

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX-TRAVAIL-PATRIE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

CABINET DU MINISTRE

UNITE DE COORDINATION DES SUBVENTIONS DU
FONDS MONDIAL ET DES PARTENAIRES DE LA
LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE
PALUDISME

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

GROUPE TECHNIQUE CENTRAL

SECRETARIAT PERMANENT

REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE - WORK - FATHERLAND

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

MINISTER'S OFFICE

COORDINATION UNIT OF THE GLOBAL FUNDS
AND PARTNERS GRANTS FOR FIGHT AGAINST
AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA

NATIONAL AIDS CONTROL COMMITTEE

CENTRAL TECHNICAL GROUP

PERMANENT SECRETARIAT

RAPPORT SEMESTRIEL 2025 DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES IST



Septembre 2025

RAPPORT SEMESTRIEL

ANNEE : 2025
SEMESTRE : 1

Table des matières

Liste des abréviations	v
Liste des graphiques.....	i
Liste des tableaux.....	ii
Introduction	3
Chapitre I : Qualité des données.....	4
I. Complétude et promptitude des données DHIS (CDV, TS, PTME, PECG, Dispensation et Stocks).....	4
I.1. Complétude des données dans la base DHIS 2.....	5
I.2. Promptitude des données dans la base DHIS 2 :	7
Chapitre II : Intensification de la prévention des nouvelles infections à VIH	11
I. Activités de renforcement de la prévention	11
I.1. Communication pour le changement social et comportemental	11
I.2. Education par les pairs et conseils	11
I.3. Appui aux activités communautaires	12
II. Renforcement de l'offre de dépistage	12
II.1. Dépistage en stratégie fixe	12
II.2. Dépistage du VIH, de l'hépatite B et de la syphilis en transfusion sanguine	14
II.3. Dépistage du VIH en communauté	15
II.4. Autodépistage	16
Chapitre 3 : PTME_éliminer les nouvelles infections VIH chez les enfants	19
I. Prise en charge chez la femme enceinte.....	20
I.1. Fréquentation en consultation prénatale (CPN).....	21
I.2. Dépistage chez les femmes enceintes durant la CPN et post partum.....	22
I.3. Couverture en ARV chez les femmes enceintes séropositives.....	27
I.4. Réalisation de la Charge Virale et suppression virale chez la FEC	28
II. Prise en charge des enfants exposés	29
II.1. Couverture en ARV prophylactique chez les enfants nés de mères VIH+	30
II.2. Couverture de l'offre de dépistage chez l'enfant exposé	31
II.3. Mise sous TARV des EE identifiés VIH+	33
Chapitre 4 : Amélioration de la qualité de vie des PvVIH grâce à une meilleure prise en charge globale	36
I. Prise en charge des PvVIH par les ARV.....	37
I.1. Lien dans la population générale direct et indirect au TARV	37
I.2. Mise sous traitement des PvVIH	39
II. Suivi en routine des PvVIH sous TARV.....	41
II.1. Dispensation du traitement ARV aux PvVIH par les stratégies différenciées (DSD).....	41

II.2. Surveillance et prise en charge de la coïnfection TB/VIH	45
II.3. Prise en charge des maladies avancées.....	46
II.4. Rétention des patients dans le système de soin.....	48
II.5. Suivi biologique des PvVIH sous traitement	49
II.6. Gestion des approvisionnements et des stocks.....	50
Chapitre 5 : Mobilisation et gestion des ressources financières liées au VIH	54
I. Gestion des ressources.....	54

Liste des abréviations

ACRR : Agent Chargé du Remplissage des Registres

APS : Accompagnement Psychosocial

ARV : Antirétroviraux

CDV : Conseil Dépistage Volontaire

CE : Causerie Educative

CNLS : Comité National de Lutte contre le SIDA

CPN : Consultation Prénatale

CV : Charge Virale

DBS: Dried Blood Spot

DHIS2: District Health Information System

DQA: Data Quality Assessment

DS : District de Santé

EDS : Enquête Démographique de Santé

EE: Enfants Exposés

FA : File Active

FEC : Femmes Enceintes

FM : Fonds Mondial

FOSA : Formation Sanitaire

GTR : Groupe Technique Régional

HSH : Homme ayant rapport Sexuel avec les Hommes

HVB : Hépatite Virale B

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

OBC : Organisation à Base Communautaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

PCR : Polymérase Chain Réaction

PECG : Prise En Charge Globale

PECPA : Prise en charge Pédiatrique et adolescent

PEPFAR: Presidents Emergency Plan for Aids Relief

PSN : Plan Stratégique National

PTF : Partenaires Techniques et Financiers

PTME : Prévention Transmission Mère-Enfant

PvVIH : Personnes Vivant avec le VIH

SA : Salle d'accouchement

TARV : Traitement Anti Rétroviral

TB : Tuberculose

TS : Travailleuses de sexe

UPEC : Unité de Prise En Charge

VBG : Violence Basée sur le Genre

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

Liste des graphiques

Graphique 1: Situation de la complétude et de la promptitude des données au terme du 1er semestre 2025.....	5
Graphique 2: Evolution de la complétude en rythme semestriel sur les cinq dernières années.....	7
Graphique 3: Evolution de la promptitude en rythme semestrielle sur les cinq dernières années.....	9
Graphique 4: Cascade nationale des nouveaux dépistages en stratégie fixe au cours du premier semestre 2025.....	13
Graphique 5: Cascade de l'autodépistage au cours du 1er semestre 2025.....	17
Graphique 6: Cascade de prise en charge de la femme enceintes en PTME.....	21
Graphique 7: Taux de fréquentation en CPN par région en S1 2025 et 2024.....	21
Graphique 8: Répartition des taux de couverture en CPN par région entre S1 2024 et S1 2025.....	22
Graphique 9: Répartition de la séropositivité par région en S1 2024 et S1 2025.....	23
Graphique 10: Couverture en ARV chez les femmes enceintes VIH+	28
Graphique 11: Situation de la mise sous TARV chez les femmes enceintes selon le moment d'identification	28
Graphique 12: Couverture de la charge virale chez les FEC VIH+ selon les régions	29
Graphique 13: Répartition de la suppression virale chez les femmes enceintes par région	29
Graphique 14: Cascade de suivi des enfants nés de mère VIH.....	30
Graphique 15: Evolution de la couverture en ARV prophylactique par région	31
Graphique 16: Cascade programmatique globale de suivi des PvVIH.....	36
Graphique 17: Cascade programmatique globale de suivi des PvVIH de moins de 15 ans	37
Graphique 18: Lien indirect au TARV en fonction de l'âge	38
Graphique 19: Lien au traitement chez les populations clés.....	39
Graphique 20: Evolution des nouvelles initiations de janvier à juin 2025.....	39
Graphique 21: Evolution de la file active en fonction de la cible de janvier à juin 2025	40
Graphique 22: Distribution par âge de la file active au 30 juin 2025	41
Graphique 23: Répartition des PvVIH sous traitement ARV selon le modèle de dispensation différencié ..	43
Graphique 24: Evolution de la file active des PvVIH dispensées au sein des OBC.....	44
Graphique 25: Cascade nationale de dépistage de la TB chez les PvVIH en S1 2025.....	45
Graphique 26 : Poids des MAV par région Janvier – Juin 2025.....	47
Graphique 27: Paysage financier au terme du 1er semestre 2025.....	55
Graphique 28: Inscriptions budgétaires au cours du 1er semestre 2025	56
Graphique 29: cascade des fonds mobilisés au 30 juin 2025	57

Liste des tableaux

Tableau 1: Complétude des données du programme selon les régions en Juin 2025	6
Tableau 2: Promptitude des données du programme selon les régions en Juin 2025.....	8
Tableau 3: Cascade dépistage et lien direct au traitement selon les régions.....	13
Tableau 4: Cascade des nouveaux dépistages en stratégie fixe selon le groupe d'âges en S1 2025.....	14
Tableau 5: Synthèse des données de dépistage en transfusion sanguine S1 2025.....	15
Tableau 6: Dépistage au sein des populations clés	16
Tableau 7: Dépistage chez les populations prioritaires	16
Tableau 8: Synthèse des résultats programmatiques de la PTME en S1 2025.....	19
Tableau 9: Contribution des ASC au dépistage des femmes enceintes selon la région	23
Tableau 10: Contribution des OBC au dépistage des femmes enceintes selon la région.....	24
Tableau 11: Répartition des taux de séropositivité du VIH chez les femmes allaitantes selon les régions ..	25
Tableau 12: Situation de la syphilis selon les régions.....	26
Tableau 13: Situation de la coïnfection VIH/syphilis chez les femmes enceintes selon les régions	26
Tableau 14: Situation de la coïnfection VIH/HVB chez les femmes enceintes selon les régions	27
Tableau 15: Couverture en prophylaxie ARV des enfants exposés selon la région	30
Tableau 16: Nombre d'EE ayant bénéficié d'un examen de PCR pour le diagnostic précoce du VIH.....	32
Tableau 17: Situation des résultats de la sérologie selon la région.....	32
Tableau 18: Couverture en ARV chez les enfants exposés infectés selon la région	33
Tableau 19: Lien direct et indirect au TARV par région	38
Tableau 20: Répartition de la file active par région.....	40
Tableau 21: classification des modèles moins intensifs de TARV différencié adoptés au Cameroun	42
Tableau 22: Evolution régionale de la file active enrôlée dans les OBC	44
Tableau 23: Situation de la recherche des signes évocateurs de la TB au niveau national et régional	45
Tableau 24: Répartition du nombre de cas diagnostiqués par région.....	46
Tableau 25: Répartition du nombre de cas mis sous traitement par région	48
Tableau 26: Retention à 12 mois des cohortes de Janvier à Mars 2024.....	49
Tableau 27: Couverture et suppression de la CV par région en S1 2025	50
Tableau 28: Quantité d'ARVs et de TDRs.....	51
Tableau 29: Liste des rapports et livrables attendus de la SGAF en fonction des bailleurs de fonds.....	54
Tableau 30: Répartition des inscriptions budgétaires par bailleur de fonds au 30 juin 2025	56
Tableau 31: Mobilisation des fonds au cours du 1er semestre 2025	56
Tableau 32: Nature du décaissement Fond Mondial	57
Tableau 33: Nature du décaissement Etat-FCP	57
Tableau 34: Projet GC7-Tableau des Réalisations au 30 juin 2025	58
Tableau 35: CNLS Fonds de contrepartie-tableau des réalisations au 30 juin 2025	59

Introduction

Depuis la détection des premiers cas de sida au Cameroun en 1985, la lutte contre le VIH/sida demeure une priorité nationale. Le pays s'est engagé à atteindre d'ici 2030 les objectifs « 95-95-95 » de l'ONUSIDA : 95 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissent leur statut sérologique, 95 % de celles qui connaissent leur statut reçoivent un traitement antirétroviral (ARV), et 95 % des personnes sous ARV atteignent une suppression durable de la charge virale.

En 2025, la riposte s'inscrit dans le cadre du Plan stratégique national VIH 2024–2030 et du suivi de la mise en œuvre du cycle de financement 2024–2026 du Fonds mondial, de l'Etat du Cameroun, du PEPFAR ainsi que des autres partenaires techniques et financiers. Les priorités opérationnelles portent sur :

- la différenciation de l'offre de services selon les populations ciblées ;
- le renforcement des interventions de prévention chez les populations clés, les jeunes et les adolescents ;
- le suivi clinique et biologique des femmes enceintes vivant avec le VIH sous ARV ;
- la disponibilité continue des ARV et autres intrants essentiels.

Le présent rapport rend compte des données et résultats du premier semestre 2025, dans un contexte de mitigation avec la suspension des financements du Fonds Mondial (FM). Les résultats sont organisés en trois chapitres, en lien avec les impacts et effets attendus de la stratégie nationale de lutte contre le sida ainsi qu'un accent particulier sur la qualité des données, condition essentielle pour garantir une information stratégique fiable au service de la planification et de la prise de décision.

Chapitre I : Qualité des données

Ce chapitre présente l'analyse de la qualité des données du premier semestre, dans un contexte marqué à la fois par le transfert progressif de la responsabilité de validation des données aux districts et par les restrictions budgétaires du Fonds Mondial. L'accent est mis sur la complétude et la promptitude des rapports soumis sur DHIS2. Le chapitre met également en évidence les efforts de suivi, de formation et de validation entrepris pour renforcer en routine la fiabilité des données relatives au CDV, à la transfusion sanguine, à la PTME, à la prise en charge globale et à la gestion des stocks.

I. Activités de suivi de routine de la qualité des données

a. Au niveau régional :

Chaque semaine, les données issues des différents formulaires sont extraites de DHIS2 afin d'identifier les incohérences entre les indicateurs et de suivre régulièrement leur complétude et leur promptitude. Les résultats de cette revue hebdomadaire sont ensuite partagés dans les groupes WhatsApp des Districts de Santé. Un classement par district est produit en fonction du niveau de complétude et de cohérence des indicateurs, ce qui permet de stimuler l'amélioration continue de la qualité des données.

Ce mécanisme a contribué à maintenir un niveau minimal requis de qualité dans la base de données DHIS2, tout en renforçant la responsabilité locale des équipes de district dans le suivi de leurs performances.

b. Au niveau central :

À une fréquence mensuelle, le même exercice est réalisé au niveau central. Les incohérences sont analysées et ventilées par région, puis partagées dans le forum WhatsApp de la section Suivi-Évaluation afin de faciliter la mise en œuvre d'actions correctives par les équipes régionales.

En complément, l'équipe centrale de Suivi-Évaluation, en collaboration avec la Cellule d'Information Sanitaire, élabore régulièrement des tableaux de bord et des favoris DHIS2 pour faciliter l'extraction des données selon les unités d'organisation pertinentes. Ces outils permettent d'effectuer plus aisément les analyses nécessaires et d'alimenter les processus décisionnels nationaux.

II. Complétude et promptitude des données DHIS (CDV, TS, PTME, PECG, Dispensation et Stocks)

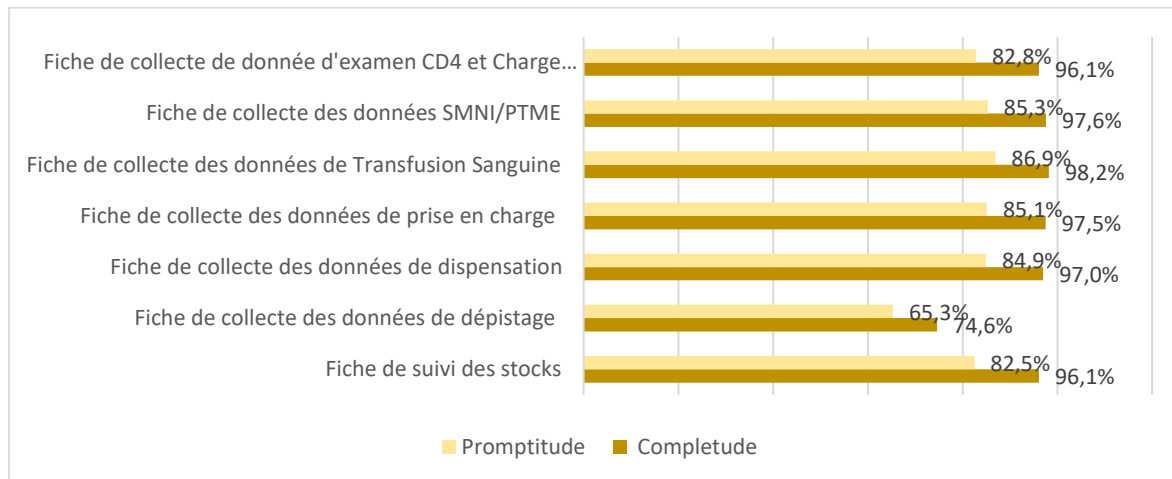
Au cours du premier semestre 2025, les résultats de complétude et de promptitude des rapports témoignent d'un niveau de performance globalement satisfaisant :

Complétude : Le taux moyen de complétude est élevé, traduisant un effort constant des formations sanitaires à renseigner et transmettre leurs rapports ainsi que le PR communautaire.

Promptitude : La promptitude des rapports a montré des résultats encourageants, avec une majorité des sites transmettant les données dans les délais prescrits. Les districts qui ont pleinement assumé le rôle de validation ont enregistré de meilleures performances. Cependant, quelques retards persistent, en raison de contraintes logistiques (connexion Internet, transport, reprographie) ou de l'insuffisance de personnel qualifié disponible au niveau du district pour leader l'activité la validation et la transmission à temps des données et des rapports.

En résumé, la performance de S1 2025 est marquée par une amélioration globale, mais des disparités subsistent entre les régions. Bien que la promptitude ne soit pas encore optimale, il faut quand même signaler qu'elle a connu une nette amélioration depuis la décentralisation de la saisie des données au niveau périphérique avec la saisie par les formations sanitaires (FOSA). Des efforts doivent encore être fournis pour améliorer la promptitude dans la collecte des données à travers l'intensification de la communication et du plaidoyer sur l'importance de la transmission des données à temps à tous les responsables des données dans les FOSA et la communauté.

Graphique 1: Situation de la complétude et de la promptitude des données au terme du 1er semestre 2025



Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

III. Complétude des données dans la base DHIS 2

Fiche de suivi des stocks : Avec un taux national de 96,1%, la complétude est globalement satisfaisante. Les régions de l'Est, du Sud et de l'Ouest atteignent 100%, traduisant une bonne rigueur dans la tenue des fiches. Les plus faibles scores sont observés au Nord-Ouest (89,5%) et à l'Extrême-Nord (89,8%), liés à des défis sécuritaires, télécommunications, logistiques et organisationnels.

Fiche de collecte des données de dépistage : C'est la fiche la moins complète, avec une moyenne nationale de 74,6%. De fortes disparités existent : l'Ouest (99,8%) et le Littoral (99,1%) performent très bien, alors que l'Extrême-Nord (53,6%), le Nord-Ouest (58,1%) et l'Est (61,6%) accusent des retards importants, probablement dus d'une part à Dhis2, en effet ce formulaire fait face à une surestimation du nombre de rapports attendus alors que la carte sanitaire pour ce formulaire a été actualisée pour toutes les régions. D'autre part, nous avons noté la rupture d'outils primaires standard prenant en compte le nouvel algorithme de dépistage. Cette rupture fait en sorte que les sites analysent les échantillons mais ne rapportent pas.

Fiche de dispensation ARV : La complétude est très élevée, 97,1% au niveau national. Plusieurs régions (Ouest, Est, Sud) atteignent ou frôlent 100%. La plus faible valeur est observée au Centre (89,6%), indiquant quelques faiblesses ponctuelles dans le renseignement.

Fiche de prise en charge et traitement (PEC) : Les résultats sont excellents, avec 97,5% de complétude au niveau national. L'Ouest et l'Est atteignent 100%, tandis que le Centre (91,3%) reste en dessous de la moyenne.

Fiche transfusion sanguine : Cette fiche enregistre la meilleure performance, avec 98,2% de complétude nationale et plusieurs régions à 100% (Est, Extrême-Nord, Ouest). Elle démontre une bonne maîtrise du reporting dans ce domaine.

Fiche PTME : La complétude est également élevée (97,6% national). Les régions Sud, Ouest, Est et Littoral enregistrent de très bons résultats, tandis que le Centre et le Sud-Ouest restent légèrement en retrait (92,4% et 96,3%).

Fiche CD4/charge virale : Avec 96,1% de complétude nationale, la performance est solide, en particulier dans les régions de l’Ouest, de l’Est et du Sud qui frôlent 100%. Le Centre (88,6%) affiche le plus faible score, signalant des difficultés dans la remontée des résultats biologiques.

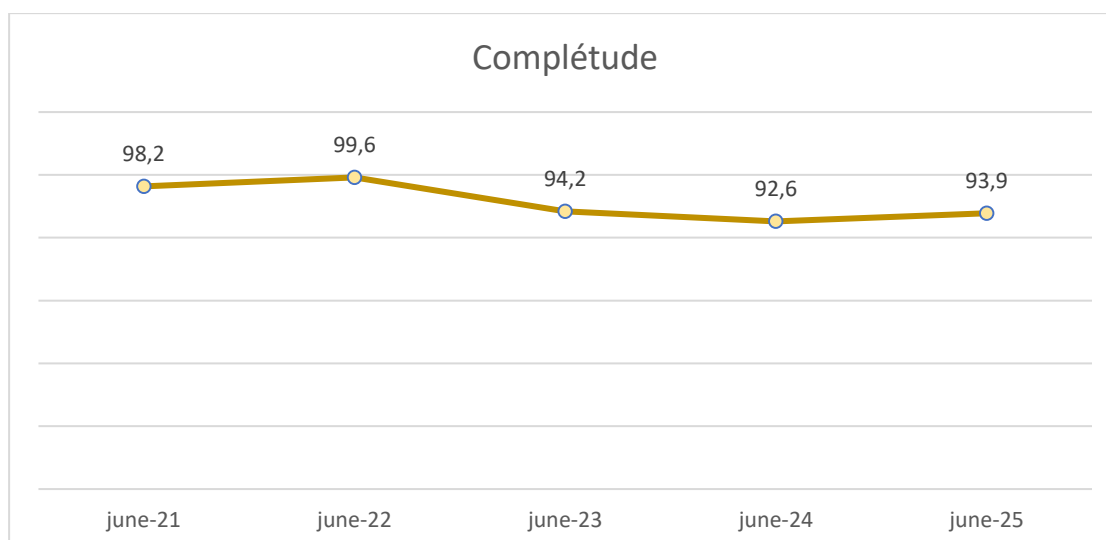
En résumé, la complétude est très bonne pour la plupart des fiches (dispensation, PEC, transfusion, PTME, CD4/CV et stock), mais reste préoccupante pour la fiche de dépistage, qui présente de fortes disparités régionales et tire la moyenne nationale vers le bas.

Tableau 1: Complétude des données du programme selon les régions en Juin 2025

Régions	Fiche de suivi des stocks	Fiche de collecte des données de dépistage	Fiche de collecte des données de dispensation	Fiche de collecte des données de prise en charge	Fiche de collecte des données de Transfusion Sanguine	Fiche de collecte des données SMNI/PTME	Fiche de collecte de donnée d'examen CD4 et Charge Virale
Adamaoua	98,8	68,3	99,2	99,3	99,	99,1	98,6
Centre	92,1	94,5	89,6	91,3	92,4	92,4	88,6
Est	100,	61,6	99,8	99,8	100	99,4	99,4
Extrême-Nord	89,8	53,6	94,7	95,5	100	94,5	91,6
Littoral	98,2	99,1	99,	99,5	99,9	99,2	99,1
Nord	95,3	67,5	98,3	98,9	99,5	99,1	95,8
Nord-Ouest	89,5	58,1	94,3	94,4	95,6	95,9	93,1
Ouest	100,	99,8	100	100	100	100,	100,
Sud	100,	74,2	99,7	99,9	99,3	99,9	99,2
Sud-Ouest	97,2	69,2	96,	96,9	96,5	96,3	95,4
National	96,1	74,6	97,1	97,5	98,2	97,6	96,1

Source : DHIS2/Minsanté, Septembre 2025

Dans la tendance de progression de la complétude en rythme semestriel, on observe une légère remontée de la complétude des données entre juin 2024 et juin 2025. Elle est passée de 92,6% en juin 2024 à 93,9% en juin 2025 soit une hausse de 1,3 points.



Graphique 2: Evolution de la complétude en rythme semestriel sur les cinq dernières années

IV. Promptitude des données dans la base DHIS 2 :

Fiche de suivi des stocks : la moyenne nationale est de 82,5%. Les meilleures performances se retrouvent dans les régions de l'Est (92,4%), de l'Ouest (92,1%) et du Nord (88,0%). Tandis que les plus faibles performances sont observées au Nord-Ouest (73,8%) et au Sud-ouest (73,4%). On retient dès lors que les régions de l'Est et de l'Ouest se démarquent par une excellente régularité, alors que les zones anglophones (NO & SO) sont en difficulté.

Fiche de collecte des données de dépistage : la moyenne nationale est de 65,3% (la plus faible des indicateurs). De fortes disparités sont observées entre les régions. Alors que les régions de l'Ouest (90,7%) et du Littoral (88,7%) affichent de «es performances au-dessus de 85%, les régions de l'Extrême-Nord (48,0%), du Nord-Ouest (48,8%), du Sud-Ouest (53,2%), de l'Est (57,1%), et de l'Adamaoua (57,5%). On constate que la promptitude des données de dépistage est plus basse dans les régions fragilisées par des défis sécuritaires et logistiques.

Fiche de dispensation (ARV, etc.) : la moyenne nationale est de 85,0%. Les meilleures performances sont observées dans les régions de l'Ouest (92,4%), de l'Est (92,0%) et du Nord (91,8%). Les régions anglophones sont celles qui ont affichés les plus faibles performances (79,9% au Nord-ouest et 74,4% au Sud-ouest)

Fiche de prise en charge avec une moyenne nationale de 85,1%, elle suit la même tendance que la fiche de dispensation avec le même marquage de disparités territoriales. Les meilleures performances sont celles du Nord (92,8%), de l'Ouest (92,4%) et de l'Est (91,8%). Tandis que les plus faibles sont observées au Nord-Ouest (79,2%) et au Sud-Ouest (74,6%).

Fiche de transfusion sanguine : la moyenne nationale est de 86,9%. La région de l'Est (98,3%) se distingue par une performance remarquable. Les régions de l'Ouest (91,8%) et du Littoral (90,5%) aussi ont de très bonnes performances. Tandis que le Sud-Ouest (81,6%) et l'Adamaoua (80,8%) ont les plus faibles performances.

Fiche SMNI/PTME : la performance nationale est assez bonne (85,3%). Les meilleures performances sont observées au Nord (93,3%), à l’Ouest (90,2%) et au Littoral (88,7%) alors que les régions anglophones restent à la traîne (78,4% pour le Nord-ouest et 74,8% pour le Sud-ouest).

Fiche CD4/Charge virale : globalement la performance est de 82,8%. Les meilleures performances sont observées à l’Ouest (90,9%), l’Est (89,6%) et Nord (88,9%). Tandis que le Sud-Ouest (73,8%) et le Nord-Ouest (77,7%) présentent les plus bas scores.

En résumé, on constate que les régions de l’Ouest, Est, Nord ont des performances systématiquement au-dessus de la moyenne nationale tandis que les régions du Littoral, du Centre et du Sud ont des performances qui oscillent entre 80 et 88% et les régions du Nord-Ouest, Sud-Ouest, Extrême-Nord, Adamaoua sont en dessous de 80% sur plusieurs fiches, particulièrement pour le dépistage.

- Le dépistage est le maillon faible au niveau national.
- Les régions anglophones (NO & SO) et l’Extrême-Nord affichent des retards généralisés, probablement liés au contexte sécuritaire et logistique.
- L’Est présente, d’excellentes performances sur presque tous les indicateurs.

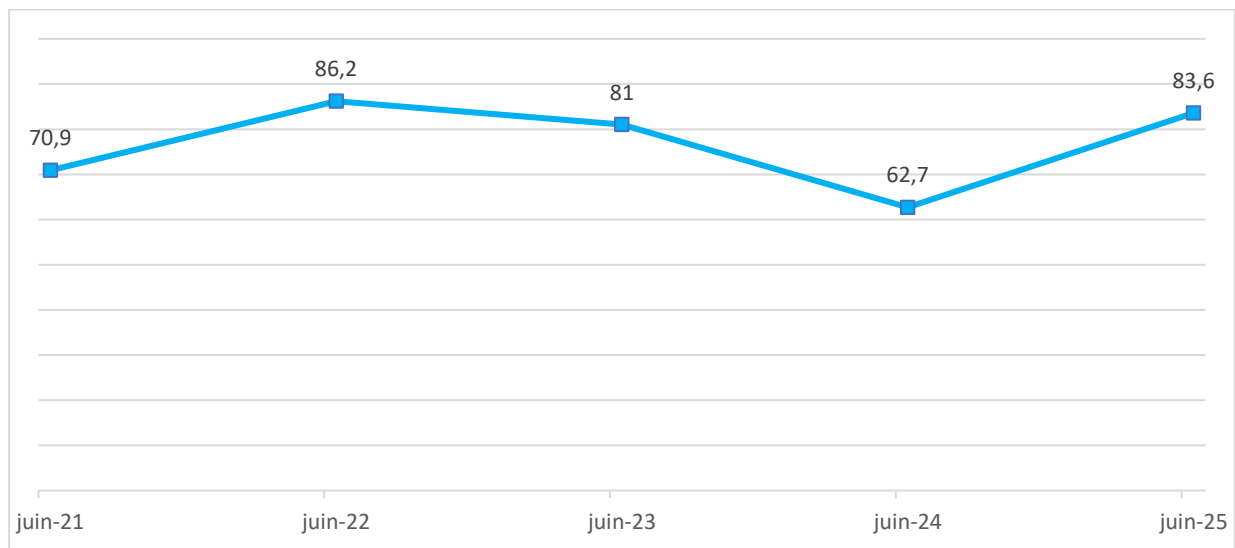
Tableau 2: *Promptitude des données du programme selon les régions en Juin 2025*

Régions	Fiche de suivi des stocks	Fiche de collecte des données de dépistage	Fiche de collecte des données de dispensation	Fiche de collecte des données de prise en charge	Fiche de collecte des données de Transfusion Sanguine	Fiche de collecte des données SMNI/PTME	Fiche de collecte de donnée d'examen CD4 et Charge Virale
Adamaoua	78,7	57,5	82,2	81,7	80,8	84,0	78,4
Centre	80,5	82,5	78,9	79,0	79,2	81,7	77,5
Est	92,4	57,1	92,0	91,8	98,3	91,7	89,6
Extrême-Nord	79,5	48,0	83,5	83,7	89,8	83,1	80,2
Littoral	81,5	88,7	89,3	89,8	90,5	88,7	87,0
Nord	88,0	63,0	91,8	92,8	86,9	93,3	88,9
Nord-Ouest	73,8	48,8	79,9	79,2	86,9	78,4	77,7
Ouest	92,1	90,7	92,4	92,4	91,8	90,2	90,9
Sud	85,1	63,9	85,4	85,6	83,6	87,4	83,7
Sud-Ouest	73,4	53,2	74,4	74,6	81,6	74,8	73,8
National	82,5	65,3	85,0	85,1	86,9	85,3	82,8

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

L’analyse de la tendance de la promptitude sur les 5 dernières années révèle une évolution en dents de scie. En effet, l’année 2022 a marqué un pic de performance avec un taux supérieur à 85%, traduisant sans doute des efforts accrus dans la gestion des rapports. S’en est suivi une détérioration observée en 2024 (62,7%) qui représente une contre-performance majeure sur la période. La remontée en 2025 (83,6%) malgré le contexte de suspension et de diminution de certains financements est encourageante et traduit une amélioration des mécanismes de

transmission des rapports, suggérant une résilience du système de santé national. Pour maintenir cette dynamique, il serait important de renforcer l'accompagnement technique des équipes et l'utilisation des outils numériques pour garantir une promptitude durablement au-dessus de 80%.



Graphique 3: Evolution de la promptitude en rythme semestrielle sur les cinq dernières années

V. Analyse FFOM

Forces	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Complétude élevée : Taux moyen de complétude de 93,9%, et même >96% pour les fiches cruciales (Dispensation ARV, PEC, PTME, Stocks). ✓ Amélioration de la promptitude : Remontée à 83,6% suite à la décentralisation de la saisie et de la validation aux districts. ✓ Suivi routinier de la qualité des données à travers les fora whatsapp ✓ Renforcement de la qualité des données à la source de production (par les prestataires eux même)
Faiblesse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rupture des registres d'assurance qualité standard (entraîne le sous rapportage des données) ✓ Surestimation des rapports attendus par DHIS2 (problème système ou analytic)
Opportunités	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La décentralisation du processus de revue et validation des données au niveau DS ✓ Appropriation et saisie progressive des données dans DHIS 2 par les prestataires des sites
Menaces	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contexte sécuritaire dans certaines régions (Nord-Ouest, Sud-Ouest, Extrême-Nord, Est) ✓ Instabilité du réseau internet ✓ Instabilité du DHIS 2 ✓ Insuffisance des ressources humaines pour la gestion des données au niveau DS.

VI. Information stratégique :

- ✓ Impact positif de la décentralisation de l'assurance qualité des données : Le transfert de la validation aux districts et la saisie par les FOSA ont permis une appropriation du processus et une **nette amélioration de la promptitude (83,6%)**, en particulier là où les districts ont pleinement assumé leur rôle.
- ✓ **Complétude Globale maîtrisée** : Le taux moyen de complétude est **très élevé** (ex: 97,5% pour la PEC, 98,2% pour la Transfusion Sanguine, 97,5% pour la PTME), témoignant d'un effort constant et efficace des formations sanitaires.
- ✓ Maillon Faible du Système d'Information : Le dépistage est le maillon faible de la chaîne de l'information (faible complétude et promptitude). Stratégiquement, cela nécessite un effort dans la disponibilité des outils standards et une correction des rapports attendus dans le SNIS.
- ✓ Renforcer l'accompagnement et les ressources au niveau du district pour que tous puissent **assumer pleinement le rôle de validation** des données à temps, pour garantir une promptitude durablement au-dessus de 80%.

Chapitre II : Intensification de la prévention des nouvelles infections à VIH

La prévention des nouvelles infections regroupe toutes les actions entreprises dans le but de freiner la propagation du VIH au sein des populations. Il s'agit entre autres de la communication pour le changement social et comportemental, l'offre du préservatif (masculin et féminin) et du gel lubrifiant, l'offre de la PrEp (pour les populations clés), et enfin l'offre du dépistage.

I. Activités de renforcement de la prévention

I.1. Communication pour le changement social et comportemental

Au cours du premier semestre, le CNLS a mis en œuvre plusieurs activités de communication pour le changement social et comportemental, dans le cadre de la promotion de la prévention du VIH et de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH. En collaboration avec le MINJEC, à travers le RECAJ, le CNLS a participé à la Fête nationale de la Jeunesse et à d'autres événements nationaux majeurs tels que la Journée internationale de la Femme, la Fête du Travail et la Fête nationale du 20 mai. Ces manifestations ont constitué des opportunités de sensibilisation de masse sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et la promotion du dépistage volontaire, notamment grâce à la caravane mobile déployée pendant les défilés.

Ces actions ont contribué à l'augmentation des connaissances des jeunes et des adolescents sur la prévention, le dépistage et le traitement du VIH, ainsi qu'à la promotion des comportements préventifs. Au total, 150 établissements scolaires de la ville de Yaoundé ont été impliqués, et près de 67 000 jeunes ont été sensibilisés, appuyés par 36 publications diffusées via la chaîne WhatsApp du CNLS.

Toutefois, la mise en œuvre a été confrontée à certaines contraintes, notamment la remontée tardive ou incomplète des données et l'insuffisance des ressources humaines pour couvrir l'ensemble des activités planifiées. Des mesures correctrices ont été initiées, parmi lesquelles le renforcement de la coordination interne et la mise en place d'un système de remontée d'informations numériques à travers WhatsApp et Google Forms, afin d'améliorer la qualité et la promptitude du suivi des interventions.

I.2. Education par les pairs et conseils

Au cours du semestre, les Organisations à Base Communautaire (OBC) ont conduit plusieurs sessions de renforcement des capacités à l'intention des acteurs communautaires tels que les Pairs Éducateurs (PE), Teenagers mentors, influenceurs web, journalistes et enseignants. Ces sessions visaient à renforcer la promotion des moyens de prévention des IST/VIH, à consolider l'approche de l'éducation par les pairs et à améliorer l'accompagnement psychologique des personnes vivant avec le VIH (PvVIH). Ces interventions ont contribué à favoriser les comportements de prévention et à réduire la

stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH. Environ 8 950 personnes issues des populations clés (travailleuses du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, utilisateurs de drogues injectables) ont été sensibilisées. Cependant, la mise en œuvre a été limitée par des insuffisances dans la remontée des données et une coordination parfois faible entre les acteurs engagés dans les activités communautaires.

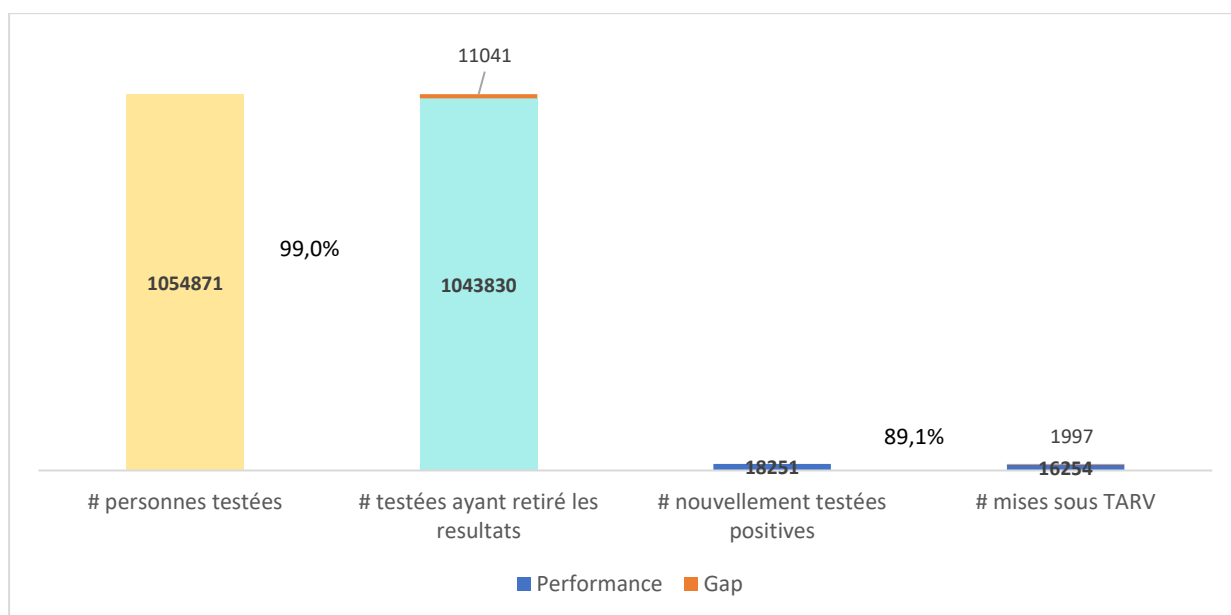
I.3. Appui aux activités communautaires

Dans le cadre du renforcement de la communication pour le changement social et comportemental, un appui technique et matériel a été apporté aux OBC et aux acteurs sectoriels pour la mise en œuvre de plans de communication validés. Deux (02) plans de communication ont été élaborés et 150 organisations communautaires ont reçu un lot de matériels de sensibilisation (affichettes, dépliants, préservatifs, etc.) en appui à leurs interventions de proximité. Ces efforts ont contribué à accroître les connaissances de la population générale sur la prévention, le dépistage et le traitement du VIH, et à encourager les comportements de prévention. Toutefois, la mise en œuvre a été entravée par la faiblesse du rapportage, des insuffisances dans la remontée des données et une coordination encore limitée des activités. Des actions de suivi, notamment la tenue régulière des réunions de coordination, sont envisagées pour améliorer l'efficacité des interventions communautaires.

II. Renforcement de l'offre de dépistage

II.1. Dépistage en stratégie fixe

Le dépistage en stratégie fixe regroupe tous les dépistages faits par les formations sanitaires. Au cours du 1^{er} semestre 2025, 1 054 871 personnes ont été testées au VIH en stratégie fixe, soit une augmentation de 12,4% par rapport à la même période de 2024 qui était de 923 906. Parmi les personnes testées, 1 043 830 ont retiré leur résultat. Ce qui a porté le taux de retrait des résultats au cours du semestre à 98,9% qui est supérieur à 98% dans toutes les régions et toutes les tranches d'âge sauf pour les nourrissons de moins de 18 mois. Parmi les personnes ayant retiré les résultats chez les personnes nouvellement testées, 43 682 étaient positives au VIH ; soit un taux de séropositivité de 1,7%. Parmi les personnes nouvellement dépistées positives au VIH, 16 254 ont été mises sous traitement (confer graphique 4) ; soit un taux de lien au traitement de 89,1% inférieur à 95% souhaité par le programme. Il convient de signaler que lors de ces dépistages, 25 431 Nombre de personnes testées positives y compris les cas connus VIH+ ont été identifiées.



Graphique 4: Cascade nationale des nouveaux dépistages en stratégie fixe au cours du premier semestre 2025

Une analyse plus détaillée de la situation de la séropositivité révèle des disparités au niveau régionale et selon les groupes d'âge des personnes identifiées VIH+. Le tableau 3, révèle que les taux de séropositivité les plus élevés sont observés dans la région de l'Est à 3,2%, tandis que les taux les plus faibles sont enregistrés dans les Régions de l'Ouest et du Nord-Ouest ont un taux inférieur à la valeur nationale (1,7%). Les autres régions enregistrent des taux de séropositivité autour de la moyenne nationale. Le taux de lien direct au traitement est supérieur à 90% dans 06 régions. La région de l'Adamaoua est la seule dont ce taux est au-dessus de 95%.

Tableau 3: Cascade dépistage et lien direct au traitement selon les régions

Régions	Nombre de personnes testées	Nombre de personnes testées positives	Taux de séropositivité	Nombre de personnes testées positives mises sous TARV	Taux de lien au TARV
Adamaoua	63342	1480	2,3%	1444	97,6%
Centre	189260	4566	2,4%	3972	86,9%
Est	73042	2328	3,2%	2188	93,9%
Extrême Nord	122367	1407	1,2%	1269	90,2%
Littoral	168351	2871	1,7%	2340	81,5%
Nord	93535	1409	1,5%	1281	90,9%
Nord-Ouest	89425	827	0,9%	725	87,7%
Ouest	122577	1063	0,9%	961	90,4%
Sud	40816	1193	2,9%	1138	95,4%
Sud-Ouest	92156	1107	1,2%	936	84,6%
National	1054871	18251	1,7%	16254	89,1%

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

Selon les groupes d'âges, tandis que les dépistages sont plus élevés pour la tranche d'âge de 20-24ans (203 781), 25-29ans (202 436) et 30-34 ans (153 926), les taux de séropositivité quant à eux sont plus élevés dans la tranche d'âges de 45,49 (3,4%) ; 40-44ans (3,3%) et de ≥50 ans (3,1%). Ces taux de séropositivité sont plus élevés au fur et à mesure qu'on évolue des tranches d'âges inférieures aux tranches d'âges supérieures même si les taux les plus faibles sont dans la tranche d'âges de 10-14ans et 15-19ans (0,7%). Le lien direct au traitement des cas positifs est quasiment similaire pour les différentes tranches d'âges et varie autour de la valeur nationale (89,1%).

Tableau 4: Cascade des nouveaux dépistages en stratégie fixe selon le groupe d'âges en S1 2025

Groupe d'âge	Nombre de personnes nouvellement testées	Proportion des personnes ayant retiré leur résultat chez les personnes nouvellement testées	Nombre de personnes nouvellement testées ayant retirées leurs résultats	Taux de séropositivité chez les personnes nouvellement testées	Nombre de personnes nouvellement testées positives	Taux de lien au traitement chez les personnes nouvellement testées	Nombre de personnes nouvellement testées positives mises sous TARV
[<18 mois [	7973	90,3%	7203	1,5%	124	80,7%	100
[18 mois ; 4 ans [	24616	99,4%	24455	1%	251	84,9%	213
[5 ; 9 ans [	27055	99,8%	26989	0,6%	166	81,9%	136
[10 ;14 ans [	26186	99,3%	26012	0,5%	130	86,2%	112
[15 ;19 ans [	113282	99,3%	112457	0,6%	704	87,1%	613
[20 ;24 ans [	203781	99,3%	202306	1,04%	2 112	91,9%	1940
[25 ;29 ans [	202436	99,2%	200712	1,5%	3 112	90,3%	2811
[30 ;34 ans [	153926	98,1%	150953	1,9%	2 952	88,9%	2626
[35 ;39 ans [	108790	99,0%	107713	2,5%	2 667	89,5%	2388
[40 ;44 ans [	65730	99,2%	65201	3,3%	2 177	89,6%	1951
[45 ;49 ans [	42998	99,1%	42588	3,4%	1 465	87,3%	1279
≥50 ans	78098	98,9%	77241	3,1%	2391	87,2%	2085
Total	1054871	98,4%	1043830	1,6%	18 251	89,1%	16254

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

II.2. Dépistage du VIH, de l'hépatite B et de la syphilis en transfusion sanguine

Conformément aux directives de prise en charge du VIH, la collecte de sang pour la transfusion sanguine exige une batterie d'examen parmi lesquels le test de dépistage du VIH. Ainsi, selon les données collectées en routine, 83 403 tests au VIH ont été réalisés en transfusion sanguine et 845 positifs ont été identifiés, soit un taux de séropositivité au VIH de 0,94% légèrement inférieur à celui obtenu au premier semestre 2024 (1,0%). Ce taux est plus élevé que la moyenne nationale dans les régions du Centre et le Littoral avec respectivement 5,6% et 1,9%.

Tableau 5: Synthèse des données de dépistage en transfusion sanguine S1 2025

Région	Donneurs testés au VIH	Donneurs positifs au VIH	Séropositivité au VIH (%)	Donneurs testés à l'HVB	Donneurs positifs à l'HVB	Séropositivité à l'HVB (%)	Donneurs testés à la syphilis	Donneurs positifs à la syphilis	Séropositivité à la syphilis (%)
Adamaoua	6268	32	0,5%	6253	120	1,9%	6245	83	1%
Centre	17967	463	2,6%	18090	732	4%	17708	206	1%
Est	5231	15	0,3%	5220	87	1,7%	5216	81	1,6%
Extrême Nord	8286	96	1%	8536	517	6%	8185	94	1%
Littoral	19243	370	1,9%	19136	633	3%	19082	389	2%
Nord	3542	18	0,5%	3538	295	8%	3530	30	1%
Nord-Ouest	6599	25	0,4%	6544	101	2%	7005	79	1%
Ouest	10339	86	0,8%	10326	199	2%	10271	47	0%
Sud	2581	13	1%	2581	54	2%	2579	24	1%
Sud-Ouest	5582	39	0,7%	5578	147	3%	5546	85	2%
National	85638	1 157	0,9%	85802	2885	3,4%	85367	1118	1%

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

Concernant la syphilis, elle constitue l'une des infections faisant l'objet de dépistage en transfusion sanguine. Au cours du semestre 85 367 donneurs de sang ont fait l'objet de ce dépistage et 1 118 ont été identifiés positifs soit un taux de positivité de 1,0% au niveau national. Les régions de l'Est, Littoral et du Sud-Ouest ont un taux de séropositivité de la syphilis supérieure à la moyenne soit respectivement 2,0% et 1,55 pour les deux régions.

S'agissant de l'hépatite B, 85 802 donneurs de sang ont été testés pour l'hépatite virale B dans le cadre de la transfusion sanguine, 2 885 ont été déclarés positifs ; soit un taux de positivité de 3,4%. Ce taux a légèrement baissé par rapport au premier semestre 2024 où on observait une valeur de 4,5%. Les régions du Nord ; de l'Extrême-Nord et du Centre enregistrent des taux supérieurs à la moyenne nationale soit respectivement 8,0% ;6,0 %et 4,0%.

II.3. Dépistage du VIH en communauté

Outre la population générale, les groupes spécifiques tels que, les populations clés et vulnérables ont également bénéficié du dépistage du VIH au cours du premier semestre de l'année 2025. L'ensemble des activités menées avec l'implication des acteurs (GTR, OSC, CARE) a permis d'identifier des nouveaux cas et de les lier au traitement ARV.

II.3.1. Dépistage chez les populations clés

Le tableau 10 présente les données de dépistage des populations clés pour le compte du premier semestre 2025. Un total de 42 746 personnes du groupe cible des populations clés (HSH, TG, PS, UD/UDI) ont été dépistés ; soit une augmentation de 13% par rapport au premier semestre 2024 où 37 419 personnes étaient dépistées. L'analyse des données de dépistage chez les populations clés révèle que :

- La couverture du dépistage est bonne chez les TS et HSH, mais reste insuffisante chez les TG et UDI.

- La séropositivité élevée chez les TG (8,97%) et HSH (5,33%) met en évidence leur forte vulnérabilité au VIH et témoigne des efforts encore faire dans ces cibles.
- Le taux élevé de nouveaux cas montre que des efforts doivent encore être fournis pour éviter les nouvelles infections au sein de ces populations cibles.
- La mise sous TARV est globalement satisfaisante pour TS (97,4%) et TG (96,3%), mais très insuffisante pour HSH et UDI, ce qui représente un maillon faible de la cascade de soins.

Tableau 6: Dépistage au sein des populations clés

Populations clés	Nbre de personnes Dépistées	Nbre de personnes dépistées positifs	% séropositivité	Nouveaux positifs au VIH	Déjà connu VIH+	%déjà connu VIH+	Personne testées VIH+ mis sous TARV	% linkage direct
TS	29088	1078	3,71%	1057	21	1,95%	1050	97,40%
HSH	11294	602	5,33%	589	13	2,16%	434	72,09%
UDI	2063	86	4,17%	73	13	15,12%	64	74,42%
TG	301	27	8,97%	27	0	0,00%	26	96,30%

Source: Rapport semestriel CARE S1, 2025

II.3.2. Dépistage chez les populations prioritaires

Le tableau ci-dessous présente les données de dépistage des populations prioritaires pour le compte du premier semestre. Un total de 7 158 personnes relevant des populations clés (AJFNS, CTS) ont été dépistés. Parmi les personnes dépistées, 282 ont été déclarées positives. Soit un taux de séropositivité de 3,9% chez les CTS et de 6,25% chez les AJFNS.

Tableau 7: Dépistage chez les populations prioritaires

Populations Prioritaires	Nombre de personnes Dépistées	Personnes dépistées positives	% séropositivité	Nouveaux positifs au VIH	Personnes testées VIH+ mises sous TARV	% linkage direct
CTS	7094	278	3,92%	276	273	98,20%
AJFNS	64	4	6,25%	4	4	100,00%

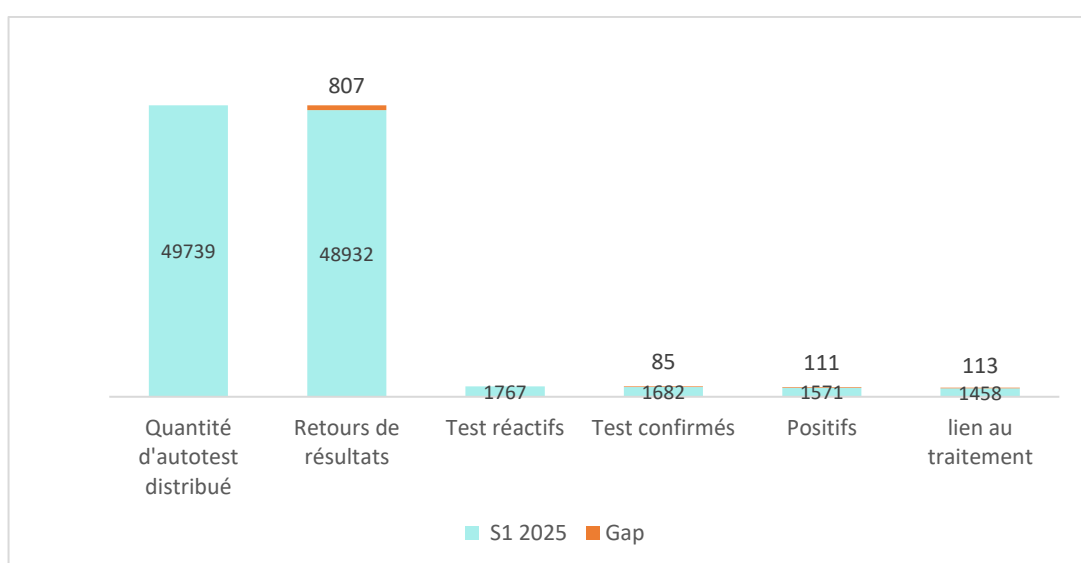
Source: Rapport semestriel CARE ,S1 2025

II.4. Autodépistage

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.

Le graphique ci-dessous présente la réalisation de l'auto-dépistage au cours du 1^{er} semestre 2025. Au cours du semestre, l'objectif global était de distribuer 28999 kits d'autotests à travers le programme GC7. Au total, 49 739 kits ont effectivement été distribués, ce qui représente un taux de réalisation de 171,52%, dépassant largement la cible initiale. On constate une forte performance logistique avec un excellent taux de retour des résultats (>95%), ce qui traduit un bon suivi des bénéficiaires. Bien que 71,8% des kits distribués se soit faits au cours des distributions communautaires ciblées et parmi les groupes cibles, on constate que le rendement en termes de cas positifs détectés reste faible (111 positifs sur près de 49 000 tests distribués, soit un taux de positivité <0,3%).



Graphique 5: Cascade de l'autodépistage au cours du 1er semestre 2025

Au cours de la période considérée, les activités de prévention du VIH ont été marquées par des actions intensives de sensibilisation et de dépistage visant à renforcer les connaissances et à identifier de nouveaux cas. Les campagnes de sensibilisation destinées à la population générale ont été menées principalement à travers des actions de masse organisées lors des grands événements nationaux.

S'agissant des populations clés, un suivi de proximité a été assuré par les principales organisations de la société civile bénéficiaires du Fonds mondial et du PEPFAR, à travers des entretiens individuels et des causeries éducatives.

Toutefois, il convient de souligner que les données relatives aux initiatives de changement de comportement au sein de la population générale ainsi que celles sur la distribution des préservatifs demeurent incomplètes.

En matière de dépistage, le programme a poursuivi l'extension de la mise en œuvre du nouvel algorithme de dépistage à travers les formations des prestataires dans les sites enrôlés à la stratégie et leur monitoring.

Analyse FFOM :

Forces	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le dépistage est en hausse (1 054 871 personnes testées en stratégie fixe, soit +12,4% par rapport à S1 2024). ✓ Grande capacité à mobiliser : 67 000 jeunes sensibilisés lors d'événements majeurs. ✓ Forte communication institutionnelle. ✓ Implémentation du nouvel algorithme de pistage à 03 tests ✓ Disponibilité en continue des intrants de dépistage ✓ Couverture de tous les groupes cibles pour le dépistage (population clés, population générale, population prioritaire)
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faible complétude des données sur les initiatives de changement de comportement dans la population générale et la distribution des préservatifs. ✓ Communication pour le changement de comportement à l'endroit des populations clés sous optimal (faible couverture de dépistage chez les TG et les UDI), séropositivité élevée chez les TGs et les HSH ✓ Utilisation faible des outils communautaires de collecte de données élaborées (pas de production des outils, pas de formation des prestataires communautaires) ✓ Problème de coordination dans la remontée des données des acteurs communautaires à tous les niveaux.
Opportunités	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usage des stratégies différenciées de dépistage pour optimiser le ciblage des cas à dépister
Menaces	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rupture des outils de collecte de données standards incluant le nouvel algorithme de dépistage ✓ Réduction des ressources financière

Information stratégique :

- ✓ Attention particulière chez les Adolescents et jeunes dans l'offre de service de dépistage : plus de 300 000 ado jeunes dépistés pour le VIH soit 30% de toutes les personnes dépistées
- ✓ Succès des opérations de communications et de sensibilisation à l'endroit des ado jeunes : maîtrise progressive des taux de séropositivité
- ✓ Taux de séropositivité élevé chez les personnes d'au moins 40 ans : un ciblage du dépistage dans cette tranche d'âge est nécessaire ainsi qu'un renforcement de la prévention à travers les outils de base (communication, sensibilisation, distribution des préservatifs...)
- ✓ Les taux de séropositivités du VIH demeurent élevés à l'Est (3,2%), au Centre (2,4%), au Sud (2,9%) et à l'Adamaoua (2,3%).
- ✓ Environ 11% d'occasions manquées dans le lien direct au TARV avec des représentations plus marquées dans les régions du littoral (18,5%), du Sud-Ouest (15,4%), du Centre (13,1%) et du Nord-Ouest (12,3%). Selon les tranches d'âges ces occasions manquées sont plus criardes chez les enfants (environ 15%) et chez les personnes ayant au moins 40 ans (environ 13%)

Chapitre 3 : PTME_éliminer les nouvelles infections VIH chez les enfants

Au Cameroun, le programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) est pleinement intégré aux services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). Il propose un paquet de soins intégrés tout au long du parcours de la mère et de l'enfant, notamment lors des consultations prénatales, de l'accouchement et du suivi postnatal. Ce paquet inclut le dépistage et le counseling du VIH pour les femmes enceintes et leurs partenaires, l'initiation d'un traitement antirétroviral chez les femmes enceintes séropositives, l'administration prophylactique du Cotrimoxazole, la délivrance de conseils pour un accouchement à moindre risque, ainsi que la prise en charge des enfants exposés durant la période pre- et post-partum à travers la prophylaxie antirétrovirale et le diagnostic précoce.

La cascade PTME S1 2025 révèle des écarts notables entre les cibles attendues et les résultats atteints pour l'ensemble des indicateurs. Globalement, les performances apparaissent variables d'un pilier de la cascade à un autre. En effet, si des progrès satisfaisants sont enregistrés dans le dépistage du VIH en CPN/SA (94,42%), la prophylaxie ARV chez les enfants exposés (94,31%) et la réalisation de la PCR (93,99%), d'importants gaps programmatiques persistent au niveau de la mise sous traitement antirétroviral des femmes enceintes séropositives (67,50%) et des enfants testés VIH+ mis sous TARV (63,79%) tel qu'indiqué dans le tableau ci-après :

Tableau 8: Synthèse des résultats programmatiques de la PTME en S1 2025

Indicateurs	Cibles	Performances	
Nbre de Femmes enceintes reçues en CPN et SA	548 793	436 634	79,56%
Nombre de FEC testée pour le VIH en CPN et SA	436 634	412 289	94,42%
Nombre de FEC mises sous ARV	7 925	6 129	77,3%
Nombre d'enfants exposés (EE) ayant bénéficié d'un examen PCR	5 008	4 707	93,99%
Nombre d'enfants exposés (EE) ayant reçu la prophylaxie ARV	5 008	4 723	94,31%
Nombre d'EE testés VIH+ mis sous TARV	174	111	63,79%

Les performances du programme PTME au premier semestre 2025 traduisent des progrès notables en matière de dépistage du VIH et de prophylaxie des enfants exposés, témoignant d'une bonne intégration des services au sein des plateformes de santé maternelle et infantile. Toutefois, la couverture relativement faible en traitement antirétroviral chez les femmes enceintes et les enfants séropositifs met en évidence des insuffisances persistantes dans le lien entre le dépistage et la mise sous traitement ainsi que dans le suivi postnatal. Ces écarts peuvent s'expliquer par des retards dans la confirmation des diagnostics, des difficultés de suivi des couples mère-enfant et un déficit de rétention après l'accouchement. Le renforcement du suivi postnatal, l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité des données, ainsi qu'une meilleure coordination entre les services

PTME et TARV pédiatrique demeurent essentiels pour atteindre les objectifs d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH.

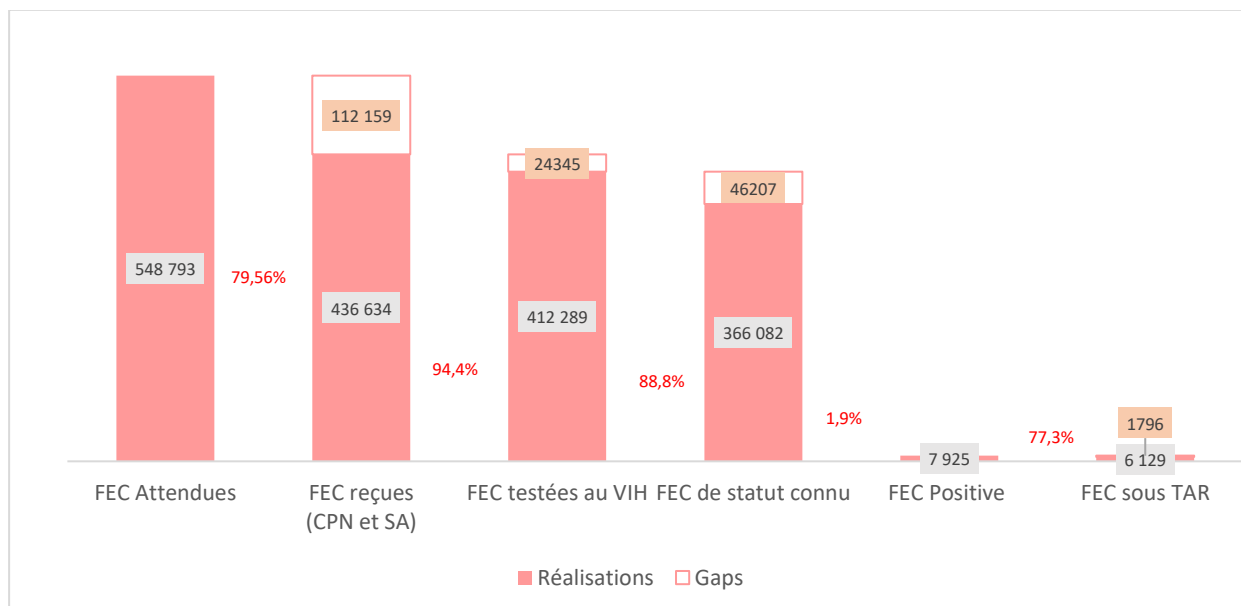
I. Prise en charge chez la femme enceinte

Dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, un grand nombre d'interventions ont été menées durant le semestre selon les directives nationales. Les interventions mises en œuvre sont entre autres :

- Le conseil-dépistage des femmes enceintes, de leurs partenaires et de leurs enfants ;
- Le lien au traitement ARV des femmes enceintes/mères séropositives ;
- L'importance de la prophylaxie antirétrovirale et au Cotrimoxazole chez les enfants exposés ;
- Le diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposés ;
- Le suivi médical et biologique des femmes enceintes/mères séropositives ;
- L'accompagnement psychosocial des femmes enceintes/mères séropositives.

D'après le graphique 6 ci-dessous l'on retient qu'au cours du 1^{er} semestre 2025 :

- 548 793 femmes enceintes étaient attendues (CIS, 2025), 79,56% FEC ont été reçues (436 634/548 793) ; une performance légèrement élevée comparée aux premiers semestres 2024 et 2023 où elle était respectivement de 67,3% et 79,1% ;
- 94,4% (412 289/436 634) des FEC reçues ont été testées au VIH, une réalisation en hausse de 7 points par rapport au premier semestre 2024 (85,4%) ;
- 88,8% (366 082/412 289) des FEC testées connaissaient leur statut et 7 925 d'entre elles ont été identifiées VIH+ ; soit un taux de séropositivité de 1,9% ;
- 77,3% (6 129/7 925) des FEC VIH+ identifiées ont été mises sous TARV ; une performance en baisse par rapport au 1^{er} semestre 2024 où elle était évaluée à 84,0% ;
- 84,2% des FEC au statut VIH+ connu sont déjà sous traitement contre 89,6% en S1 2024 ;
- 67,5% des FEC nouvellement dépistées sont sous traitement contre 74,5% en S1 2024.



Graphique 6: Cascade de prise en charge de la femme enceintes en PTME

1.1.Fréquentation en consultation prénatale (CPN)

La fréquentation en CPN est primordiale pour la mise en œuvre de la PTME. L'évidence épidémiologique stipule qu'une prise en charge immédiate des FEC identifiées VIH+ accroît les chances de non infection des enfants exposés. Cette prise en charge démarre par la consultation prénatale. À cet effet, les données collectées en routines auprès des formations sanitaire révèlent que sur les 548 793 FEC attendues en CPN, 66,4% (364 400/548 793) ont été effectivement reçues au premier contact en CPN et/ou en Salle d'accouchement. On note une hausse de 3,5 points comparativement au 1^{er} semestre 2024.



Graphique 7: Taux de fréquentation en CPN par région en S1 2025 et 2024

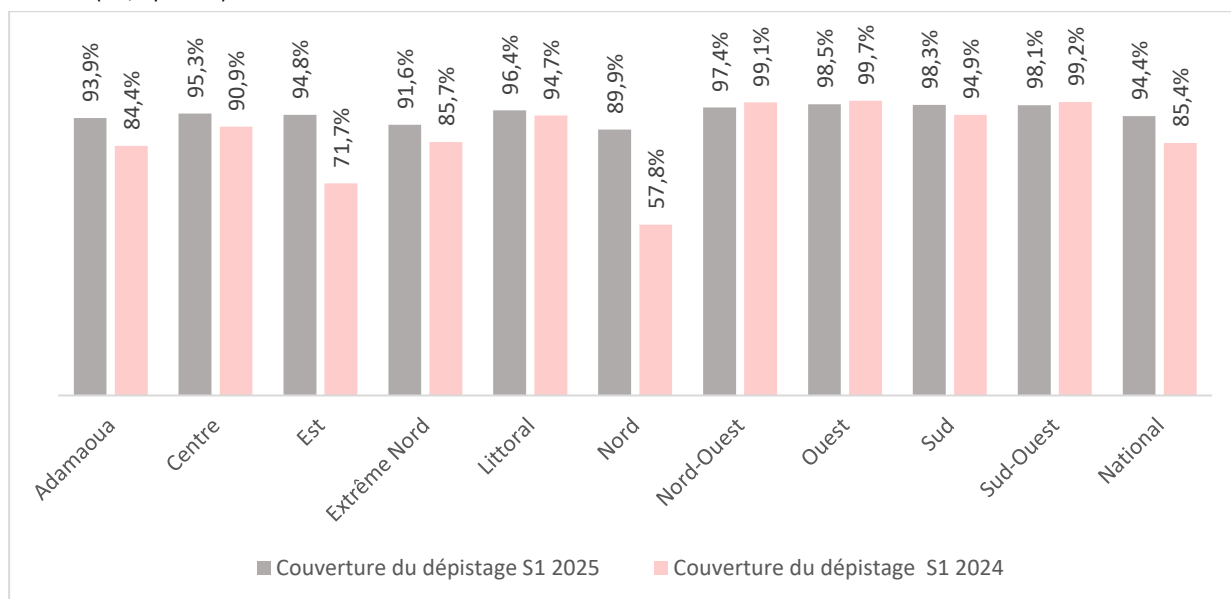
Au cours de ce semestre, une légère hausse de la fréquentation des CPN a été observée dans l'ensemble des régions ainsi qu'au niveau national, comparativement au premier semestre 2024. Toutefois, l'Adamaoua et l'Est se démarquent par une baisse respective de -2,1 points et -4,2 points. Par ailleurs, bien que la tendance générale soit positive, les régions du Nord-Ouest (51,4 %) et du Sud-Ouest (46,8 %) enregistrent les performances les plus faibles, demeurant en deçà de la moyenne nationale.

En effet, dans la région du Nord-Ouest, les districts de Njikwa (123/809), Bafut (182/1 543), Bali (194/1 025), Misaje et Mbengui (245/1 812) ont enregistré moins de 300 FEC au cours du semestre. Dans la région du Sud-Ouest, plusieurs districts de santé ont enregistré de faibles performances notamment les districts de TOKO, Mundemba, Bamusso, Bakassi dû à la faible fréquentation de ces sites sans doute occasionnée par la crise sécuritaire.

I.2. Dépistage chez les femmes enceintes durant la CPN et post partum

I.2.1. Couverture en dépistage pour le VIH

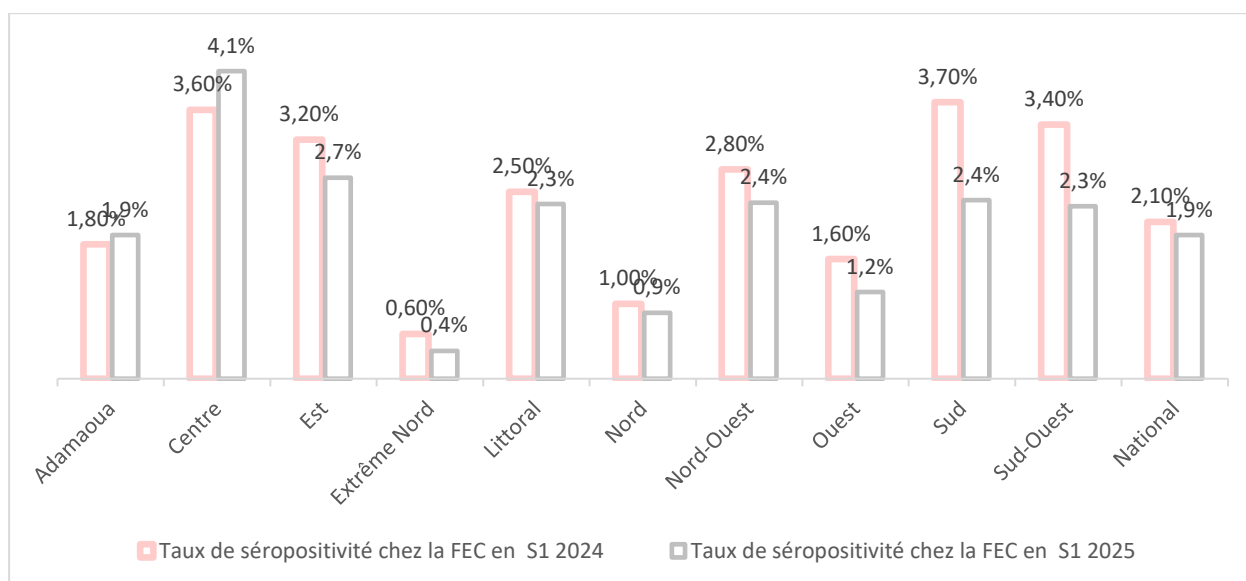
Le dépistage du VIH constitue une étape clé dans la mise en œuvre de la PTME. Conformément aux directives nationales, toute femme enceinte admise dans une formation sanitaire doit au préalable bénéficier d'un test de dépistage. Le graphique 8 illustre l'évolution de la couverture du dépistage du VIH par région entre le premier semestre 2024 et le premier semestre 2025. À l'échelle nationale, une progression de 9 points est enregistrée en S1 2025 par rapport à S1 2024. Cette tendance positive est observée dans la plupart des régions, avec en tête la région du Nord qui enregistre la plus forte progression, passant de 57,8 % en 2024 à 89,7 % en 2025 (+32,1 points). En revanche, deux régions accusent de légères baisses : l'Ouest (-0,6 point) et le Sud-Ouest (-1,1 point).



Graphique 8: Répartition des taux de couverture en CPN par région entre S1 2024 et S1 2025

I.2.2. Situation de la séropositivité du VIH chez la femme enceinte

Au cours du semestre, les dépistages du VIH réalisés dans les FOSA ont révélé un taux de séropositivité de 1,9 % (7 925/412 289), un niveau globalement stable par rapport au premier semestre 2024 (2,1 %). Parmi les femmes enceintes séropositives identifiées, la majorité (88,8 %) étaient déjà connues comme vivant avec le VIH, tandis que 11,2 % ont découvert leur statut au cours de la grossesse actuelle. La région du Centre enregistre la séropositivité la plus élevée, avec une hausse notable (4,1 % en 2025 contre 3,6 % en 2024), alors que l'Extrême-Nord reste la région la moins touchée (0,4 %).



Graphique 9: Répartition de la séropositivité par région en S1 2024 et S1 2025

1.2.3. Contribution communautaire au dépistage des femmes enceintes

- Apport des agents de santé communautaire (ASC)

Dans le cadre de la stratégie intégrée des interventions à base communautaire, les ASC jouent un rôle essentiel dans la recherche active des femmes enceintes (FEC) absentes ou perdues de vue en CPN. Ainsi, 12 022 FEC ont été identifiées en communauté, référées par les ASC et effectivement reçues dans les FOSA. Parmi elles, 9 975 ont bénéficié du dépistage VIH, soit une couverture de 83 %, avec un taux de séropositivité de 2,1 % (205/9 975). L'analyse des performances régionales (tableau 9) révèle que la région du Sud-Ouest enregistre la meilleure couverture de dépistage (99,1 %), tandis que l'Extrême-Nord concentre la part la plus importante des femmes enceintes référées (34,2 %). En ce qui concerne la séropositivité, la prévalence la plus élevée est observée dans le Sud (4,9 %), suivi de l'Est (4,2 %).

Tableau 9: Contribution des ASC au dépistage des femmes enceintes selon la région

Région	Nbre de FEC référées par les ASC et reçues dans les FOSA	Nbre de FEC testées parmi celles référées par les ASC	Couverture du dépistage chez les FEC référées par les ASC	Nbre de FEC référées par les ASC dépistées positives	% séropositivité	Poids (en %)
Adamaoua	1 405	931	66,3%	8	0,9%	3,3%
Centre	240	223	92,9%	8	3,6%	0,6%
Est	857	761	88,8%	32	4,2%	8,1%
Extrême-Nord	2 904	2 542	87,5%	50	2,0%	34,2%
Littoral	328	238	72,6%	6	2,5%	1,5%
Nord	3 275	2 639	80,6%	35	1,3%	16,9%
Nord-Ouest	862	789	91,5%	11	1,4%	10,8%
Ouest	847	610	72,0%	19	3,1%	18,1%
Sud	748	691	92,4%	34	4,9%	19,7%
Sud-Ouest	556	551	99,1%	2	0,4%	1,4%
National	12 022	9 975	83,0%	205	2,1%	6,3%

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

- Apport des organisations à base communautaire (OBC)

Dans le cadre de la réponse communautaire en PTME, les OBC également jouent un rôle clé dans l'identification des femmes enceintes (FEC) vivant avec le VIH. Ainsi, 5 734 FEC ont été référées et reçues dans les FOSA au cours du semestre, dont 5 033 ont effectivement bénéficié du dépistage VIH, correspondant à une couverture de 87,8 % et un taux de séropositivité de 1,4 % (71/5 033).

L'analyse régionale met en évidence une variabilité du taux de séropositivité, traduisant à la fois les inégalités d'accès au dépistage et l'existence de facteurs de risque spécifiques selon les contextes. Le plus grand nombre de cas positifs est observé dans la région du Nord (28/2 243), représentant un poids de 13,5 %. Des prévalences notables sont également relevées dans le Littoral (5,9 %), le Sud (4,5 %), le Sud-Ouest (3,7 %) et l'Adamaoua (3,3 %).

Tableau 10: Contribution des OBC au dépistage des femmes enceintes selon la région

Région	Nbre de FEC référées par les OBC et reçues dans les FOSA	Nbres de FEC testées parmi celles référées par les OBC	Couverture du dépistage chez les FEC référées par les OBC	Nbres de FEC référées par les OBC dépistées positives	% séropositivité	Poids (en %)
Adamaoua	39	30	76,9%	1	3,3%	0,4%
Centre	67	59	88,1%	1	1,7%	0,1%
Est	967	926	95,8%	16	1,7%	4,1%
Extrême-Nord	227	152	67,0%	2	1,3%	1,4%
Littoral	22	17	77,3%	1	5,9%	0,2%
Nord	2 537	2 243	88,4%	28	1,2%	13,5%
Nord-Ouest	121	106	87,6%	1	0,9%	1,0%
Ouest	1 409	1 155	82,0%	6	0,5%	5,7%
Sud	264	264	100,0%	12	4,5%	6,9%
Sud-ouest	81	81	100,0%	3	3,7%	2,1%
National	5 734	5 033	87,8%	71	1,4%	2,2%

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

1.2.4. Situation de la séropositivité du VIH chez la femme allaitante

Au cours du premier semestre, 60 840 femmes allaitantes (FA) ont été testées pour le VIH au niveau national, parmi lesquelles 1 028 se sont révélées positives, soit un taux de séropositivité de 1,7 %. Les taux les plus faibles ont été observés dans les régions du Nord-Ouest (0,4 %), de l'Ouest (0,6 %) et de l'Adamaoua (0,7 %). En revanche, les régions du Sud-Ouest (7,3 %) et du Nord (5,3 %) affichent des taux nettement supérieurs à la moyenne nationale (voir tableau 11)

Tableau 11: Répartition des taux de séropositivité du VIH chez les femmes allaitantes selon les régions

Région	Nombre de FA testées au VIH	Nombre de FA testées VIH +	Taux de séropositivité de la FA
Adamaoua	4 728	34	0,7%
Centre	14 608	217	1,5%
Est	4 347	99	2,3%
Extrême Nord	12 061	119	1,0%
Littoral	6 978	88	1,3%
Nord	5 596	294	5,3%
Nord-Ouest	696	3	0,4%
Ouest	7 622	49	0,6%
Sud	3 326	61	1,8%
Sud-Ouest	878	64	7,3%
Total	60 840	1 028	1,7%

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

1.2.5. Couverture en dépistage pour la syphilis

Au cours du premier semestre 2025, un total de 364 400 femmes enceintes (FEC) ont été enregistrées pour la consultation prénatale (CPN), parmi lesquelles 227 194 ont bénéficié du test de dépistage de la syphilis, soit une couverture nationale de 62,3 %. Bien qu'en amélioration par rapport à la période précédente, cette couverture reste inférieure à celle du dépistage du VIH (94,4 %) observée dans la même population, traduisant un retard dans l'intégration complète du dépistage de la syphilis dans le paquet de services prénatals.

Cette différence s'explique en partie par le fait que le dépistage de la syphilis réalisé en salle d'accouchement n'est pas systématiquement capté dans le système de routine, ce qui conduit à une sous-estimation de la couverture réelle et accentue l'écart observé avec le dépistage du VIH.

Disparités régionales

De fortes disparités régionales persistent :

Les meilleures performances ont été enregistrées dans le Sud-Ouest (82,6 %), le Centre (61,7 %) et l'Ouest (78,5 %), traduisant une meilleure intégration du dépistage dans ces régions.

À l'inverse, les faibles couvertures observées dans l'Extrême-Nord (41,7 %), le Nord (50,8 %) et le Littoral (54,8 %) soulignent des contraintes d'accès ou de disponibilité des tests dans les formations sanitaires.

La région de l'Extrême-Nord reste la moins performante, avec un taux de 41,7 %, probablement en lien avec la non-disponibilité des intrants et la faible demande de dépistage.

Le taux national de positivité s'élève à 1,5 %, soit 3 490 cas positifs détectés parmi les femmes testées.

Les taux les plus élevés sont observés dans les régions de l'Est (4,7 %) et du Sud (2,3 %), traduisant une circulation encore importante de la syphilis dans ces zones. À l'inverse, les régions du Nord (0,8 %), de l'Extrême-Nord (0,6 %) et du Littoral (0,9 %) enregistrent des taux plus faibles, bien que ces résultats puissent être sous-estimés en raison des faibles couvertures de dépistage.

La couverture encore insuffisante du dépistage de la syphilis (62,3 %) met en évidence la nécessité d'assurer la disponibilité continue des tests de dépistage dans toutes les formations sanitaires

offrant les CPN ; de renforcer la sensibilisation du personnel de santé sur l'importance de la triple élimination (VIH, syphilis, hépatite B) et de promouvoir le dépistage intégré dès la première CPN pour améliorer la prévention de la transmission mère-enfant.

En somme, malgré une tendance globalement positive, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour atteindre une couverture universelle du dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes et contribuer à la triple élimination des infections à transmission maternelle.).

Tableau 12: Situation de la syphilis selon les régions

Région	Nombres de FEC reçues	Nbres de FEC testés à la syphilis	Couverture du dépistage à la syphilis	Nbres de FEC positifs à la syphilis	Taux de positivité de la FEC à la syphilis
Adamaoua	26 027	15 717	60,4%	229	1,5%
Centre	54 441	33 571	61,7%	624	1,9%
Est	25 083	17 217	68,6%	809	4,7%
Extrême Nord	86 542	36 094	41,7%	201	0,6%
Littoral	40 309	33 848	84,0%	446	1,3%
Nord	51 024	25 918	50,8%	202	0,8%
Nord-Ouest	17 665	14 935	84,5%	209	1,4%
Ouest	34 052	26 722	78,5%	287	1,1%
Sud	13 202	9 912	75,1%	226	2,3%
Sud-Ouest	16 055	13 260	82,6%	257	1,9%
Total	364 400	227 194	62,3%	3 490	1,5%

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

1.2.6. Situation des coinfections chez les femmes enceintes

- **Coinfections VIH/syphilis**

D'après les données issues des dépistages réalisés en CPN, 68,9 % des femmes enceintes vivant avec le VIH (FEC VIH+) ont été testées pour la syphilis au cours du premier semestre 2025 (voir tableau 13). Bien que la couverture reste partielle, certaines régions affichent des performances remarquables, notamment l'Extrême-Nord (116,6 %), le Sud-Ouest (108 %) et l'Adamaoua (95,6 %). À l'échelle nationale, le taux de coinfection VIH/syphilis est estimé à 3,7 %, avec une prévalence particulièrement élevée dans la région de l'Est (9,6 %).

Tableau 13: Situation de la coinfection VIH/syphilis chez les femmes enceintes selon les régions

Région	Nbre de FEC VIH+ testées à la syphilis	% FEC VH+ testées pour la syphilis	Nbre de FEC VIH+ testées positives à la syphilis	Taux de coinfection VIH/Syphilis
Adamaoua	522	95,6%	5	1,0%
Centre	1 100	39,2%	41	3,7%
Est	699	85,7%	67	9,6%
Extrême Nord	132	41,1%	5	3,8%
Littoral	1 371	116,6%	27	2,0%

Région	Nbre de FEC VIH+ testées à la syphilis	% FEC VH+ testées pour la syphilis	Nbre de FEC VIH+ testées positives à la syphilis	Taux de coïnfection VIH/Syphilis
Nord	167	36,3%	9	5,4%
Nord-Ouest	392	76,0%	15	3,8%
Ouest	312	67,1%	7	2,2%
Sud	323	79,0%	10	3,1%
Sud-Ouest	444	108,0%	18	4,1%
Total	5 462	68,9%	204	3,7%

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

- **Coïnfection VIH/HVB**

Au cours du semestre, un dépistage de l'antigène de l'hépatite B a été réalisé chez les femmes enceintes vivant avec le VIH (FEC VIH+). Ainsi, 75,4 % des FEC VIH+ identifiées ont bénéficié de ce test (voir tableau 14). Parmi elles, 280 cas de coïnfection VIH/HVB ont été recensés, correspondant à un taux national de 4,7 %. Les prévalences les plus élevées sont observées dans les régions du Centre (9,7 %), de l'Est (7,4 %) et du Sud (6,8 %).

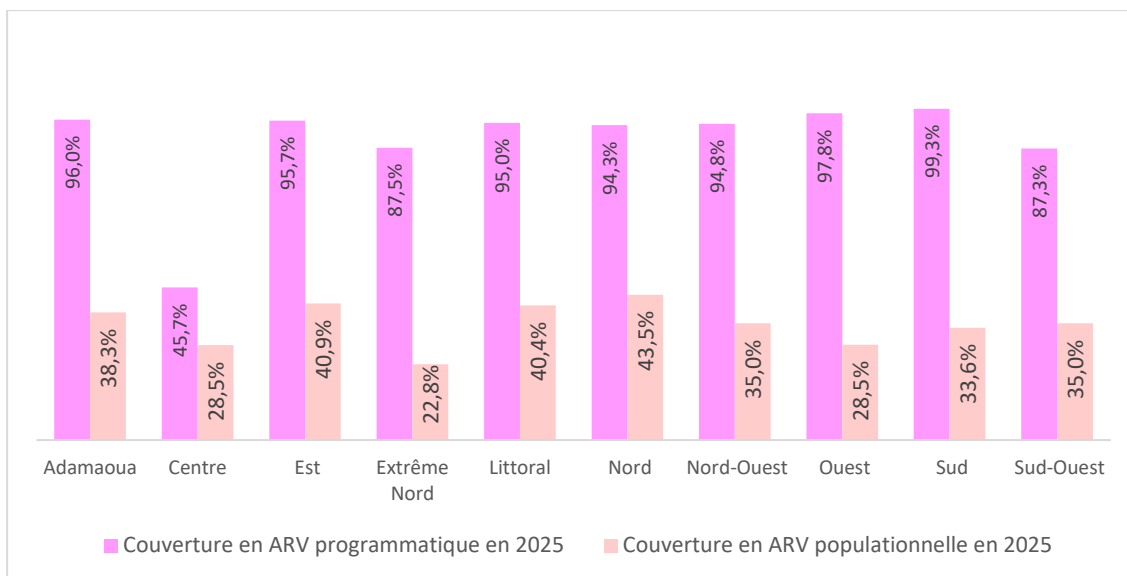
Tableau 14: Situation de la coïnfection VIH/HVB chez les femmes enceintes selon les régions

Région	Nombre de FEC VIH+ testé à l'HVB	Pourcentage de FEC VH+ testées pour l'HVB	Nombre de FEC VIH+ testées positives à l'HVB	Taux de coïnfection VIH/HVB
Adamaoua	614	112,5%	19	3,1%
Centre	877	31,3%	82	9,4%
Est	746	91,4%	55	7,4%
Extrême Nord	127	39,6%	6	4,7%
Littoral	1 054	89,6%	33	3,1%
Nord	891	193,7%	25	2,8%
Nord-Ouest	664	128,7%	14	2,1%
Ouest	372	80,0%	10	2,7%
Sud	308	75,3%	21	6,8%
Sud-Ouest	319	77,6%	15	4,7%
Total	5972	75,4%	280	4,7%

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

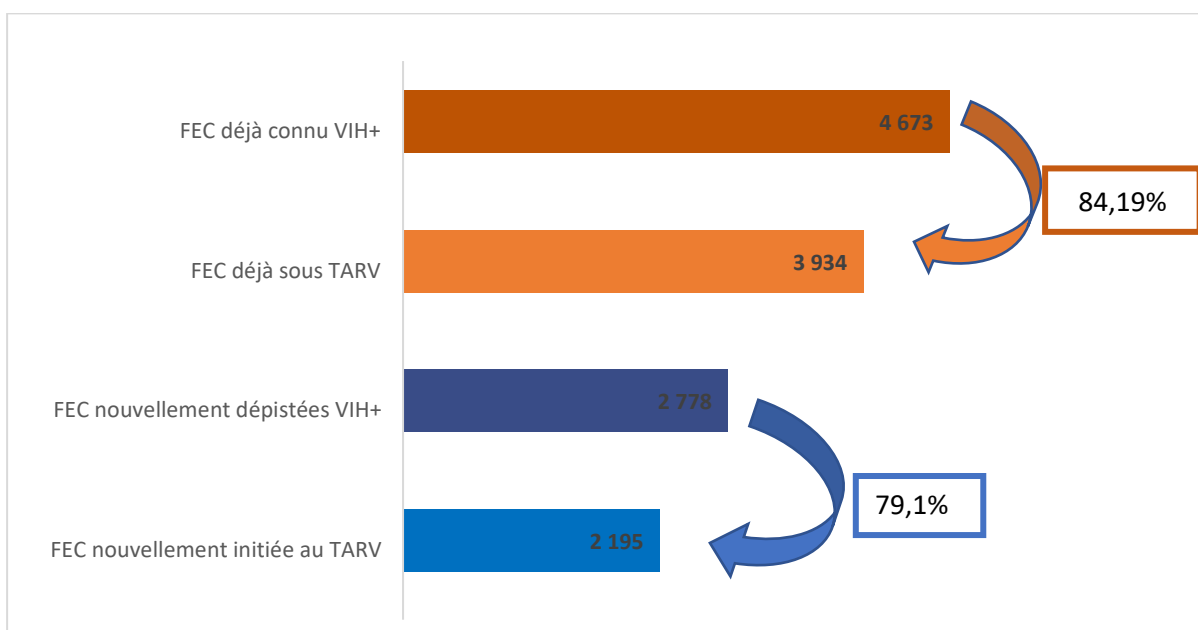
I.3. Couverture en ARV chez les femmes enceintes séropositives

Le Cameroun s'est fixé comme objectif d'éliminer la TME du VIH d'ici 2030. L'atteinte de cet objectif passe par la mise systématique des FEC VIH+ sous TARV. Au premier semestre 2025, 77,3% (6 129/7 925) des FEC enceintes VIH+ identifiées ont été mises sous ARV (graphique 10) ; une tendance à la baisse par rapport au premier semestre 2024 où elle était de 84%. Au-delà de la baisse de la performance, on constate malheureusement que beaucoup d'efforts restent à fournir pour l'atteinte de l'eTME tant sur le plan des interventions que sur la qualité des données.



Graphique 10: Couverture en ARV chez les femmes enceintes VIH+

Parmi les FEC sous traitement, les FEC dont le statut était déjà connu étaient celles dont l'adhérence au traitement était meilleure : 84,19% contre 79,19% chez celles dont le statut a été découvert au cours de la grossesse en cours. Ceci démontre de la nécessité d'accentuer les efforts en faveur de la capacitation des APS en counseling mais aussi à la réflexion en faveur d'autres stratégies pouvant encourager le lien au traitement des personnes dépistées positives.

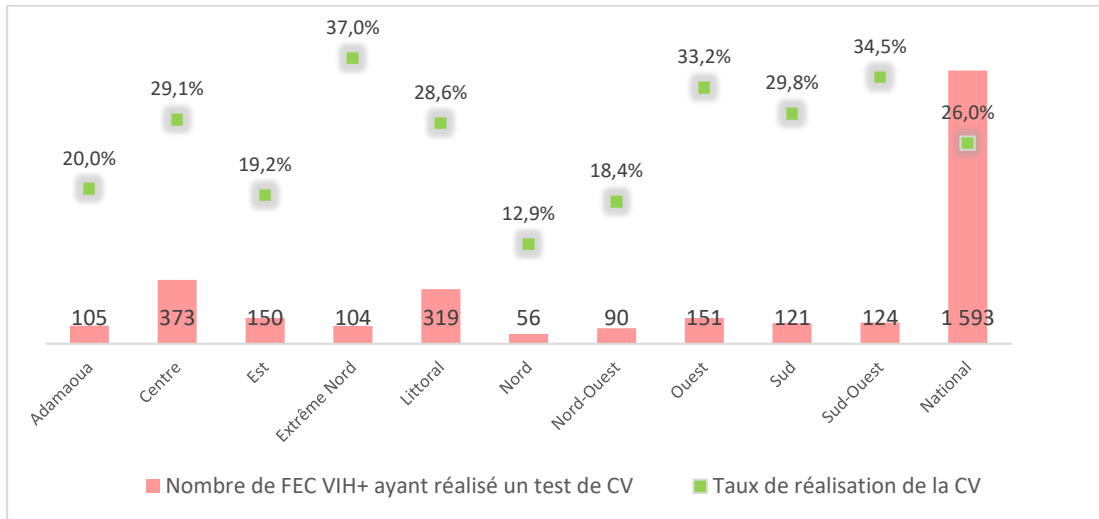


Graphique 11: Situation de la mise sous TARV chez les femmes enceintes selon le moment d'identification

I.4. Réalisation de la Charge Virale et suppression virale chez la FEC

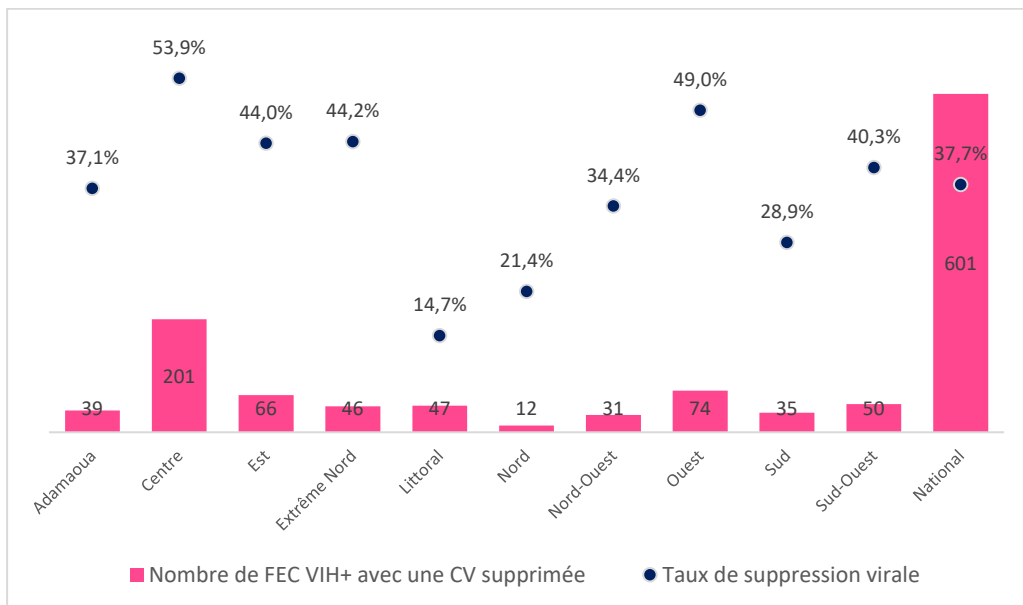
La mesure de la charge virale chez la FEC, tout comme dans la population générale constitue un gold standard dans le suivi de la prise en charge. Sa suppression est facteur protecteur pour les enfants exposés durant la période de gestation. Il est de ce fait recommandé selon les directives nationale de prise en charge que la femme enceinte séropositive sous ARV fasse un examen de CV

à intervalles de 3 mois. Au cours du 1^{er} semestre 2025, 1 593 examens de charges virales ont été réalisées au sein du groupe des femmes enceintes, soit un taux de réalisation de 26% au niveau national. Les couvertures en CV au niveau des régions variaient de 12,9% dans la région du Nord à 37% dans l'Extrême-Nord. Les challenges liés à la disponibilité des intrants pour l'analyse des échantillons de charge virale prélevés ainsi que la maintenance de certaines plateformes sont la cause de cette performance insuffisante.



Graphique 12: Couverture de la charge virale chez les FEC VIH+ selon les régions

Au terme des examens de la charge virale réalisés, 37,7% (601/1 593) ont un résultat de charge virale supprimée. La région du Littoral a enregistré la plus faible performance (14,7%). Les régions du Centre (53,9%) et de l'Ouest (49%) présentent les taux de suppression virale les plus élevés.

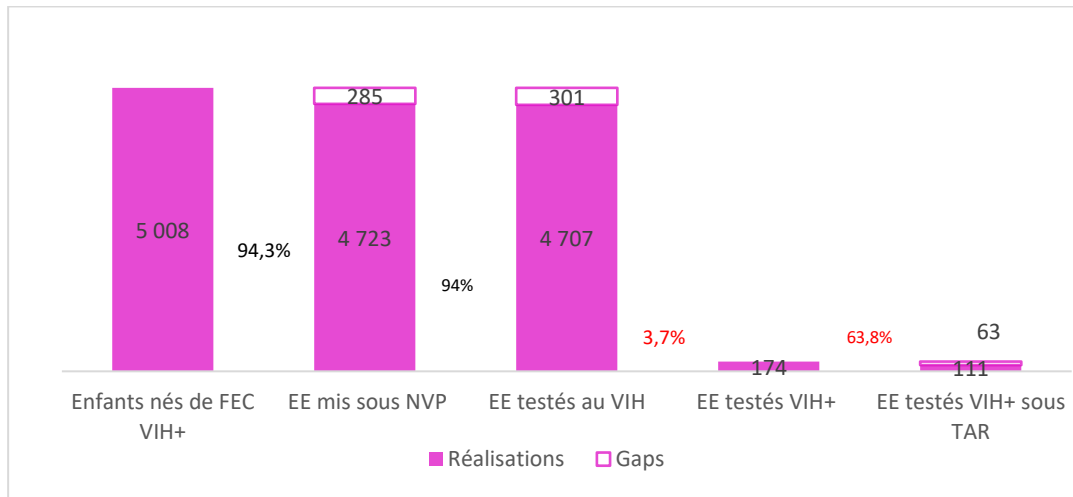


Graphique 13: Répartition de la suppression virale chez les femmes enceintes par région

II. Prise en charge des enfants exposés

Dans le suivi du couple mère-enfants pour la PTME, le devenir de l'enfant exposé est capital. De ce fait, plusieurs interventions sont mises en œuvre dans les FOSA et les OBC afin de garantir un meilleur suivi et une prise en charge optimale durant les rendez-vous de l'enfant exposé. De manière synthétique :

- 94,3% (4 723/5 008) enfants exposés identifiés ont été mis sous Névirapine ;
- 94% (4 723/4 707) ont été dépistés par PCR ;
- 3,7% (174) ont été dépistés VIH+ par PCR ;
- 63,8% (111/174) mis sous traitement.



Graphique 14: Cascade de suivi des enfants nés de mère VIH

II.1. Couverture en ARV prophylactique chez les enfants nés de mères VIH+

La prise de la Névirapine prophylactique (NVP) chez les enfants exposés dans les 72h après la naissance et en prise unique quotidienne pendant 6 à 12 semaines est une prescription Les directives nationales. Le tableau 15 présente au niveau régional les performances en termes de couverture prophylactique ARV des EE identifiés au cours du semestre. Seules les régions du Centre (85,6%), et du Nord (86,4%) présentent des performances inférieures à la moyenne nationale. Bien que les performances enregistrées de façon globale soient encourageantes au niveau programmatique, il reste tout de même nécessaire de signaler que beaucoup d'efforts demeurent à fournir sur le plan populationnel

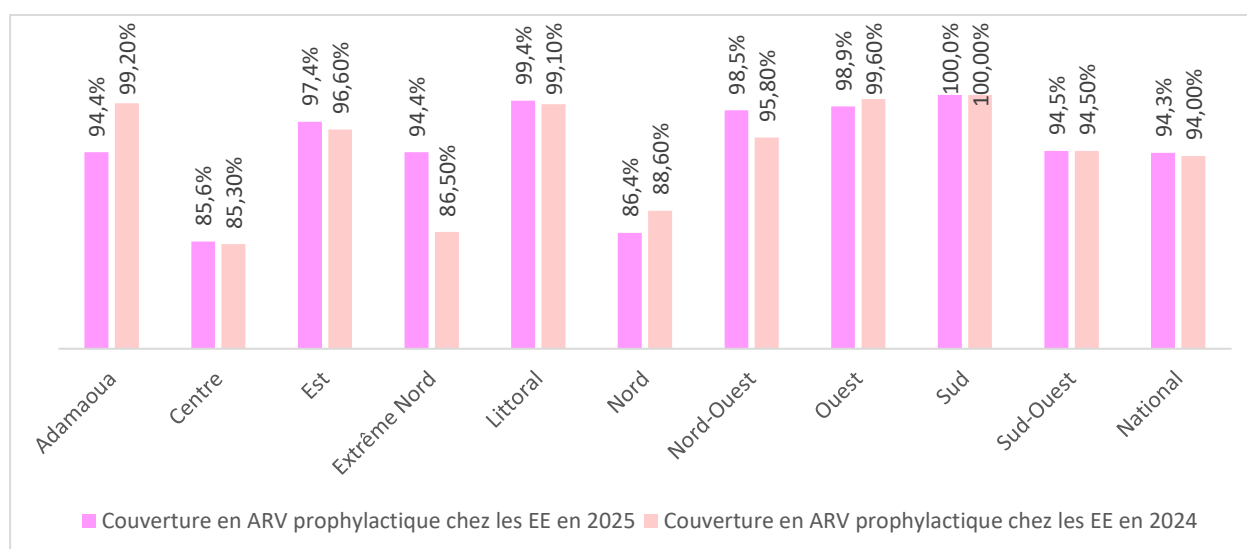
Tableau 15: Couverture en prophylaxie ARV des enfants exposés selon la région

Régions	Nombre d'EE identifiés	Nombre d'EE sous NVP	Couverture en ARV prophylactique chez les EE en S1 2025
Adamaoua	373	352	94,4%
Centre	1 130	967	85,6%
Est	529	515	97,4%
Extrême Nord	213	201	94,4%
Littoral	900	895	99,4%
Nord	280	242	86,4%
Nord-Ouest	470	463	98,5%
Ouest	445	440	98,9%

Régions	Nombre d'EE identifiés	Nombre d'EE sous NVP	Couverture en ARV prophylactique chez les EE en S1 2025
Sud	305	305	100,0%
Sud-Ouest	363	343	94,5%
National	5 008	4 723	94,3%

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

Le graphique 15 compare les performances régionales de la couverture en ARV prophylactique entre le premier semestre 2024 et le premier semestre 2025. Globalement, la couverture n'a pas connu d'amélioration significative au niveau national. Cependant, certaines régions montrent des variations notables : la majorité des régions ont enregistré une légère amélioration de la couverture en ARV prophylactique, tandis que l'Adamaoua (94,4 % vs 99,2 % en S1 2024), l'Extrême-Nord (94,4 % vs 86,5 % en S1 2024) et le Nord-Ouest (98,5 % vs 95,8 % en S1 2024) présentent une légère baisse.



Graphique 15: Evolution de la couverture en ARV prophylactique par région

II.2. Couverture de l'offre de dépistage chez l'enfant exposé

II.2.1. Offre de dépistage par PCR

Dans le cadre du suivi de l'évolution du statut VIH des enfants exposés (EE), un premier test de dépistage par PCR est recommandé entre 6 et 8 semaines. Les résultats nationaux, présentés dans le tableau 16, montrent que certaines régions affichent des performances inférieures à la moyenne nationale en termes de couverture : l'Adamaoua (85,3 %), le Littoral (86,7 %), le Nord (83,6 %), le Sud (72,8 %) et le Sud-Ouest (82,6 %).

Le taux de positivité des EE au niveau national s'élève à 3,7 %, légèrement supérieur à celui du S1 2024 (3 %) et au-dessus du seuil de 2 % fixé par la stratégie nationale pour l'élimination de la transmission mère-enfant (TME). Les régions du Nord (6,4 %), de l'Est (6,7 %) et du Centre (5,2 %) présentent les taux les plus élevés et constituent des zones prioritaires pour le programme. À

l'échelle des districts, certaines zones se distinguent par des taux de séropositivité particulièrement élevés, atteignant 13,63 % à Ngong et 8,18 % à Batouri.

Tableau 16: Nombre d'EE ayant bénéficié d'un examen de PCR pour le diagnostic précoce du VIH

Régions	Nbre d'EE identifiés	Nbre d'EE ayant bénéficié d'une PCR (6 et 8 semaines et après 8 semaines)	Couverture en PCR1	Nbre d'EE positifs	Taux de positivité à la PCR
Adamaoua	373	318	85,3%	7	2,2%
Centre	1 130	1 162	102,8%	61	5,2%
Est	529	534	100,9%	36	6,7%
Extrême-nord	213	305	143,2%	10	3,3%
Littoral	900	780	86,7%	16	2,1%
Nord	280	234	83,6%	15	6,4%
Nord-ouest	470	455	96,8%	12	2,6%
Ouest	445	397	89,2%	9	2,3%
Sud	305	222	72,8%	5	2,3%
Sud-ouest	363	300	82,6%	3	1,0%
National	5 008	4 707	94,0%	174	3,7%

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

II.2.2. Offre de la sérologie chez les enfants exposés

Le taux de séropositivité à la sérologie chez les enfants exposés est globalement faible au niveau national, s'établissant à 1,5 % (47 sur 3 090). Toutefois, des disparités régionales existent : les régions du Nord (2,8 %), du Nord-Ouest (2,2 %) et de l'Est (2,4 %) présentent les taux les plus élevés, supérieurs à la moyenne nationale.

Tableau 17: Situation des résultats de la sérologie selon la région

Régions	Nombre d'enfant exposés ayant bénéficié d'un test de sérologie à 18 mois	Nombre d'enfants exposés positifs à la sérologie	Taux de séropositivité à la sérologie
Adamaoua	237	4	1,7%
Centre	836	8	1,0%
Est	248	6	2,4%
Extrême-nord	211	4	1,9%
Littoral	497	9	1,8%
Nord	213	6	2,8%
Nord-ouest	182	4	2,2%
Ouest	260	2	0,8%
Sud	181	2	1,1%
Sud-ouest	225	2	0,9%
National	3 090	47	1,5%

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

II.3 Mise sous TARV des EE identifiés VIH+

Le nombre d'enfants exposés (EE) positifs à la PCR ayant initié le traitement (111 sur 174) est supérieur à celui des EE positifs à la sérologie ayant commencé le traitement (33 sur 47), correspondant à une couverture nationale de 63,7 % pour les PCR et 70,2 % pour la sérologie. Certaines régions affichent de bonnes performances, tandis que d'autres accusent un retard notable. C'est notamment le cas de la région du Centre, qui présente les couvertures les plus faibles et inférieures à la moyenne nationale, avec seulement 42,6 % des EE positifs à la PCR et 25 % des EE positifs à la sérologie ayant été mis sous traitement.

Tableau 18: Couverture en ARV chez les enfants exposés infectés selon la région

Régions	Nbre d'EE positifs (à la PCR)	Nbre d'EE positifs à la PCR qui ont initié le TAR	Couverture en TAR pour les EE dépistés positifs par PCR	Nbre d'enfants exposés positifs à la sérologie	Nbre d'EE positifs à la sérologie qui ont initié le TAR	Couverture en TAR pour les EE dépistés positifs par sérologie
Adamaoua	7	5	71,4%	4	6	1,7%
Centre	61	26	42,62%	8	2	25.0%
Est	36	25	69,44%	6	1	16.7%
Extrême-nord	10	7	70%	4	4	100.0%
Littoral	16	16	100%	9	5	55.6%
Nord	15	6	40%	6	4	66.7%
Nord-ouest	12	11	91,67%	4	6	150.0%
Ouest	9	7	77,78%	2	2	100.0%
Sud	5	5	100%	2	2	100.0%
Sud-ouest	3	3	100%	2	1	50.0%
National	174	111	63,79%	47	33	1,7%

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

En définitive, la mise en œuvre des interventions de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) au cours de ce semestre a mobilisé non seulement les FOSA, mais également l'ensemble des partenaires d'implémentation et les acteurs communautaires. Il convient de relever plusieurs points :

La couverture en consultations prénatales (CPN) demeure insuffisante à l'échelle nationale. La baisse du nombre de femmes enceintes consultant (FEC) observée depuis deux ans dans le septentrion se propage désormais à d'autres régions, nécessitant une investigation approfondie pour en identifier les causes.

La couverture en tests de dépistage chez les FEC a été limitée durant le semestre, en raison d'une rupture prolongée de TDR dans le pays. Il est indispensable de mobiliser tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement pour prévenir toute nouvelle rupture au cours du second semestre.

Les taux de coinfection syphilis/VIH restent élevés, malgré la dynamique nationale en faveur de la triple élimination. Plusieurs facteurs expliquent cette situation : l'absence de tests préqualifiés ou harmonisés pour les FOSA, l'absence d'un algorithme national pour le dépistage de la syphilis, et des lacunes dans l'assurance qualité des tests et de leur réalisation sur site.

La couverture en ARV prophylactique et en PCR chez les enfants exposés est globalement satisfaisante, mais doit être renforcée pour atteindre au moins 95 %.

Le taux de positivité des EE testés par PCR dépasse la limite fixée par le PSN pour l'élimination de la TME. Des actions doivent être menées pour assurer un lien rapide au traitement antirétroviral (TARV) des enfants identifiés VIH+ et pour garantir leur maintien dans le traitement.

Enfin, le suivi du lien au traitement ARV des EE infectés reste insuffisant. Il est nécessaire d'améliorer le cohort-monitoring mère-enfant et de veiller à l'intégration effective des EE infectés dans le traitement ARV.

Analyse FFOM :

Forces	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégration Systémique du programme dans les services de santé maternelle et infantile (SMNI). ✓ Dépistage systématique du VIH et la syphilis chez les FEC recues en CPN et SA à travers le duo test VIH&syphilis utilisé dans le cadre de l'implémentation de l'algorithme à trois tests ✓ Dépistage par PCR chez les nourissons exposés de 6 à 08 semaines ✓ Forte couverture en ARV prophylactique chez les enfants exposés
Faiblesses (F)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faible Couverture en Traitement : La couverture en traitement antirétroviral (ARV) chez les femmes enceintes séropositives et leurs enfants reste relativement faible. ✓ Problèmes de Rétention : Des difficultés de suivi des couples mère-enfant et un déficit de rétention dans le système de soins après l'accouchement persistent, ✓ Faible couverture en test de l'HVB chez les FEC ✓ Faible couverture en, examen de charge virale chez les FEC/FA ✓ Faible couverture en ARV chez les mères et chez les enfants
Opportunités (O)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Présence et implications des acteurs communautaires (ASC, OBC) ✓ CSU
Menaces (M)	<p>Échec de l'Élimination : La combinaison d'une faible couverture thérapeutique et de la non-rétention des mères et des enfants dans les soins menace directement l'atteinte de l'objectif d'élimination de la TME. Transmission Verticale : Les enfants exposés perdus de vue sans prophylaxie ou traitement ARV adéquat courent un risque élevé de séroconversion, annulant les efforts de dépistage.</p>

Information stratégique

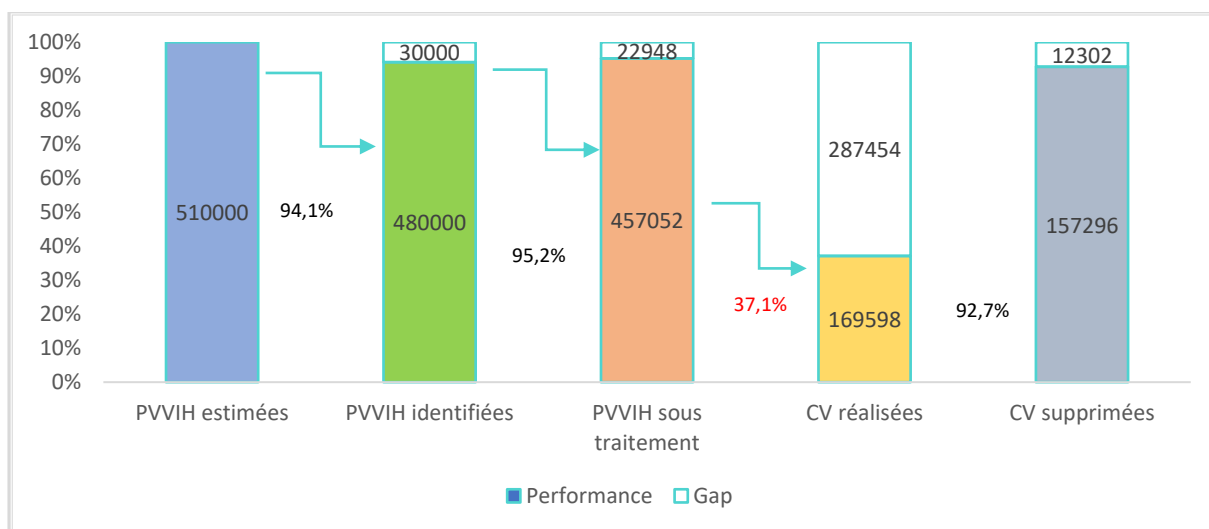
- ✓ La couverture programmatique en traitement ARV reste relativement faible chez les FEC (77,3%) et chez les enfants (63,79%).
- ✓ Baisse continue de la fréquentation de la CPN de façon globale et dans quasiment toutes les régions ;

- ✓ Couverture programmatique évolutive en tests de dépistage du VIH (85,4%) et la syphilis chez les FEC (62,3%) mais des efforts sont encore à faire dans les régions de l'Adamaoua, Centre, Est, Extrême-Nord, Littoral et Nord.
- ✓ Baisse progressive de la séropositivité du VIH chez les FEC dans quasiment toutes les régions mais une attention particulière doit encore être accordée dans les régions de l'Adamaoua et du Centre
- ✓ Environ 18000 FEC référées de la communauté pour le dépistage en fosa par les ASCP et les OBCs (12 022 par les ASCP et le reste par les OBCs)
- ✓ Faible couverture en dépistage de l'HVB chez les FEC/FA et Le taux de co-infection VIH/HVB (4,7%) reste élevé, des efforts doivent être faits dans ce sens pour optimiser l'identification des cas.
- ✓ Très faible couverture en examen de CV chez les FEC (26%)
- ✓ Bonne couverture programmatique en examen de PCR (94%) et en ARV prophylactique chez les enfants exposés (94%)
- ✓ Les régions de l'Est (2,4%), Nord (2,8%), et Nord-Ouest (2,2%) sont des régions avec une forte séropositivité chez les enfants dépistés par sérologie à 18 mois

Chapitre 4 : Amélioration de la qualité de vie des PvVIH grâce à une meilleure prise en charge globale

- **Cascade de traitement du VIH**

Le résumé de la cascade des interventions de prise en charge globale des PvVIH au terme du 1^{er} semestre 2025 fait état de : 94,1% (480 000/510 000) PvVIH estimées qui connaissent leur statut. Parmi elles, 95,2% (457 052/480 000) sont sous TARV. Concernant l'examen de charge virale, 37,1% (169 598/457 052) d'entre elles ont réalisé un examen au cours du semestre représentant une amélioration de 12,6 points par rapport à S1 2024 et le taux de suppression était de 92,7%.



Graphique 16: Cascade programmatique globale de suivi des PvVIH

Connaissance du statut : Elle est estimée à 94,1% au niveau national au terme du semestre. Cette performance fait suite à la révision des estimations sur le VIH. En effet, le pays après la réalisation de l'exercice des estimations en début de semestre a procédé avec l'appui de l'ONUSIDA et l'ensemble des partenaires techniques à la revue des données et paramètre du modèle SPECTRUM.

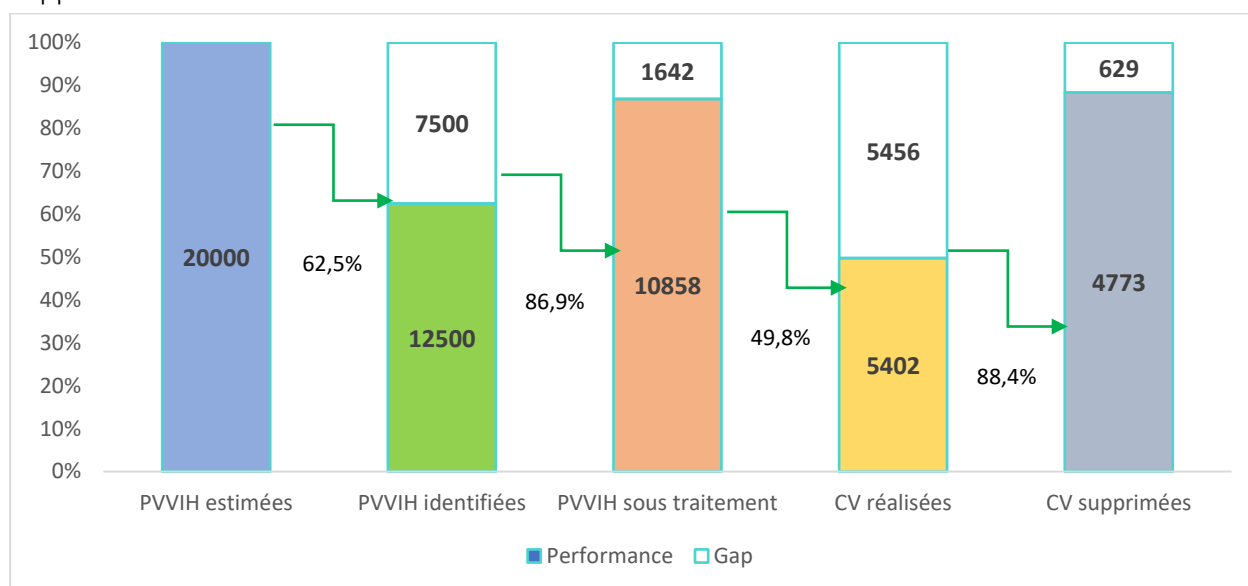
Mise sous TARV : Elle est de 95,2% au niveau national. Seules les régions du Centre (92,3%), du Littoral (93,8%), du Nord (93,8%) et du Sud-Ouest (93,6) ont des performances en deçà de la performance nationale.

Réalisation de la Charge Virale : Elle reste le « ventre mou » de la prise en charge globale des PvVIH. En effet, il est rapporté seulement 37,1% de Charges Virales réalisées au cours du semestre. Avec des régions telles que l'Adamaoua (0,8%), le Littoral (22,2%) et le Nord (25,1%) qui affichent des performances largement inférieures à la moyenne nationale.

Suppression de la charge virale : Elle est de 92,7% au niveau national. Plusieurs régions affichent des performances prometteuses. Seules les régions Du nord (87,4%) et de l'Est (88,7%) et du Sud (88,8%) sont à la traîne.

- **Cascade de traitement du VIH chez les enfants (moins de 15 ans)**

Les interventions multiformes dans la prise en charge pédiatrique ont permis d'accroître l'identification des enfants vivants avec le VIH. Ainsi, comme présenté dans le graphique 17, un peu plus du quart de ces enfants connaissent désormais leur statut (62,5%). Parmi ceux qui connaissent leur statut, 86,9% (10 858/12 500) sont sous traitement ARV. Parmi les enfants ayant fait l'examen de la charge virale au cours de la période, 88,4% (4 773/5 402) ont une charge virale supprimée.



Graphique 17: Cascade programmatique globale de suivi des PvVIH de moins de 15 ans

I. Prise en charge des PvVIH par les ARV

I.1. Lien dans la population générale direct et indirect au TARV

Le lien direct au TARV est de 89,1 % au niveau national, en légère baisse de 0,2 point par rapport à S1 2024 (89,3 %). Trois régions affichent un taux inférieur à la moyenne nationale : le Littoral (81,6 %), le Sud-Ouest (84,6 %) et le Centre (87,1 %). La région de l'Adamaoua enregistre le taux le plus élevé avec 97,5 %, suivie du Sud (95,4 %) et de l'Est (94,0 %).

Concernant le lien indirect, il s'établit à 101,2 % au niveau national. Ce dépassement s'explique par l'intégration de patients déjà informés de leur statut sérologique positif mais non encore liés au traitement au moment du dépistage. Les régions du Centre (107,6 %), de l'Adamaoua (105,3 %) et de l'Est (104,9 %) présentent les taux les plus élevés de lien indirect.

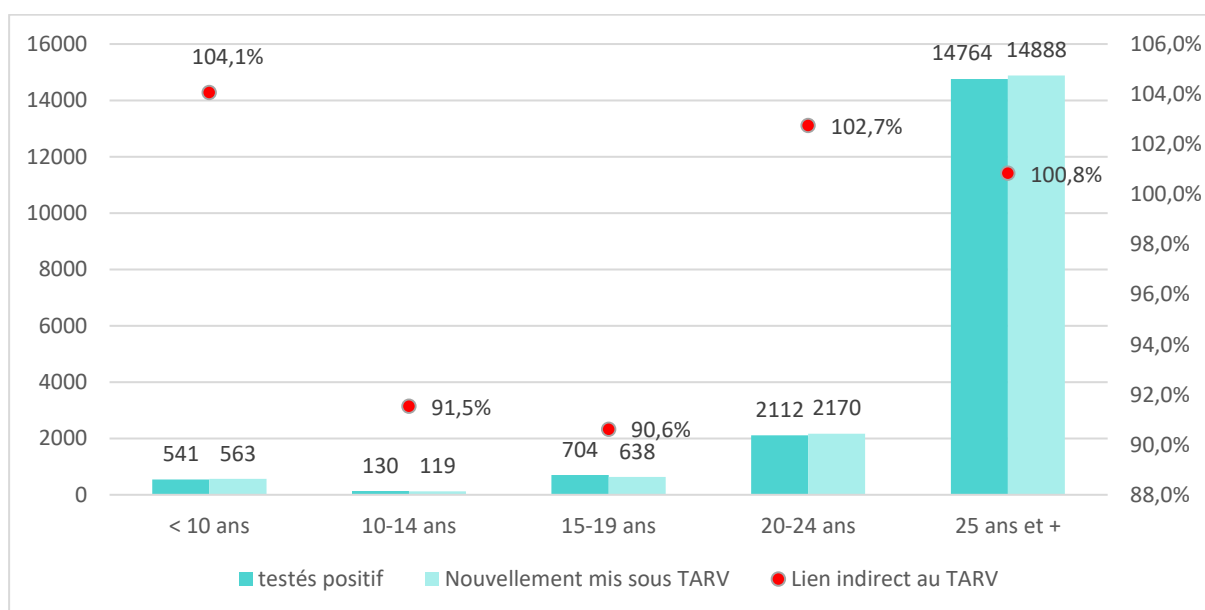
Tableau 19: Lien direct et indirect au TARV par région

Régions	Nbre personnes testées positives	Nbre de personnes testées positives mises sous TARV	Nbre de nouvelles initiations	Linkage direct	Linkage indirect
Adamaoua	1484	1447	1563	97,5%	105,3%
Centre	4575	3986	4924	87,1%	107,6%
Est	2321	2182	2435	94,0%	104,9%
Extrême-Nord	1415	1272	1389	89,9%	98,2%
Littoral	2867	2340	2802	81,6%	97,7%
Nord	1409	1281	1394	90,9%	98,9%
Nord-Ouest	827	725	777	87,7%	94,0%
Ouest	1063	961	1024	90,4%	96,3%
Sud	1195	1140	1224	95,4%	102,4%
Sud-Ouest	1107	936	943	84,6%	85,2%
National	18263	16270	18475	89,1%	101,2%

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

- Lien indirect au TARV selon l'âge

Le graphique ci-dessous présente le lien indirect au TARV en fonction des différentes classes d'âges. On constate qu'il est globalement très élevé montrant ainsi qu'un certain nombre de PvVIH identifiées avant ce semestre ont été enrôlées au traitement ARV.

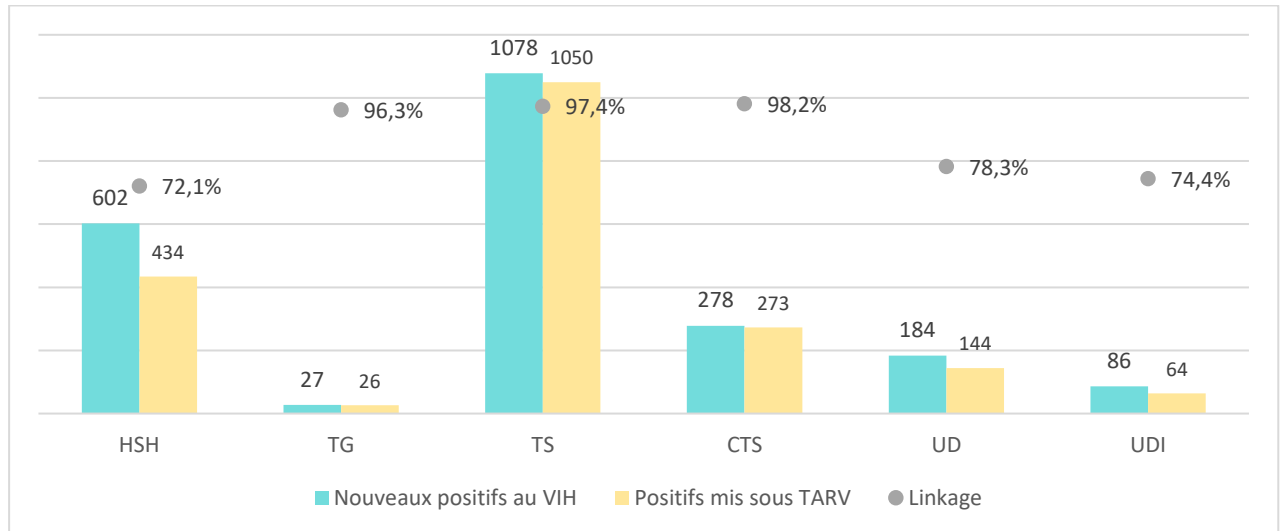


Graphique 18: Lien indirect au TARV en fonction de l'âge

- Lien au TARV chez les populations clés et vulnérables

D'après les données collectées auprès du partenaire communautaire CARE, au premier semestre 2025, le lien au TARV chez les populations clés et vulnérables est relativement faible excepté chez les CTS (98,2%), les TS (97,4%) et les TG (96,3%).

Cette tendance souligne les obstacles persistants auxquels se heurtent d'autres populations clés, en particulier les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (MSM) et les usagers de drogues (UDI/UD), pour accéder au traitement antirétroviral et le mettre en place après le diagnostic de séropositivité. Le renforcement de la sensibilisation par les pairs, l'amélioration de la confidentialité aux points de prestation de services et le développement de modèles de prestation de services différenciés restent essentiels pour améliorer l'accès et la rétention au traitement antirétroviral au sein de ces groupes.

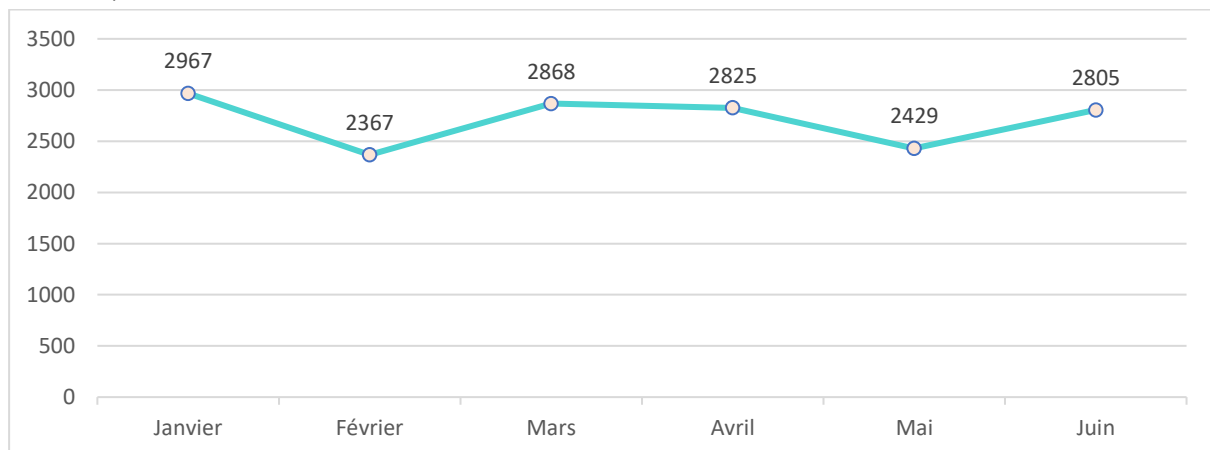


Graphique 19: Lien au traitement chez les populations clés

I.2. Mise sous traitement des PvVIH

I.2.1. Evolution mensuelle des nouvelles initiations

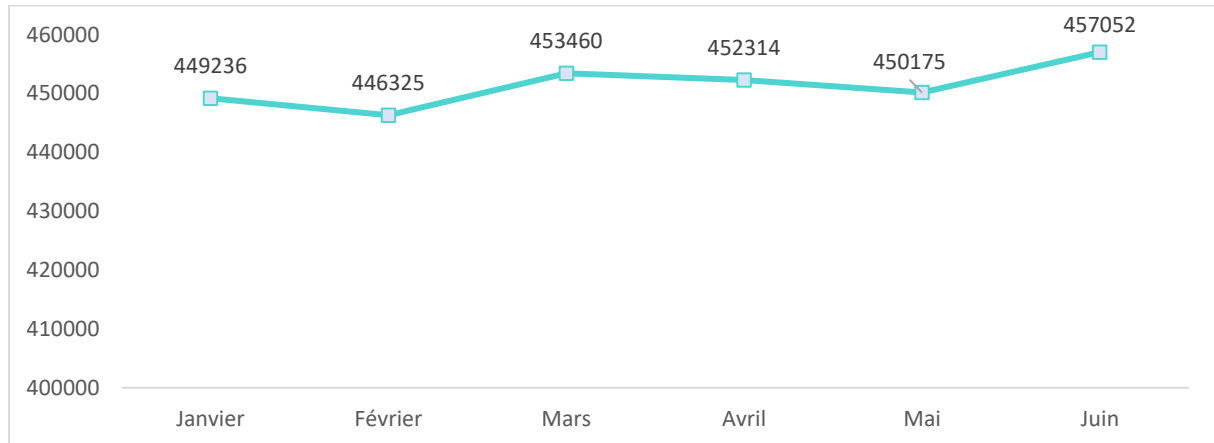
Durant le semestre, la tendance des nouvelles initiations au TARV a été marquée par une baisse notable en février, suivie d'un rebond en mars, puis d'une fluctuation modérée au second trimestre. Le nombre le plus élevé d'inclusions a été observé en janvier (2 967), tandis que le plus faible a été enregistré en février (2 367). La moyenne mensuelle des initiations sur la période est de 2 692, soit une baisse par rapport à la moyenne de 3 040 observée au premier semestre de l'année précédente.



Graphique 20: Evolution des nouvelles initiations de janvier à juin 2025

1.2.2. Evolution mensuelle de la file active nationale

Le graphique 21 illustre l'évolution de la file active au cours du premier semestre 2025. On observe une tendance globalement haussière, marquée par une légère baisse en février (446 352) suivie d'une reprise progressive jusqu'en juin (457 052). La file active passe ainsi de 449 236 en janvier à 457 052 en juin, soit une croissance modérée de 1,7 % sur la période. Contrairement à l'année précédente, aucune chute brutale n'est observée en début de semestre, ce qui montre une stabilisation progressive des suivis et une meilleure rétention des patients sous TARV.



Graphique 21: Evolution de la file active en fonction de la cible de janvier à juin 2025

1.2.3. File active par sexe et par âge selon les régions

Le tableau 20 présente la répartition de la file active des PvVIH adultes et enfants (moins de 15 ans) sous traitement ARV ainsi que les poids de distribution par région. Il en ressort que la file active des enfants représente désormais 2,4 % (10 858/456 733) de la file active nationale, soit une légère baisse de 0,1 point par rapport au semestre précédent. Les régions du Centre (21,5 %), du Nord-Ouest (12,1 %) et du Littoral (11,1 %) concentrent les plus fortes proportions d'enfants sous TARV.

En ce qui concerne le poids régional dans la file active nationale, le Centre (25,6 %) demeure en tête, suivi du Littoral (15,8 %) et du Nord-Ouest (9,5 %). Les régions du Sud (5,8 %) et de l'Adamaoua (5,8 %) conservent les poids les plus faibles, bien qu'en légère hausse par rapport au semestre 1, 2024.

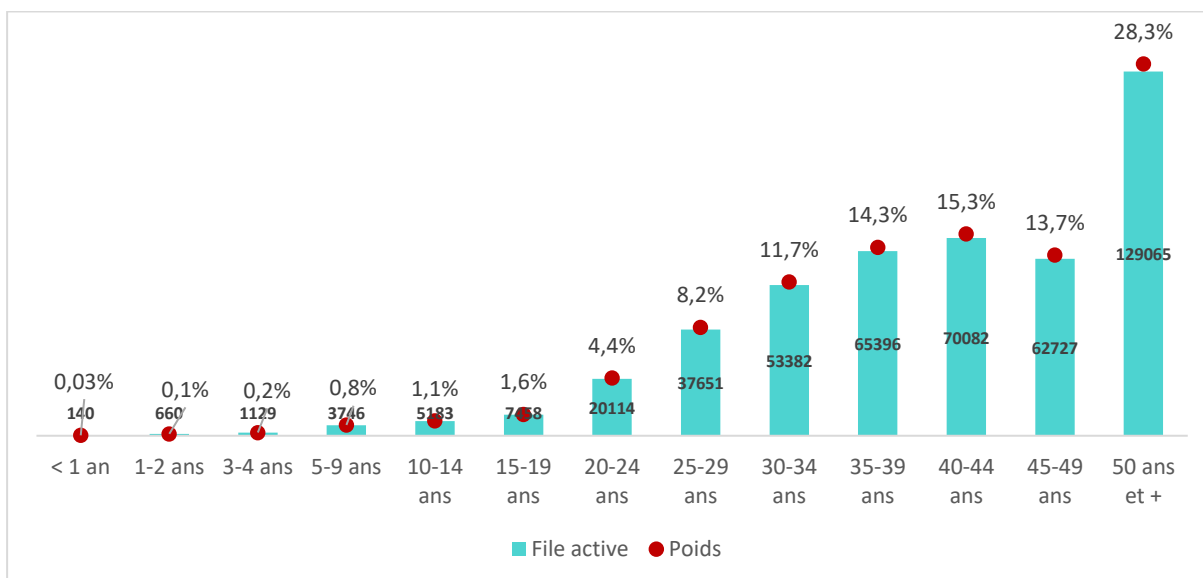
Tableau 20: Répartition de la file active par région

Régions	Adultes	Enfants	Total	% enfants	Poids région
Adamaoua	25 858	782	26640	7,2%	5,8%
Centre	113950	2331	116281	21,5%	25,6%
Est	38778	1171	39949	10,8%	8,7%
Extrême-Nord	29030	1138	30168	10,5%	6,5%
Littoral	70479	1204	71683	11,1%	15,8%
Nord	28834	851	29685	7,8%	6,5%
Nord-Ouest	42528	1318	43846	12,1%	9,5%
Ouest	33868	779	34647	7,2%	7,6%

Régions	Adultes	Enfants	Total	% enfants	Poids région
Sud	25698	581	26279	5,4%	5,8%
Sud-Ouest	36852	703	37555	6,5%	8,3%
National	445 875	10858	456733	100,0%	100,0%

Source : DHIS2/Minsanté, Août 2025

La distribution de la file active des PvVIH sous TARV par tranche d'âges est illustrée dans le graphique 22. On observe que le poids des tranches d'âge augmente progressivement jusqu'à atteindre un pic dans la tranche 40–45 ans, qui représente 28,3 % de la file active nationale. Les tranches comprises entre 25 et 45 ans concentrent à elles seules plus de 70 % des patients, confirmant une tendance marquée vers le vieillissement de la file active. Cette évolution souligne l'importance croissante des besoins en prise en charge des comorbidités et des maladies avancées, notamment dans les groupes d'âge les plus exposés. Les tranches pédiatriques (<15 ans) restent marginales, représentant moins de 10 % de la file active totale.



Graphique 22: Distribution par âge de la file active au 30 juin 2025

II. Suivi en routine des PvVIH sous TARV

II.1. Dispensation du traitement ARV aux PvVIH par les stratégies différenciées (DSD)

Dans le cadre de l'atteinte du contrôle de l'épidémie, la stratégie nationale de lutte contre le VIH prévoit des approches centrées sur la personne pour une meilleure prestation de services. La différenciation dans la dispensation des ARV apparaît ainsi comme une aubaine pour le programme. Elle contribue à l'augmentation de l'observance, de la satisfaction et à l'autonomisation des PvVIH. De façon générale on distingue parmi les modèles différenciés ceux qui sont intensifs et ceux qui sont moins intensifs.

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 classés en quatre catégories :

- Le modèle individuel dans les formations sanitaires ;
- Le modèle de groupe dans les formations sanitaires ;
- Le modèle individuel en communauté ;
- Le modèle de groupe en communauté.

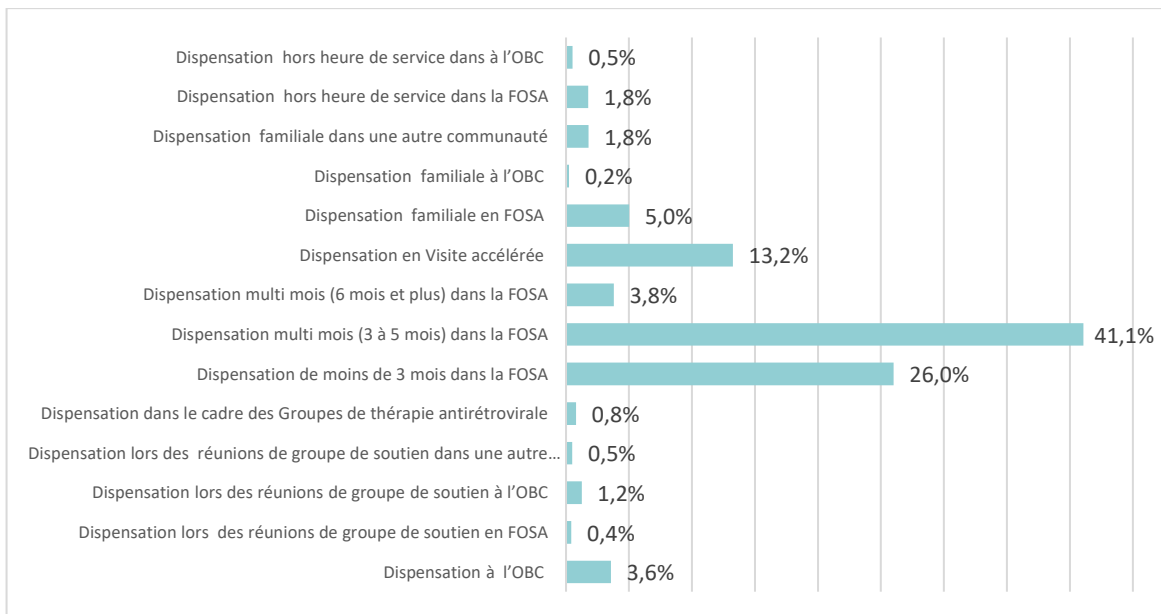
Tableau 21: classification des modèles moins intensifs de TARV différencié adoptés au Cameroun

	Formation sanitaire	Communauté
Individuel	<ul style="list-style-type: none"> - Circuit rapide de dispensation - Visite accélérée - Dispensation multi mois - Dispensation hors heures/jours de service - Dispensation par expédition 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispensation à domicile - Dispensation dans les PODIC (OBC) - Dispensation en officine
Groupe	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de soutien (club d'observance) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispensation familiale - Groupe de soutien - Groupe communautaire TARV

Source : Guide opérationnel de la prestation des services différenciés 2023

II.1.1. PvVIH enrôlées au DSD

Les informations relatives aux différents modèles de traitement différencié ont été collectées et rentrées dans le système usuel de collecte des données. Il est à noter que ce circuit de remontée des données relatives à la dispensation en modèles DSD est nouveau et n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation surtout en termes de qualité des données. Néanmoins, selon les données collectées qui correspondent au 2^e trimestre 2025, le modèle de dispensation différencié le plus utilisé est la dispensation multi mois (3 à 5 mois dans la FOSA (41,1%).



Graphique 23: Répartition des PvVIH sous traitement ARV selon le modèle de dispensation différencié

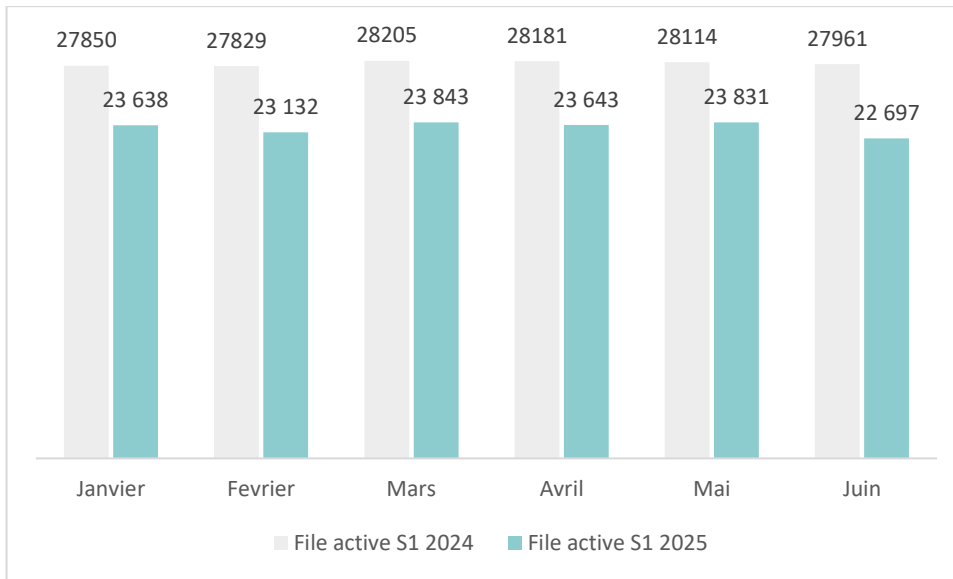
II.1.2. Dispensation communautaire des ARV dans les OBC

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 23 donne un aperçu comparatif de la tendance évolutive de la file active des patients orientés vers les OBC pour la dispensation communautaire au cours des 1^{ers} semestres 2024 et 2025. On constate que la file active des OBC au premier semestre 2025 est nettement inférieure à celle du premier semestre 2024. Cette tendance à la baisse est régulière sur tous les mois analysés, avec une perte moyenne d'environ 4 800 patients par mois.

Cette diminution pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Décrochage des patients sous traitement (perte de suivi).
- La saisie des données directement dans le DHIS2 par les points focaux APS.
- Migration des patients vers d'autres structures ou circuits de soins.

Cette tendance mérite une analyse approfondie, car elle traduit tout comme le suivi en FOSA une érosion de la file active qui pourrait compromettre les performances du programme VIH si elle n'est pas corrigée.



Graphique 24: Evolution de la file active des PvVIH dispensées au sein des OBC

Au niveau régional, l'effectif des patients enrôlés à la dispensation communautaire est similaire à la dispensation globale. En effet, la proportion des patients dispensés à l'OBC est plus élevée dans les régions du Centre (37,5%) et du Littoral (21,7%). Le tableau 26 présente une tendance à la baisse également constante comme dans le cas de la situation nationale.

L'analyse régionale de la file active démontre que la diminution de la file active des OBC au cours du premier semestre 2025 est structurelle et généralisée à toutes les régions, mais elle est plus accentuée dans les grands bassins de patients (Centre, Littoral).

Tableau 22: Evolution régionale de la file active enrôlée dans les OBC

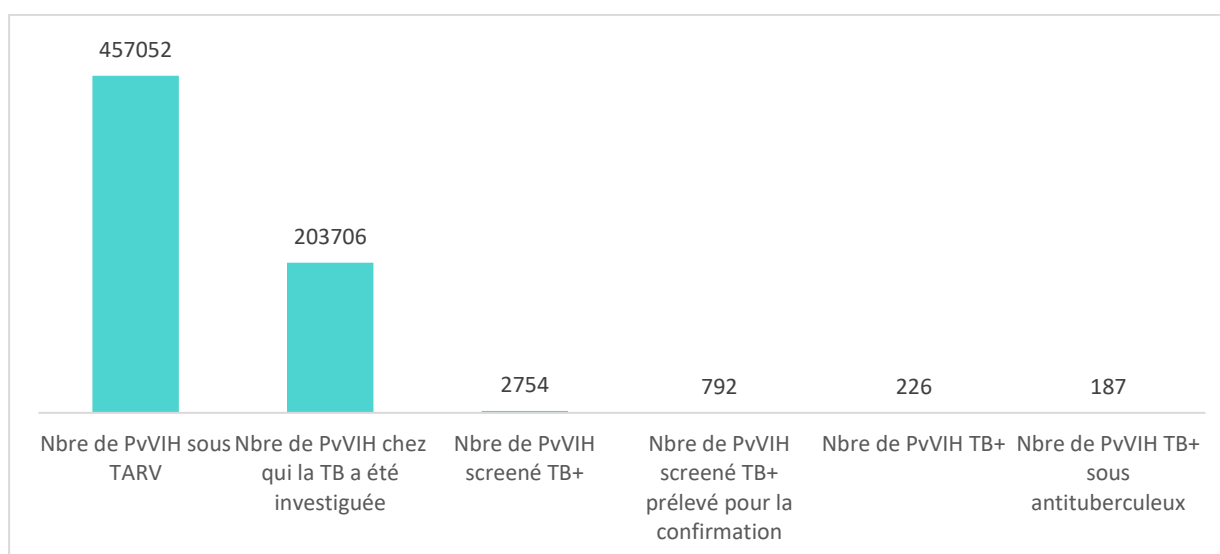
Régions	janv-25	févr-25	mars-25	avr-25	mai-25	juin-25
Adamaoua	1 066	1 075	1 055	1 044	1 047	1 049
Centre	8 311	7 658	8 320	8 013	7 583	7 687
Est	2 497	2 505	2 525	2 636	2 658	2 401
Extrême-Nord	1 183	1 183	1 199	1 184	1 184	1 185
Littoral	5 678	5 720	5 758	5 782	5 792	5 802
Nord	990	1 021	1 038	948	964	1 039
Nord-Ouest	1 484	1 491	1 481	1 458	1 496	570
Ouest	1 345	1 345	1 347	1 347	1 345	1 345
Sud	195	223	205	194	194	292
Sud-Ouest	889	911	915	1 037	1 568	1 327
National	23 638	23 132	23 843	23 643	23 831	22 697

Source : DHIS2

II.2. Surveillance et prise en charge de la coïnfection TB/VIH

II.2.1. Recherche de la Tuberculose chez les PvVIH

Au cours de la période, seulement 44,6% des PvVIH sous traitement ont bénéficié de la recherche clinique de la tuberculose, une chute de 32,2% par rapport au premier semestre 2024 et de 3,8% par rapport à S1 2023. Au total, 2 754 PvVIH (1,4%) ont été screenées positives à la tuberculose, 792 PvVIH ont été prélevées pour l'examen de confirmation (soit 28,8%). Parmi ces dernières, 226 ont été diagnostiquées positives soit 28,5%, ce taux est supérieur au 12,0% obtenu en S1 2024. Une attention particulière est donc à mettre dans le prélèvement des PvVIH screenées TB+ ainsi que le nombre d'examens de confirmation des cas.



Graphique 25: Cascade nationale de dépistage de la TB chez les PvVIH en S1 2025

II.2.2. Prise en charge des nouvelles PvVIH sous TARV par le traitement préventif de la tuberculose

Dans le cas très particulier des PvVIH nouvellement enrôlées au traitement ARV, l'évaluation de la recherche des signes évocateurs de la tuberculose s'est faite dans un échantillon de FOSA a grande volume de file active lors des ateliers de validation régionale des données de prise en charge globale. À cet effet, sur 8 467 PvVIH nouvellement mise sous ARV durant le premier semestre dans ces FOSA, 8 416 ont fait l'objet de l'investigation des signes de la tuberculose soit 99,4%. Le tableau 23 montre que les régions de l'Ouest et du Sud ont réussi l'exploit d'investiguer les signes de la tuberculose chez tous les nouveaux patients enrôlés au TARV. Toutes autres régions affichent une performance supérieure à 95%.

Tableau 23: Situation de la recherche des signes évocateurs de la TB au niveau national et régional

Région	Nbre de nouveaux patients sous TARV ayant bénéficié de la recherche des signes de la TB	Nbre de nouveaux patients sous TARV	Performance (%)
Adamaoua	656	657	99,9
Est	963	971	99,2
Extrême-Nord	811	835	97,1

Région	Nbre de nouveaux patients sous TARV ayant bénéficié de la recherche des signes de la TB	Nbre de nouveaux patients sous TARV	Performance (%)
Littoral	1821	1823	99,9
Nord	725	726	99,9
Nord-Ouest	702	708	99,2
Ouest	492	492	100,0
Sud	1590	1590	100,0
Sud-Ouest	656	665	98,7
Nationale	8416	8467	99,4

Source : Registre TARV

En définitive, la prise en charge globale a permis d'augmenter le nombre de cas de personnes vivant avec le VIH à mettre sous traitement ARV et à assurer un suivi dans la prise quotidienne des médicaments. Quelques challenges sont à signaler notamment :

- Un gap dans l'identification du statut VIH chez les enfants vivant avec le VIH à résorber ;
- Une faible couverture en examens de la charge virale tant au niveau global que chez les enfants
- La tendance constante de la dispensation des ARV au niveau des OBC

II.3. Prise en charge des maladies avancées

La prise en charge des personnes vivant avec le VIH en stade avancé a représenté un enjeu majeur dans la réponse nationale au cours de ce semestre. Les MAV, souvent associées à une immunodépression sévère et à des comorbidités opportunistes telles que la cryptococcose, la tuberculose ou les infections bactériennes graves, continuent de contribuer significativement à la morbi-mortalité liée au VIH.

Dans une logique d'amélioration continue de la qualité des soins, le suivi des interventions liées aux MAV permet de documenter les étapes clés du parcours clinique : le dépistage ciblé, le diagnostic, la mise sous traitement et l'évolution thérapeutique. Cette section présente les données consolidées pour la période de janvier à juin 2025, en mettant en lumière les volumes de patients pris en charge, les pathologies identifiées, ainsi que les réponses thérapeutiques apportées dans les différentes régions.

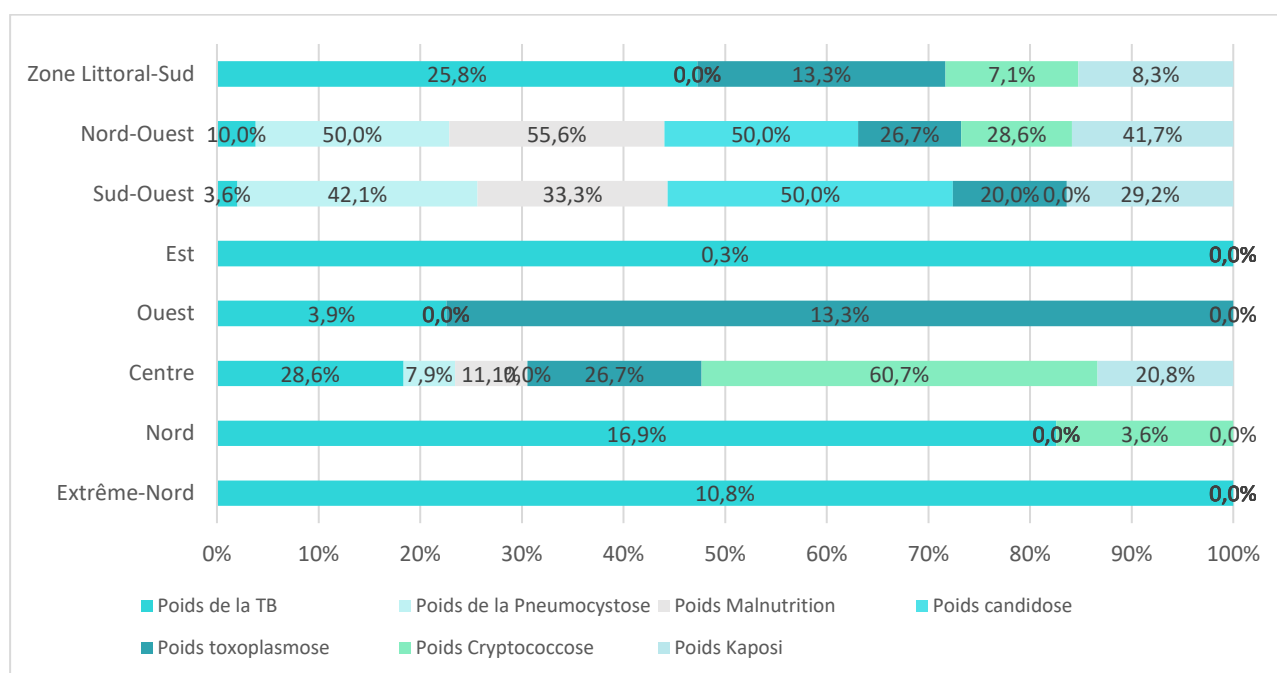
Au cours du premier semestre 2025, selon les données rapportées sur les maladies avancées, 273 679 personnes ont bénéficié d'un screening en FOSA et 23 048 en communauté. Parmi ceux-ci, on dénombre 1 174 cas positifs à une MAV en FOSA ainsi que 80 suspects positifs en communauté. On note également 46 PVIH au stade avancé de la maladie qui ont bénéficié d'un test de CD4.

Tableau 24: Répartition du nombre de cas diagnostiqués par région

Régions	Nbre de cas diagnostiqués de TB	Nbre de cas diagnostiqués de pneumocystose	Nbre de cas diagnostiqués de malnutrition	Nbre de cas diagnostiqués de candidose	Nbre de cas diagnostiqués de toxoplasmose	Nbre de cas diagnostiqués de cryptococcose	Nbre de cas diagnostiqués de Kaposi
Extrême-Nord	39	/	/	/	/	/	/

Nord	61	/	/	/	/	1	/
Centre	103	3	1	/	4	17	5
Ouest	14	/	/	/	2	/	/
Est	1	/	/	/	/	/	/
Sud-Ouest	13	16	3	1	3	/	7
Nord-Ouest	36	19	5	1	4	8	10
Zone littoral-Sud	93	/	/	/	2	2	2
National	360	38	9	2	15	28	24

Le tableau 24 montre une répartition régionale contrastée des pathologies classantes MAV, avec une forte concentration de cas de tuberculose dans les régions du Centre (103 cas), le Littoral et Sud (93), le Nord (61 cas) et le Nord-Ouest (36 cas), traduisant une charge élevée et probablement une meilleure capacité de dépistage dans ces zones. Les autres pathologies opportunistes comme la pneumocystose, la cryptococcose et le sarcome de Kaposi sont principalement diagnostiquées dans le Nord-Ouest, le Sud-Ouest et le Centre, tandis que plusieurs régions telles que l'Extrême-Nord, l'Est et l'Ouest enregistrent zéro cas pour la majorité des pathologies.



Graphique 26 : Poids des MAV par région Janvier – Juin 2025

Le graphique suivant révèle le poids de chacune des affections répertoriées ventilé par régions. L'analyse de ces données démontre une distribution hétérogène des infections opportunistes et comorbidités liées au VIH selon les régions.

- La tuberculose et la cryptococcose demeurent les pathologies les plus préoccupantes au niveau national, avec une charge particulièrement élevée dans les régions du Centre (38,6%) et du Nord (22,8%).
- La malnutrition et la candidose dominent dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, traduisant une vulnérabilité nutritionnelle accrue et un poids important des affections fongiques.
- Certaines régions telles que l'Est et l'Extrême-Nord présentent des données très limitées, suggérant davantage une sous-déclaration ou un déficit diagnostique qu'une réelle faible prévalence.

Globalement, ces résultats mettent en évidence :

1. Une forte charge des infections opportunistes graves du système nerveux central (cryptococcose et toxoplasmose), particulièrement au Centre et au Nord-Ouest.
2. Une prévalence persistante de la TB confirmant le besoin de renforcer l'intégration TB/VIH.
3. Une disparité régionale marquée, reflétant à la fois des contextes épidémiologiques différents et des capacités variables de diagnostic et de rapportage.

Tableau 25: Répartition du nombre de cas mis sous traitement par région

Régions	Nbre de cas mis sous traitement de TB (%)	Nbre de cas mis sous traitement de pneumocystose (%)	Nbre de cas mis sous traitement de malnutrition (%)	Nbre de cas mis sous traitement de candidose (%)	Nbre de cas mis sous traitement de toxoplasmose (%)	Nbre de cas mis sous traitement de cryptococcose (%)	Nbre de cas mis sous traitement de Kaposi (%)
Extrême-Nord	27 (69,2%)	/	/	/	/	/	/
Nord	61 (100%)	/	/	/	/	1 (100%)	/
Centre	103 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	/	4 (80%)	12 (70,6%)	5 (100%)
Ouest	7 (50%)	/	/	/	1 (50%)	/	/
Est	1 (100%)	/	/	/	/	/	/
Sud-Ouest	13 (100%)	16 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	3 (100%)	/	7 (100%)
Nord-Ouest	36(100%)	19(100%)	5 (100%)	1 (100%)	4 (100%)	8 (100%)	10 (100%)
Zone Littoral-Sud	84(90,3%)	/	/	/	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)
National	332(92,9%)	38 (100%)	9 (100%)	2 (100%)	14 (85,7%)	23 (84%)	24 (100%)

Concernant la prise en charge des affections, au niveau national, elle est remarquable pour les pathologies telles que le Kaposi (100%), les candidoses (100%) et les pneumocytoses (100%). Elle est élevée pour la Tuberculose (92,9%) et un peu moins pour les toxoplasmoses (85,7%) et les cryptococcoses (84%). Une analyse régionale révèle une faiblesse dans la prise en charge de la TB dans les régions de l'Ouest (50%) et de l'Extrême-nord (69,2%), mais aussi des toxoplasmoses dans les régions de l'Ouest (50%) et du Centre (80%).

II.4. Rétention des patients dans le système de soin

Au S1 2025, la rétention des patients sous ARV reste globalement satisfaisante (89,7 %) et au-dessus du seuil de performance (80 %). Toutefois, des disparités persistent entre régions : le Sud-Ouest et l’Ouest se distinguent par des résultats excellents, tandis que le Littoral, le Centre et le Nord affichent des niveaux plus faibles, nécessitant un suivi rapproché et des actions correctrices (amélioration du suivi des patients perdus de vue, renforcement de l’adhérence et de la qualité des services).

Tableau 26: Retention à 12 mois des cohortes de Janvier à Mars 2024

Régions	Eligible	Transféré	Décédé	Perdu de vue	Taux de rétention	Performance (seuil de 80%)
Adamaoua	412	19	12	20	91,9%	114,8%
Centre	1154	27	46	86	88,3%	92,9%
Est	287	17	9	8	93,7%	117,1%
Extrême-nord	536	32	30	8	92,5%	115,6%
Littoral	889	100	29	104	83,1%	103,9%
Nord	18	1	0	2	88,2%	92,9%
Nord-ouest	399	22	19	19	89,9%	94,7%
Ouest	454	10	20	2	95,0%	118,8%
Sud	/	/	/	/	/	/
Sud-ouest	114	0	0	2	98,2%	103,4%
National	4263	228	165	251	89,7%	94,4%

Source : rapports S1 2025 des régions

II.5. Suivi biologique des PvVIH sous traitement

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. Au cours du 1^{er} semestre 2025, seulement 37,1% de la file active a bénéficié d’un examen de charge virale. La région de l’Adamaoua est celle où la couverture en réalisation de charge virale est la plus faible (seulement 5,2% de CV rapportée).

Quant à la suppression virale, elle est de 93,5% au niveau national. Les régions avec les meilleurs taux sont : Le Sud-Ouest (99,7%), le Nord-Ouest (94,96%), l’Ouest (94,28%), et le Centre (94,35%). Les régions qui enregistrent une performance en deçà de 90% sont : l’Est (89,05%) et le Nord (88,30%).

Globalement, les performances montrent de l’efficacité du traitement lorsque les patients accèdent au test, mais l’enjeu principal reste la couverture de la charge virale.

Tableau 27: Couverture et suppression de la CV par région en S1 2025

Régions	File active	Nbre de PvVIH ayant bénéficié de CV	Couverture CV	Nbre de PvVIH ayant supprimé la CV	Taux de suppression (%)
Adamaoua	26640	1380	5,18%	1294	93,77%
Centre	116281	44153	37,97%	41660	94,35%
Est	39949	18385	46,02%	16371	89,05%
Extrême-nord	30168	12055	39,96%	11124	92,28%
Littoral	71683	17099	23,85%	15918	93,09%
Nord	29685	8596	28,96%	7590	88,30%
Nord-ouest	43846	16298	37,17%	15477	94,96%
Ouest	34647	15608	45,05%	14715	94,28%
Sud	26279	14888	56,65%	13279	89,19%
Sud-ouest	37555	21137	56,28%	21068	99,67%
National	456733	169599	37,13%	158496	93,45%

Source : Base de données des laboratoires

II.6. Gestion des approvisionnements et des stocks

Au cours du premier semestre de l'année 2025, dans le but d'assurer une couverture continue en médicaments et intrants VIH, plusieurs activités ont été menées conformément aux missions assignées à l'Unité GAS.

La quintessence de ces missions peut se décliner en quelques points saillants à savoir :

- ✚ L'inventaire et la réconciliation des stocks de l'année 2024 de la CENAME et des FRPS au cours du mois de janvier 2025 ;
- ✚ La réception de certains intrants acquis sous financement Fonds mondial à l'exemple du Water for injection 10ml, du First Response HIV 1-2.0 card test, du First Response HIV 1+2/Syphilis Combo et de certains intrants acquis sous FCP à l'exemple GXT NA Extraction kit CE/IVD de Biocentric ;
- ✚ La réunion intégrée CNLS/PNLP d'estimation des besoins en produits de santé VIH et de Paludisme au mois de mai 2025 à Kribi et qui a réuni plusieurs les acteurs de la chaîne d'approvisionnement (DPML, les partenaires, HEADA, EVIDENCE ACTION...) et pour le compte du GC7 qui avait pour objectif de ressortir les besoins en produits de santé VIH et la cartographie de financement disponible pour acquérir ces derniers ;
- ✚ Les réunions de coordination avec tous les acteurs centraux de la chaîne d'approvisionnement qui ont eu pour conséquences le partage de l'information liées aux intrants a tous les niveaux de la chaîne et renforcer la gestion des intrants ;
- ✚ Les missions de revues régionales des données avec les acteurs régionaux et périphériques en vue d'améliorer le rapportage des données de gestions dans les différents outils.

Un protocole d'accord a été signé 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) pour la réception, le

stockage et la distribution jusqu'aux points de prestation de service des intrants VIH acquis dans le cadre de la subvention.

- **ARVs et TDRs**

Le tableau ci-dessous présenté est un résumé de la situation des stocks CENAME pour la période allant de janvier à juin 2025. L'on peut constater qu'au cours du premier semestre 2025, nous n'avons enregistré aucune entrée de produit traceur. Les intrants annoncés dans le Pipe ont connu du retard à cause de la non disponibilité dans les délais de la nouvelle lettre d'exonération CENAME, ce qui dans la pratique n'a pas permis de déclencher les feux vert d'envoi au moment opportun. Nous pensons qu'au second semestre 2025, ce tableau connaîtra assez de modifications dans sa situation de stock.

Malgré certains produits traceurs en rupture au 30 juin 2025 à la CENAME, il y a lieu de préciser que ces produits étaient disponibles en région

Tableau 28: Quantité d'ARVs et de TDRs

Désignation du produit	Quantité initiale S1 2025	Quantités reçus S1 2025	Quantités au 30 juin 2025
ARVs			
ABC+3TC 120/60 mg Bte 30 Cp	23326	0	0
AZT+3TC 60/30 mg Bte 30 Cp 60	0	0	0
DTG 10mg Bte 90 Cp	0	0	0
TDF+3TC+EFV (300/300/400) mg Bte 30 Cp	0	0	0
TDF+3TC+EFV (300/300/400) mg 90 tab	0	0	0
TDF+3TC+DTG (300/300/50) mg Bte 30 Cp	606118	0	0
TDF+3TC+DTG (300/300/50) mg Bte 90 Cp	420330	0	0
LPV/r 100/25mg tab 60	0	0	0
NVP 10mg/ml oral susp 100ml	27432	0	18 372
ABC/3TC 600+300 mg Bte 30 Cp	5851	0	0
TDF/3TC 300+300 mg Bte 30 Cp	0	0	0
AZT/3TC 150+300 mg Bte 60 Cp	25758	0	0
ATV/r 300+100 mg Bte 30 Cp	111099	0	59 507
RTV 100 mg Cp Bte de 30	2268	0	0
DRV 600 mg Cp Bte de 60	1350	0	75
DTG 50 mg Cp Bte de 30	29212	0	0
CV et EID			
COBAS 5800	0	288	288
M2000	0	0	0

Désignation du produit	Quantité initiale S1 2025	Quantités reçus S1 2025	Quantités au 30 juin 2025
ALINITY	0	0	0
OPP	70	0	70
TDR			
HIV-1/2, Determine, 100 Tests	3220	0	0
Test de confirmation KHB	1884	1984	3668
First Response duo tests 3/68	0	19126	9758
One step HIV ½ tests	1151	1000	0
First Response Card HIV ½ tests 87/34	0	16762	4528
Détermine HBV	0	0	0

Source : Rapport UGAS/CNLS, 2025

- **La Coordination**

La tenue des réunions hebdomadaires, bi-mensuelles et trimestrielles avec les différents acteurs de la chaîne d’approvisionnement ont permis d’assurer la disponibilité ininterrompue des intrants VIH aux différents niveaux de la chaîne d’approvisionnement. Le système LMD (Last Mile Distribution) mise en place par le projet PSM-GHSC a permis de raccourcir les délais de livraison des FRPS aux FOSAS. Plusieurs initiatives ont découlé de ces réunions notamment la mise en place des plateformes DASHBOARD GAS du CNLS et autres ont facilité l’accès et la remontée des données des stocks des sites et faciliter les redéploiements de stocks entre FOSAS, la validation des bons de commandes des FOSA et l’élaboration des plans de répartitions mensuels au niveau de la région, conduisant à une meilleure visibilité du stock en périphérie.

- **Les Défis**

Dans l’ensemble, nous notons que le CNLS a pu atteindre son objectif dans l’observance au traitement des PvVIH. Les produits VIH ont été rendus disponibles à tous les niveaux de la chaîne d’approvisionnement par l’intermédiaire des structures d’approvisionnement compétentes (à savoirs les magasins centraux, régionaux et périphérique). Il a également assuré une coordination permanente de la gestion des stocks à tous les niveaux de la chaîne d’approvisionnement. Cependant, les défis liés à la chaîne d’approvisionnement restent nombreux. Aussi, les défis liés à la logistique pour rendre les intrants disponibles aux zones difficiles d’accès demeures. Vue la nouvelle demande de financement (2024-2026) et la hausse de la File Active au fil des années, il y a nécessité de mobiliser les fonds domestiques pour couvrir toute la file active.

Information stratégique :

- ✓ Bonne performance globale dans le 2ieme 95 (95,2% des PvVIH identifiés sont sous TARV)
- ✓ Faible couverture en charge virale chez les patients (37,1%)

- ✓ Amélioration continue des indicateurs de la cascade pédiatrique (62,5% de connaissance du statut, 86,9% de couverture en ARV)
- ✓ 457052 patients régulièrement sous traitement ARV au cours de ce semestre (2,4% d'enfants et 97,6% d'adultes)
- ✓ 18475 nouvelles inclusions dans la file active au cours du premier semestre parmi lesquels 16270 par inclusion directe du dépistage et 2205 cas de rattrapage
- ✓ File active de plus en plus vieillissante, environ 30% des patients chez les 50 ans et plus
- ✓ Baisse de la file active de la dispensation communautaire de 17,6% par rapport à S1 2024 (problème de complétude dans DHIS2, investigation supplémentaire nécessaire)
- ✓ 45% des patients sont régulièrement sous traitement avec une dispensation multiple d'au moins 03 mois, la rétention et l'observance sont assurés mais il y'a une faible couverture du screening de la TB à peu près 44,6%.
- ✓ La tuberculose et la cryptococcose demeurent les pathologies les plus préoccupantes au niveau national, avec une charge particulièrement élevée dans les régions du Centre (38,6%) et du Nord (22,8%).
- ✓ La malnutrition et la candidose dominent dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, traduisant une vulnérabilité nutritionnelle accrue et un poids important des affections fongiques.

Chapitre 5 : Mobilisation et gestion des ressources financières liées au VIH

I. Gestion des ressources

La riposte nationale au VIH est financée par les ressources issues de plusieurs bailleurs de fonds, dont les principaux sont l'Etat du Cameroun, le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme et le Gouvernement américain à travers les fonds PEPFAR.

La mobilisation de ces fonds au cours de la période de mise en œuvre obéit à plusieurs conditions notamment : une bonne planification des activités à mettre en œuvre, l'élaboration dans les délais de la demande de décaissement, le reporting financier, la validation des dépenses.

Les financements reçus par le CNLS sont des fonds publics. A ce titre, ils sont gérés conformément aux lois, textes procédures de gestion et de contrôle des finances publiques en vigueur au Cameroun. Cependant, la réglementation camerounaise permet d'intégrer dans les accords de financement, des dispositions permettant au CNLS de prendre en compte dans ses procédures (au travers du manuel de procédures) les exigences de chaque bailleur de fonds en matière de gestion et de reporting financier.

L'année 2024 marquait l'entrée en vigueur du nouveau dispositif de gestion et de mise en œuvre des subventions du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme signé le 19 décembre 2023.

Le manuel de procédures administratives, financières et comptables a ainsi été revu pour être adapté à ce nouveau dispositif et renforcer la gouvernance administrative et financière au sein des programmes. Ce manuel révisé offre notamment :

- Un cadre formel de gestion et d'exécution des opérations ;
- Des conditions de garantie de la transparence des opérations, de l'efficacité et de l'efficacité des activités de lutte contre le SIDA, la tuberculose, le paludisme et la covid-19 ;
- Les directives nécessaires à la production d'une information financière et comptable fiable sur la gestion des subventions.

Afin d'assurer le suivi de leurs plans d'action par les bailleurs de fonds, le programme est tenu de produire plusieurs types de rapports en fonction des besoins de chaque bailleur de fonds notamment :

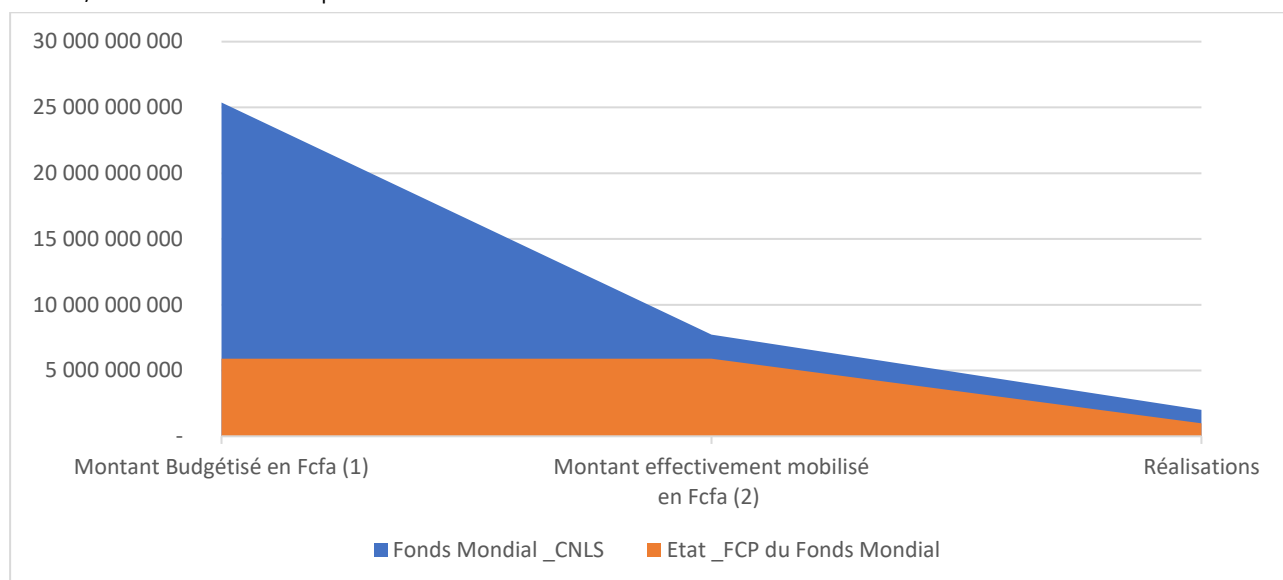
Tableau 29: Liste des rapports et livrables attendus de la SGAF en fonction des bailleurs de fonds

Code	Rapport	Bailleur de fonds	Périodicité
1	Rapport Financier trimestriel	Fonds Mondial	Trimestriel
2	Pulse Check	Fonds Mondial	Trimestriel

Code	Rapport	Bailleur de fonds	Périodicité
3	Fiche de remontée trimestrielle des données de l'exécution des projets à financement conjoint	Tous les bailleurs	Trimestriel
4	Progress update and disbursement Report (PUDR),	Fonds Mondial	Semestriel
5	APR : Annual Progress report)	PEPFAR	Annuel
6	FFR (Federal Financial Report)	PEPFAR	Annuel
7	Rapports d'utilisation des fonds	Partenaire techniques et financiers	A la clôture de la période de mise en œuvre

1.1. Paysage financier de la riposte au VIH du premier semestre de l'exercice 2025

Pour le compte du premier semestre de l'exercice 2025, le paysage financier de la riposte contre le VIH/SIDA et les IST se présente comme suit :



Graphique 27: Paysage financier au terme du 1er semestre 2025

1.2. Inscriptions budgétaires du premier semestre 2025

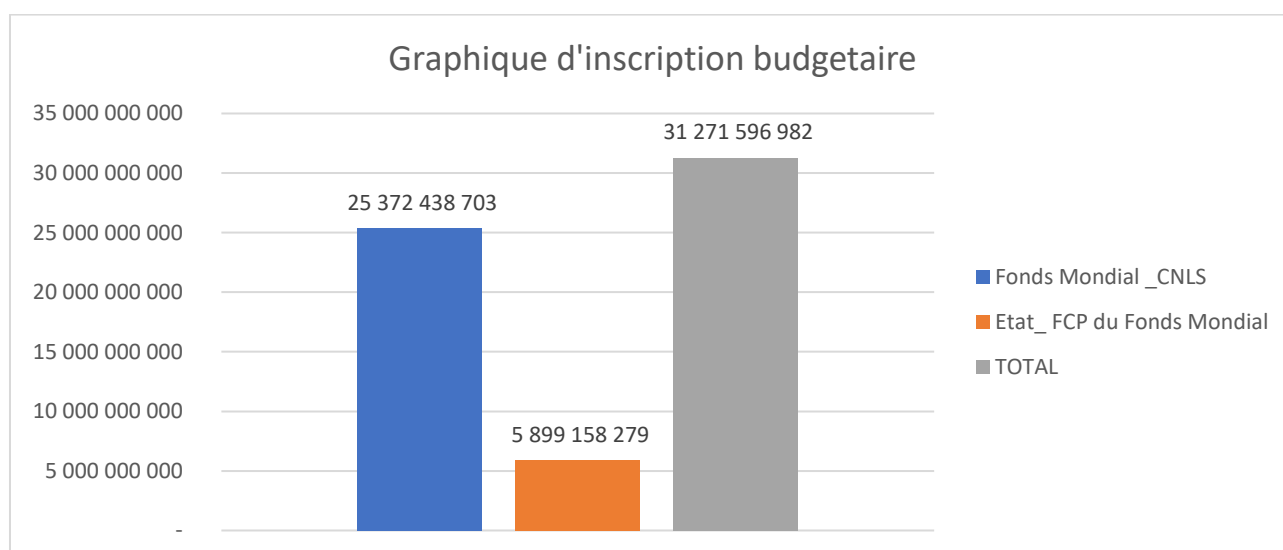
Pour œuvrer à l'atteinte des différents résultats d'impact présentés par le plan stratégique, le pays a bénéficié pour le compte du premier semestre de l'exercice 2025 de la contribution du partenaire en plus des ressources gouvernementales

Le budget total des fonds inscrits au 30 juin 2025 est reparti dans le tableau ci-dessous tel que suit :

Tableau 30: Répartition des inscriptions budgétaires par bailleur de fonds au 30 juin 2025

N°	Source de financement (bailleur de fonds)	S1-2025
1	Fonds Mondial _CNLS	25 372 438 703
2	Etat_ FCP du Fonds Mondial	5 899 158 279
	TOTAL	31 271 596 982

Source : CMR-H -MOH 3642 détails budget, Mémoire de dépenses FCP 2025



Graphique 28: Inscriptions budgétaires au cours du 1er semestre 2025

1.3. Fonds effectivement mobilisés au 30 juin 2025

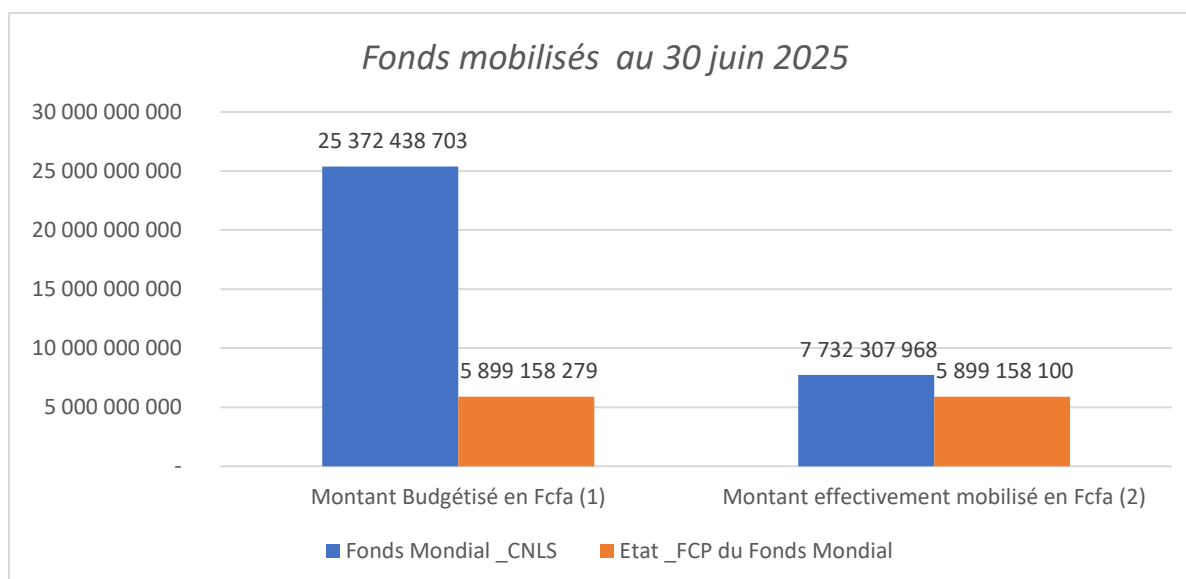
Les financements effectivement mobilisés pour le compte du premier semestre 2025 pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/Sida que nous avons pu capter à date s'élèvent à **7 910 812 379 FCFA**. Les différents bailleurs de fonds ainsi que le montant de leurs contributions sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 31: Mobilisation des fonds au cours du 1er semestre 2025

N°	Source de financement (bailleur de fonds)	Montant Budgétisé en Fcfa (1)	Montant effectivement mobilisé en Fcfa (2)	Ecart (2-1)	% de (2/1)
1	Fonds Mondial _CNLS	25 372 438 703	7 732 307 968	-17,640,130,735	30,4%%
2	Etat_ FCP du Fonds Mondial	5 899 158 279	5 899 158 279	0	100%
	TOTAL	31 271 596 982	13 631 466 068	--17640130735	

Source : CMR-H -MOH3642 détails budget, Mémoire de dépenses FCP 2025, Données comptables TOM²PRO,

La représentation suivante peut être faite afin d'illustrer la mobilisation des financements pour le compte du premier semestre de l'exercice 2025 :



Graphique 29: cascade des fonds mobilisés au 30 juin 2025

➤ **Nature des fonds mobilisés par le fonds Mondial**

Le tableau ci-dessous récapitule les décaissements effectués pour le compte du premier semestre 2025 par le Fonds Mondial en fonction de la nature du paiement.

Tableau 32: Nature du décaissement Fond Mondial

N°	Nature du décaissement	CNLS
1	Décaissement direct aux agences d'achat de médicaments et intrants	7 732 307 968
2	Décaissement en numéraire dans le compte spécial du projet	0
Total		7 732 307 968

➤ **Nature des fonds mobilisés par Etat-FCP du Fonds Mondial**

Tableau 33: Nature du décaissement Etat-FCP

Code	Libellés	Budget S1
1	Acquisition des produits de santé et autres coûts liés	4 456 046 262
6	Activités supports et compléments de rémunération personnes non pris en charge par le Fonds mondial	1 443 112 017
TOTAL		5 899 158 279

I.4. Réalisation au 30 juin 2025

Les réalisations que nous allons présenter dans ce rapport concernent, les activités mises en œuvre par le CNLS en tant qu'entité de mise en œuvre.

I.4.1 Réalisations du PR-CNLS

Cette présentation se fera par source de financement (Fonds mondial, fonds de contrepartie).

I.3.1.1 Réalisations au 30 juin 2025 du projet GC7 du CNLS

Tableau 34: Projet GC7-Tableau des Réalisations au 30 juin 2025

Code	Modules	Budget en XAF	Réalisations	Taux %
1	Human Resources (HR)	2 922 468 780	1 324 917 085	45
2	Travel related costs (TRC)	1 488 638 985	387 941 787	26
3	External Professional services (EPS)	1 224 096 608		-
4	Health Products - Pharmaceutical Products (HPPP)	13 784 134 776		-
5	Health Products - Non-Pharmaceuticals (HPNP)	3 463 084 312	296 670 473	9
6	Health Products - Equipment (HPE)	-		
7	Procurement and Supply-Chain Management costs (PSM)	1 708 839 484	510 432 813	30
8	Infrastructure (INF)	-	1 741 300	
9	Non-health equipment (NHP)	124 793 109	5 415 668	4
10	Communication Material and Publications (CMP)	12 516 000	350 020	3
11	Programme Administration costs (PA)	446 866 650	216 370 572	48
12	Living support to client/ target population (LSCTP)	120 000 000		-
13	Results-based financing (RBF)	77 000 000	70 724 800	92
	Total général	25 372 438 703	2 814 564 518	11 %

Source : CMR-H-MOH pulse check au 30 juin 2025

Plusieurs raisons justifient les différents taux de réalisations observés notamment :

- La réception et la comptabilisation au cours de la période de rapportage des intrants budgétisés au cours des périodes précédentes.
- La comptabilisation au cours de la période de rapportage des frais de gestion des intrants et médicaments budgétisés au cours des périodes précédentes.
- La mise en œuvre au cours de la période de rapportage des activités initialement budgétisées au cours des semestres précédents ;
- La réallocation du budget au cours de la période.

I.4.1.1 Réalisations des FCP du projet GC7 du CNLS

Tableau 35: CNLS Fonds de contrepartie-tableau des réalisations au 30 juin 2025

Code	Libellés	Budget	Réalisations	Exec (%)
1	Acquisition des produits de santé et autres coûts liés	4 456 046 262	45 653 509	1%
2	Activités supports et compléments de rémunération personnes non pris en charge par le Fonds mondial	1 443 112 017	953 551 102	66%
	TOTAL	5 899 158 279		17%

Source : Compte d'emploi FCP au 30 juin 2025

Plusieurs raisons justifient le faible taux de réalisations des fonds de contrepartie observé au courant du premier semestre de l'exercice 2025 notamment :

- La signature tardive de la décision relative au déblocage des fonds de contrepartie pour le compte de l'exercice 2025.
- Le Transfert des fonds tardif des fonds pour l'acquisition des ARV, des tests et des médicaments contre les infections opportunistes.

Il faut également noter que, les dépenses telles que : le paiement des primes, des charges sociales patronales a été réalisées au cours du second semestre de l'exercice 2025.

I.5 Les perspectives

Nous pouvons citer ici :

- La poursuite de la mise en œuvre des activités en instance ;
- Renforcer les capacités du personnel financier sur les directives des différents bailleurs ainsi que les outils de reporting des données financières.