## Annexes

Listes des structures qui ont transmis leur données 2024

Structures	Données rapportées
Pa	rtenaires d'implémentation
EGPAF	Rapport annuel 2024 et canevas PTA 2025
CosMO	Rapport Annuel 2024 et le Plan de Travail Annuel 2025
CARE AND HEALTH PROGRAM	Données sur les préservatifs et lubrifiants
	ONG et Associations
ACMS	Rapport Annuel 2024 et Canevas PTA 2025
PAM	Rapport annuel 2024
OMS	Rapport annuel 2024
JAPSSO	Données sur les préservatifs et lubrifiants
HORIZONS FEMMES	Rapport de Décembre 2024, plan d'action de janvier 2025 et données sur les préservatifs et lubrifiants
SYNERGIES AFRICAINES	Rapport technique, financier des activités 2024 et canevas PTA 2025
CAMCOCHE	Rapport annuel 2024
AFASO	Rapport Annuel 2024 et maquette PTA 2025
CENAME	Données sur les préservatifs et lubrifiants
AEAM	Rapport des activités T3 2024
CEPCA SANTE	Rapport annuel 2024 et canevas des sectoriels pour le rapport annuel 2024
ALECO-PROSACO	Rapport annuel 2024
AFFIRMATIVE ACTION	Rapport Annuel 2024
RECAJ +	Rapport Annuel 2024 et PTA 2025
Universal Help	Rapport des activités 2024
Entraide médicale	Rapport d'activité de la journée internationale de la
	femme 2025
ISD C /L VI L C D' L'	Sectoriels
ISDC (Initiative Sous Directive Communautaire)	Rapport des activités d'Octobre-Décembre 2024
MINEFOP	Rapport T3 de lutte contre les IST et VIH
MINDEF	Rapport Annuel 2024 et PTA 2025
MINESEP	Rapport Annuel 2024 et PTA 2025
MINDEF	Rapport annuel 2024
MINCOMMERCE	Rapport Annuel 2024 et PTA 2025
MINJUSTICE	Rapport des activités du mois camerounais et journée mondiale de lutte contre le SIDA 2024
MINPROFF	Rapport Annuel 2024 et PTA 2025
MINAS	Rapport annuel 2024 et PTA 2025
MINTOUL	Rapport annuel 2024 et PTA 2025
MINAC	Rapport annuel 2024
MINDDEVEL	Rapport annuel 2024

Structures	Données rapportées
Autres	
CREMER	Rapport annuel 2024
VIHeillir	Rapport annuel 2024