

RAPPORT ANNUEL

DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE

LE VIH & LE SIDA

2021

**« TOUS POUR LE DÉPISTAGE ET LE TRAITEMENT POUR METTRE FIN
À L'ÉPIDÉMIE DU VIH À L'HORIZON 2030 »**



Remerciements

Les informations contenues dans le rapport annuel 2021 des activités de lutte contre le VIH au Cameroun sont le fruit de l'engagement de tous les acteurs de la riposte. Le présent document, synthèse des activités menées au cours de l'année 2021, a été élaboré grâce à l'apport des différents départements ministériels, des organisations de la société civile, des associations et des réseaux de PVVIH, des entreprises privées et parapubliques, des organisations religieuses et toute autre partie prenante à la lutte contre le VIH au Cameroun. Il fait état de la participation des acteurs, ainsi que celle des bénéficiaires à ce processus pour l'année 2021. À cet effet, des remerciements particuliers sont adressés au Ministère de la santé publique, au Fond Mondial, au PEPFAR, ses organisations rattachées (USAID, CDC, DoD et Peace Corps) et leurs partenaires d'implémentation (EGPAF, ICAP, CBCHS, GUGH, Metabiota), l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'OMS, l'ONUFEMME, à l'UNFPA, ainsi que les représentants des coopérations bilatérales et de la société civile.

Que toutes les institutions qui n'ont pas été citées de manière singulière, et les personnes ressources qui ont contribué par leur engagement et leur professionnalisme à l'élaboration de ce rapport, trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

Table des matières

Remerciements	i
Table des matières	ii
Liste des figures	vi
Liste des tableaux	viii
Sigles et abréviations	x
Introduction	1
PERFORMANCE PROGRAMMATIQUE EN 2021	2
CHAPITRE 1 : ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH.....	6
I. Orientations générales et stratégies de riposte au VIH	6
II. Cartographie des principaux acteurs de mise en œuvre	6
III. Implémentation de la coordination de la riposte au VIH.....	6
III.1- Coordination des sites	6
III.2. Coordination au niveau district (niveau opérationnel)	7
III.3. Coordination régionale	8
III.4. Coordination nationale	9
i. Coordination des partenaires du niveau stratégique.....	9
ii. Coordination au sein du Groupe Technique Central du CNLS.....	10
iii. Coordination des groupes techniques régionaux :	10
IV. Difficultés rencontrées dans l'implémentation de la coordination, stratégies de mitigation et challenges	11
CHAPITRE 2 : INTENSIFICATION DE LA PREVENTION DES NOUVELLES INFECTIONS A VIH.....	12
I. Renforcement de la communication pour le changement de comportement	12
I.1. Communication numérique.....	12
I.2. Interventions médiatiques	14
I.3. Communication hors media	14
I.4. Renforcement de la communication pour le changement de comportement en faveur des populations spécifiques	15
I.4.1. Populations clés	15
I.4.2. Les populations vulnérables.....	15
I.5. Renforcement de l'offre de préservatifs	16
I.5.1. Situation de la distribution des préservatifs en 2021	16
I.6. Évènements spéciaux	18
I.6.1. Vacances sans sida	18
I.6.2. Mois Camerounais et la Journée mondiale de lutte contre le Sida.....	19
II. Renforcement de l'offre de dépistage	21
II.1. La connaissance du statut	21
II.2. Offre de dépistage du VIH en stratégie fixe	24
II .2.1 Taux de séropositivité.....	25
II.3. Sécurisation de la transfusion sanguine.....	28
II.3.1. Dépistage du VIH en transfusion sanguine	28
II.3.2. Dépistage de la syphilis en transfusion sanguine	29
II.3.3. Dépistage de l'hépatite virale B en transfusion sanguine	29
II.4. Dépistage du VIH en communauté.....	29
II.4.1. Dépistage chez les populations clés.....	29
II.4.2. Dépistage du VIH chez les populations vulnérables	30
II.5. Auto dépistage du VIH	31
II.6 Prophylaxie pré exposition	36
CHAPITRE 3 : PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE - ENFANT.....	37

I.	Offre de service pour la PTME	38
I.1.	Couverture géographique en site PTME	38
I.2.	Fréquentation de la consultation prénatale et connaissance du statut chez les FEC	39
I.2.1.	Prévention primaire de l'infection à VIH et de syphilis	40
I.2.2.	Dépistage du VIH chez la femme enceinte	40
I.2.3.	Dépistage de la syphilis chez la femme enceinte	41
I.2.4.	Dépistage chez les partenaires des FEC	42
I.2.5.	Taux de séropositivité au VIH chez la femme enceinte	44
I.3.	Couverture en ARV des FEC VIH+	46
I.4.	Couverture en charge virale chez les FEC VIH+	48
I.5.	Couverture en INH chez la FEC VIH+	49
II.	Prise en charge des enfants exposés	50
II.1.	Couverture en ARV prophylactique chez l'enfant exposé	51
II.2.	Couverture géographique en sites de prélèvements DBS	52
II.3.	Couverture en offre de service du diagnostic précoce du VIH et mise sous TARV de l'enfant infecté	53
III.	PTME en communauté	54
CHAPITRE 4 : AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE DES PVVIH GRACE A UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE GLOBALE		57
I.	Cascade de la prise en charge globale 2021	57
II.	Offre de service	59
II.1.	Structures de prise en charge pour le VIH	59
II.2.	Renforcement de capacité des personnels de soins	60
II.2.1.	Le renforcement des capacités	60
III.	Prise en charge par les Antirétroviraux	61
III.1.	Lien du dépistage à la mise sous TARV	61
III.2.	Analyse des nouvelles initiations	64
III.3.	Evolution mensuelle des nouvelles initiations	64
III.4.	Evolution mensuelle de la file active nationale en fonction de la cible	65
III.5.	Répartition de la file active par région	67
III.6.	File active régionale par sexe et par âge	68
III.7.	FA des moins de 15 ans	69
III.7.1.	Analyse de la situation de la FA chez les moins de 15 ans	69
III.7.2.	Cascade nationale programmatique dans la population des moins de 15 ans	70
III.7.3.	Evaluation régionale des 3 95-95-95 chez les enfants de moins de 15 ans	71
III.8.	Répartition de la file active par protocoles ARV	74
III.9.	Evolution des absents au traitement	75
III.10.	Répartition des décès	75
III.11.	Surveillance et prise en charge de la coinfection TB/VIH	76
III.11.1.	Recherche de la Tuberculose chez les PvVIH	76
III.11.2.	Le Traitement préventif de l'INH	77
IV.	Suivi psycho-social et continuum de soins des PvVIH	78
IV.1.	Cartographie des APS	79
IV.2.	Activités de dépistage	79
IV.3.	Activités de rétention	80
V.	Approches différenciées de la dispensation des ARV	81
V.1.	Dispensation communautaire des ARV	81
V.2.	Dispensation par les autres modèles DSD	84
VI.	Suppression de la charge virale	84
VII.	Analyse situationnelle et perspectives	86

VII.1. Analyse situationnelle.....	86
VII.2. Perspectives	87
VIII. Gestion des approvisionnements et des stocks	88
VIII.1. Système de gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé VIH/SIDA.....	88
VIII.1.1. Le système conventionnel.....	88
VIII.1.2. Les systèmes parallèles.....	89
VIII.2. Les acquisitions	89
VIII.3. La coordination.....	91
VIII.4. Les défis.....	92
CHAPITRE 5 : INFORMATION STRATEGIQUE.....	93
I. Renforcement du système d'information sanitaire	93
I.1. Collecte des données primaires	93
I.2. Outils électroniques :.....	94
I.3. Assurance qualité des données	95
I.3.1. Suivi de routine	95
I.3.2. Accompagnement des sites pour l'amélioration de la qualité des données	96
i. Ateliers régionaux de validation	96
ii. Ateliers nationaux de validation des données.	96
iii. Supervisions DQA.....	97
I.3.3. ANALYSE FFOM renforcement SI	106
II. Recherche et Surveillance	106
CHAPITRE 6 : APPROPRIATION DE LA LUTTE PAR LES ACTEURS	116
I. Entités du Secteur public autres que le secteur santé	116
II. Les collectivités territoriales décentralisées	123
III. Organisations bi et multilatérales	124
IV. Les acteurs communautaires.....	126
CHAPITRE 8 : MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES LIEES AU VIH	128
I. Gestion des ressources	128
I.1. Paysage financier de la riposte au VIH de l'exercice 2021	129
I.2. Estimation des besoins en ressources financières.....	129
I.3. Inscriptions budgétaires	130
I.4. Inscriptions effectivement mobilisées.....	132
I.4.1. Financements effectivement mobilisés de l'exercice Par les bailleurs de fonds (fonds mondial, Pefpar, fcp...).....	132
Figure : cascade des fonds mobilisés en 2021.....	133
Figure : Mobilisation des fonds de contrepartie depuis 2015	135
I.4.2. Financement effectivement mobilisés par les sectorielles et les partenaires techniques et financiers au 31 décembre 2021	135
I.5. Réalisation au 31 décembre 2021	137
I.5.1 Réalisations du PR-CNLS au 31 décembre 2021	137
I.5.1.1 Réalisations au 31 décembre 2021 du projet NFM3 du CNLS	137
I.5.1.2 Réalisations des FCP du projet NFM3 du CNLS	138
I.5.1.3 Réalisations du Projet PEPFAR au 31 décembre 2021	139
I.5.2 Réalisations de CAMNAFAW au 31 décembre 2021	140
I.5.3 Réalisations des partenaires techniques au 31 décembre 2021	141
I.6 Les perspectives	142
I.7 Les projections de l'exercice 2022	142
ANNEXE	143

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

Annexe1 : Contribution de la Société Civile	143
Annexe 2 : Contribution des sectoriels	143
Annexe 3 Cartographie des interventions communautaires.....	143
Equipe de redaction :.....	149
Equipe de Validation :.....	149

Liste des figures

Figure 1 : évolution de la distribution des préservatifs et lubrifiants entre 2019 et 2021	18
Figure 2 : Evolution du nombre de personnes dépistées entre 2016 et 2021.	23
Figure 3 : Cascade de dépistage en stratégie fixe. Source : DHIS2, Mars 2022.	24
Figure 4: Pyramide des âges du dépistage au cours de l'année 2021 Figure 5: Pyramide des âges des personnes testées positives en 2021	25
Figure 6: Nombre de personnes testées et évolution du taux de séropositivité entre 2016 et 2021. Source : Rapports annuels du CNLS de 2016 à 2020 et Base de données DHIS 2, 2021.	26
Figure 7: Evolution régionale des taux de séropositivité en stratégie fixe de 2016 à 2020. Source : Rapports annuels 2016 à 2021 et Base de données DHIS 2, 2021.	26
Figure 8: Taux de séropositivité par tranche d'âge et par sexe. Source : DHIS2, Mars 2022.	27
Figure 9: Taux de séropositivité par porte d'entrée. Source : DHIS2, Mars 2022.	28
Figure 10: Evolution du dépistage du VIH en transfusion sanguine entre 2016 et 2021 ;	28
Figure 11: Evolution du taux de séropositivité au sein des populations clés entre 2018 et 2021 ; Source : Rapports annuels CNLS 2018 et 2020, CAMNAFAW, 2021.	30
Figure 12: Evolution du taux de séropositivité au sein des populations vulnérables entre 2018 et 2021 ; Source : Rapports annuels CNLS 2018 et 2020, CAMNAFAW, 2021.	30
Figure 13: Cascade globale des résultats ADVIH.	31
Figure 14: Cascade du dépistage par cas index dans la région de l'Est. Source : Rapport annuel, région de l'Est.	32
Figure 15: Cascade dépistage par cas index dans au premier semestre 2021. Source : Rapport annuel région du Nord, 2021.	33
Figure 16: Cascade dépistage par cas index. Source : Rapport annuel région du Nord-Ouest, 2021.	33
Figure 17: Cascade dépistage par cas index. Source : Rapport annuel région de l'Ouest, 2021.	33
Figure 18: Cascade dépistage par cas index dans au premier semestre 2021. Source : Rapport annuel GTR Sud-Ouest, 2021.	34
Figure 19: Cascade autodépistage au premier semestre 2021. Source : Rapport annuel GTR Nord, 2021.	35
Figure 20: Cascade Mère. Source : Base des données de la CIS et du DHIS2/MINSANTE, 2021.	38
Figure 21: Evolution de la couverture en CPN entre 2010 et 2021. Source : Rapports annuels CNLS et DHIS2, Mars 2022.	39
Figure 22: Evolution de la couverture en test de dépistage VIH entre 2010 et 2021. Source : Rapports annuels CNLS et DHIS2, Mars 2022.	40
Figure 23: Couverture régionale en test de dépistage VIH en 2021. Source : DHIS2, Mars 2022.	41
Figure 24: Evolution de la Couverture en test de dépistage VIH des partenaires de femmes enceintes entre 2016 et 2021. Source : Rapports annuels CNLS de 2016 à 2021, DHIS2, Mars 2022.	42
Figure 25: Evolution du taux de séropositivité femmes enceintes entre 2020 et 2021. Source : Rapport annuels CNLS 2020, DHIS2, Mars 2022.	44
Figure 26: Répartition du dépistage des femmes enceintes par rapport à la porte d'entrée entre 2019 et 2021. Source : Rapports annuel CNLS 2020, DHIS2, Mars 2022.	45
Figure 27: Répartition régionale du dépistage des femmes enceintes par rapport à la porte d'entrée en 2021. Source : Rapports annuel CNLS 2020, DHIS2, Mars 2022.	46
Figure 28: Evolution de la couverture TARV chez les FEC VIH+ entre 2020 et 2021. Source : Base des données du DHIS2/MINSANTE 2021	48
Figure 29 : Cascade charge virale des FEC VIH+ en 2021. Source : Données Dhis2 et Datim 2021	49
Figure 30 : Cascade enfant exposé, en 2021. Source : Base des données de la CIS et du DHIS2/MINSANTE, 2021.	51
Figure 31 : Couverture en ARV prophylactique chez les EE en 2019, 2020 et 2021. Source : Base des données du DHIS2/MINSANTE 2021	51
Figure 32 : Taux de séropositivité au VIH des EE 2019, 2020 et 2021. Source : Base des données du DHIS2/MINSANTE 2021	53
Figure 33: Cascade programmatique globale du suivi des PvVIH en 2021, source DHIS2	57

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

Figure 34 : Evolution de la cascade de suivi des PvVIH de 2017 à 2021. Source : rapports annuels CNLS 2017, 2018, 2019,2020, DHIS2.....	58
Figure 35 : cascade populationnelle	59
Figure 36 : Evolution du nombre de FOSA, sites PTME, PECG et des OBC entre 2018 et 2021	59
Figure 37 : Evolution du lien au TARV entre 2018 et 2021. Source : DHIS2, mars 2022 et rapports annuels 2018 à 2020.	61
Figure 38 : Lien au traitement en fonction des régions. Source : Rapports annuels CNLS 2019 et 2020, DHIS2, Mars 2022.	61
Figure 39 : Evolution du lien au traitement en fonction de l'âge entre 2020 et 2021. Source : Rapport annuel CNLS 2020, DHIS2, Mars 2022.	62
Figure 40 : comparaison du lien au traitement entre 2019 et 2021 chez les populations clés. Source : Rapports annuels CNLS 2019 et 2020, CAMNAFAW et CHAMP, 2021.....	63
Figure 41 : Lien au TARV chez les populations vulnérables de 2019 à 2021. Source : Rapports annuels CNLS 2019 et 2020, CAMNAFAW et CHAMP, 2021.	63
Figure 42 : Evolution des nouvelles initiations, des gaps au dépistage entre 2019 et 2021.....	64
Figure 43 : Evolution mensuelle des nouvelles initiations en fonction du sexe au cours de l'année 2021. Source : DHIS2, Mars 2022	65
Figure 44 : Evolution de la file active en fonction des cibles au cours de l'année 2021.....	66
Figure 45 : Evolution de la file active depuis 2005.....	67
Figure 46 : comparaison entre les files actives régionales entre 2020 et 2021.....	67
Figure 47 : Répartition de la file active par tranche d'âge et par sexe	69
Figure 48 : Evolution de la file active des enfants de moins de 15 ans. Source : Rapports annuels CNLS, DHIS2, Mars 2022.	70
Figure 49 : Répartition de la file active des enfants et poids des régions. Source : DHIS2, Mars 2022.	70
Figure 50 : Cascade de PEC des enfants de moins de 15 ans. Source : DHIS2, Mars 2022.	71
Figure 51 : Cascade de PEC des enfants de moins de 15 ans. Source : DHIS2, Mars 2022.	71
Figure 52 : File active régionale par tranche d'âge. Source : DHIS2, Mars 2022.....	72
Figure 53 : Evolution de la File active par tranche d'âge entre 2018 et 2021. Source : Rapports annuels CNLS, 2018-2020, DHIS2, Mars 2022.....	72
Figure 54 : Cascade enfants de moins de 10 ans 2021. Source : DHIS2, Mars 2022.	73
Figure 55 : Cascade de PEC des enfants de 10-19 ans. Source : DHIS2, Mars 2022.....	73
Figure 56 : Evolution des absents au RDV entre Janvier et Décembre 2021	75
Figure 57 : Répartition géographique des décès en 2021. Source DHIS2, 2021.....	76
Figure 58 : Cascade de dépistage de la tuberculose chez les PvVIH sous TARV	76
Figure 59 : Cascade du traitement préventif par l'INH chez les PvVIH sous TARV. Source : DHIS 2, Mars 2022.....	78
Figure 60 : Evolution de la file active suivie à l'OBC en fonction du temps (années)	82
Figure 61 : PvVIH sous Tarv Dans les sites PEPFAR enrôlés dans les modèles DSD.....	84
Figure 62 : Modèle DSD de dispensation communautaire.....	84
Figure 63: système de gestion des ARV et des réactifs et consommables du laboratoire de la santé VIH ..	89
Figure 64 : acquisition des intrants par source de financement	89
Figure 65 : Repartition des acquisitions des tests bar financement.....	91
Figure 66: Evolution de la complétude des données au cours de l'année	98
Figure 67 : évolution des promptitudes des données ; Source : Dhis 2.....	99
Figure 68 : score global RDQA PECG 2021; Source : RDQA PECG 2021	101
Figure 69 : Score Global RDQA dépistage 2021 par région.....	102
Figure 70 : disponibilité des outils RDQA intrants 2021 ; source : Mission RDQA intrants 2021	103
Figure 71 : score complétude dans les outils RDQA intrants 2021.....	104
Figure 72 : score corrélation file active VS protocoles dispensés RDQA intrants 2021.....	104
Figure 73 : score recomptage des données RDQA intrant 2021	105
Figure 74 : score évaluation qualitative RDQA intrants 2021	105

Liste des tableaux

Tableau 1: Nombre de PvVIH estimés selon Spectrum.	2
Tableau 2: Nombre de décès liés au VIH selon Spectrum.	2
Tableau 3: Nombre de préservatifs et lubrifiants distribués.	3
Tableau 4: Nombre de personnes testées pour le VIH.	3
Tableau 5: Prévention et dépistage au sein des populations clés et vulnérables.	3
Tableau 6: Prévention de la transmission mère-enfant du VIH.	3
Tableau 7: Lien au TARV au sein des populations clés et vulnérables.	4
Tableau 8: Enfants de moins de 15 ans, adolescents et jeunes sous TARV.	4
Tableau 9: Suivi des PvVIH sous TARV.	4
Tableau 10 : tableau de résolution des problèmes dans le cadre de la coordination des sites.	7
Tableau 11 : Tableau de résolution des problèmes dans le cadre de la coordination au niveau district.	7
Tableau 12 : Tableau de résolution des problèmes dans le cadre de la coordination régionale.	8
Tableau 13: Réseaux sociaux et autres plateformes de communication digitale.	13
Tableau 14 : Récapitulatif de la distribution globale des préservatifs en 2021.	15
Tableau 15 : Récapitulatif de la distribution globale des préservatifs en 2021.	16
Tableau 16 : Récapitulatif de la distribution globale des préservatifs en 2021.	17
Tableau 17 : Récapitulatif des données en CCC.	18
Tableau 18 : Distribution des préservatifs au cours du Mois Camerounais, 2021.	20
Tableau 19 : Comparaison des résultats.	21
Tableau 20 : Analyse FFOM.	21
Tableau 21 : termes de la formule du calcul du 1 ^{er} 95.	22
Tableau 22 : Nombre de personnes testées par catégorie de population.	23
Tableau 23 : Nombre de personne testées, retraits des résultats et taux de séropositivité selon les régions.	24
Tableau 24: Dépistage au sein des populations clés.	29
Tableau 25: Dépistage chez les populations vulnérables.	30
Tableau 26: Dépistage par cas index.	32
Tableau 27: Mise en œuvre de différentes stratégies (autodépistage, dépistage des cas index, etc)	35
Tableau 28: Mise en œuvre de différentes stratégies (autodépistage, dépistage des cas index, etc)	36
Tableau 29: Résultats des indicateurs PTME par rapport aux cibles. Source : DHIS 2, 2021.	37
Tableau 30: Couverture en sites PTME.	38
Tableau 31: Fréquentation en CPN et taux de séropositivité en 1 ^{ère} CPN.	40
Tableau 32: Dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes par région.	42
Tableau 33: Couverture en ARV des FEC VIH+ en 2021 par région.	47
Tableau 34: Charge virale chez la FEC en 2021 par région.	49
Tableau 35 : Couverture en INH chez les FEC VIH+ nouvellement initiées en 2021.	50
Tableau 36: Couverture en ARV prophylactique chez les EE en 2021 par région.	52
Tableau 37: Répartition des sites DBS et EID/POC par région.	52
Tableau 38: Couverture en offre d'EID et mise sous TARV en 2021 par région.	54
Tableau 39: Problèmes prioritaires et solutions proposées.	55
Tableau 40: Répartition des sites de PECG et des OBC, 2021. Source : rapports annuels des régions.	60
Tableau 41 : Formations dispensées en 2021.	60
Tableau 42 : Répartition de la file active par sexe et par âge.	68
Tableau 43 : Répartition des patients par protocoles.	74
Tableau 44 : Cascade de la recherche de la tuberculose par région. Source : rapports annuels des régions.	77
Tableau 45: Cartographie des APS (pédiatriques et adultes).	79
Tableau 46 : Synthèse des données du dépistage par les APS.	79
Tableau 47 : Résultats des activités de recherche des absents et des perdus de vue par région en 2021.	80
Tableau 48 : Répartition de la file active des patients suivis dans les OBC par région.	82

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

Tableau 49 : Suivi biologique des patients suivis à l'OBC.....	82
Tableau 50 : Répartition de la couverture en charge virale, et de la suppression virale par région	85
Tableau 51 : Acquisitions de Névirapine SP par source de financement et analyse des GAP de 2021	90
Tableau 52: Acquisitions de Névirapine sp par source de financement en 2021	90
Tableau 53 : Données logistiques en INH de 2021	91
Tableau 54 : Aquisition des TDRS par bailleurs.....	91
Tableau 55 : utilisation des outils électroniques.....	94
Tableau 56: Complétude des données en décembre 2021	98
Tableau 57 : Score de promptitude des données	99
Tableau 58 : score global DQA PECG 2021 par région et par dimension d'assurance qualité	100
Tableau 59 : score RDQA dépistage par dimension et par région	102
Tableau 60: Projets de recherche ayant bénéficié d'une clairance administrative	107
Tableau 61: Quelques articles publiés en 2021 sur le VIH	110
Tableau 62 : activités des CTDs en 2021	123
Tableau 63 : activités des organisations bi et multilatérales en 2021.....	125
Tableau 64 : Séances CE, SI et communications par les confessions religieuses	126
Tableau 65 : contribution des organisations à base communautaires au cours de l'année 2021	126
Tableau 66: Estimation budgétaire de 2021 par résultat d'impact	129
Tableau 67: Répartition des inscriptions budgétaires par bailleur de fonds.....	130
Tableau 68: CNLS Fonds de contrepartie-tableau des réalisations au 31 décembre 2021	138
Tableau 69: Réalisations PEPFAR 2021 du CNLS.....	139
Tableau 70: Répartition des prévisions budgétaires de l'exercice 2022	142
Tableau 71 : présentation du nombre de session et nombre d'acteurs formés à la société civile.....	143

Sigles et abréviations

ACMS : Association Camerounaise pour le Marketing Social
ACRR : Agent Chargé du Remplissage des Registres
APS : Accompagnement Psychosocial
APV : Autres Populations Vulnérables
ARC : Agent de Relais Communautaire
ARV : Antirétroviraux
CAA : Caisse Autonome d'Amortissement
CAMNAFAW : Cameroon National Association for Family Welfare
CCC : Communication pour le Changement de Comportement
CDIP : Conseil Dépistage à l'Initiation du Prestataire
CDV : Conseil Dépistage Volontaire
CE : Causerie Educative
CENAME : Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
CHAMP: Continuum for Prevention, Care and Treatment (CoPCT) of HIV/AIDS with Most At-risk Populations
CIRCB : Centre International de Référence Chantal Biya
CNLS : Comité National de Lutte contre le SIDA
CPCG : Centre Pasteur du Cameroun annexe de Garoua
CPN : Consultation Périnatale
CTA : Centre de Traitement Ambulatoire
CV : Charge Virale
DAO : Dossier d'Appel d'Offres
DBS: Dried Blood Spot
DHIS2: District Health Information System
DIC: Drop In Center
DQA: Data Quality Assessment
DPE : Développement de la Petite Enfance
DS : District de Santé
EDS : Enquête Démographique de Santé
EE: Enfants Exposés
EGPAF: Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation
FA : File Active
FCP : Fonds de Contrepartie
FEC : Femmes Enceintes
FM : Fonds Mondial
FOSA: Formation Sanitaire
FRPS : Fond Régional de Promotion de la Santé
GTR : Groupe Technique Régional
HSH : Homme ayant rapport Sexuel avec les Hommes
IAP : Indicateur d'Alerte Précoce
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
JGNS : Jeune Garçon Non Scolarisé
JFNS : Jeune Fille Non Scolarisé
LGBT : Lesbienne Gay Bisexuel Transexuel
MINAS : Ministère des Affaires Sociales
MINEDUB : Ministère Education de Base
MINJEC : Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique

MINPROF : Ministère de la promotion de la femme et de la famille
MINSANTE : Ministère de la Santé Publique
NOSO : Nord-Ouest, Sud-Ouest
OBC : Organisation à Base Communautaire
OEV : Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCR : Polymérase Chain Réaction
PE : Pair Educateur
PECG : Prise En Charge Globale
PECP : Prise en charge Pédiatrique
PEPFAR: Presidents Emergency Plan For Aids Relief
POC : Point of Care
PODIC : Point de dispensation communautaire
PPER : Populations les Plus Exposées au Risque
PSN : Plan Stratégique National
PTF : Partenaires Techniques et Financiers
PTME : Prévention Transmission Mère-Enfant
PvVIH : Personnes Vivant avec le VIH
SA : Salle d'accouchement
SS : Surveillance Sentinelle
SSR : Santé Sexuelle et Reproduction
TARV : Traitement Anti Rétroviral
TB : Tuberculose
TS : Travailleuse de sexe
UM : Unité mobile
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF :
UPEC : Unité de Prise En Charge
USAID: U.S. Agency for International Development
VBG : Violence Basée sur le Genre
VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine
VSS : Vacances Sans Sida

Introduction

Le Cameroun comme la plupart des pays en Afrique subsaharienne fait face depuis les années 1980 à la pandémie du VIH. Cette pandémie qui s'est déclarée en 1985 a conduit le pays à mettre en œuvre un ensemble d'initiatives qui ont permis de réduire très considérablement l'impact de la maladie au sein de la population. En effet, le taux de prévalence du VIH est passé de 5,4% en 2004 à 2,7% en 2018 au sein de la population de 15 à 49 ans, le nombre estimé de nouvelles infections a aussi connu une baisse de 47 958 en 2004 à 17 673 en 2018, tout comme le nombre estimé de décès des PVVIH qui est passé de 34 158 en 2014 à 20 201 en 2018.

Malgré l'évolution positive de la situation épidémiologique, le pays demeure toujours dans une situation d'épidémie généralisée. C'est dans ce contexte que l'objectif « 95-95-95 » de l'ONUSIDA à savoir, 95% des PVVIH connaissent leur statut ; 95% de PVVIH connaissant leur statut, doivent être mis sous TARV et 95% des PVVIH sous TARV ont une charge virale supprimée a été adopté, dans la continuité des « 3×90 » avec pour objectif ultime l'élimination du VIH d'ici 2030.

L'année 2021 qui marque le démarrage de l'accélération des efforts du pays vers le contrôle de l'épidémie est également la première année de mise en œuvre du PSN 2021-2023 issue de la révision du PSN 2018-2022. Les activités mise en œuvre au cours de cette année s'inscrivaient en droite ligne de ce plan qui vise entre autres la réduction des nouvelles infections chez les adolescents et les enfants ainsi que les populations clés et vulnérables ; l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant par le renforcement du suivi rapproché des femmes enceintes séropositives sous ARV, la réduction de la mortalité liée au VIH par une meilleure prise en charge des PVVIH ; la lutte contre toutes formes de discrimination et l'amélioration de l'efficacité de la gouvernance grâce à une réponse efficace.

Rendu au terme de cette année, il est primordial de dresser le bilan des activités menées par tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH au Cameroun. Le présent document rend compte de la mise en œuvre de ces activités selon les axes stratégiques du Plan Stratégique National.

PERFORMANCE PROGRAMMATIQUE EN 2021

Au Cameroun, le nombre de PvVIH estimés en 2021 était de **499 330** (Spectrum 2021), parmi lesquels 33 085 enfants de moins de 15 ans (6,6%) et 332 354 femmes (66,6%). En 2020 (Spectrum 2020), ce nombre était estimé à **496 506** dont **34 554 (7,0%)** enfants de moins de 15 ans et **329 334 (66,3%)** femmes.

Tableau 1: Nombre de PvVIH estimés selon Spectrum.

	2019	2020	2021	Tendance
Nbre de PvVIH (total)	506 432	496 506	499 930	
Enfants < 15 ans VIH+	31 481	34 554	33 085	
Adultes (15-49 ans)	474 951	461 952	381 323	
Femmes	333 546	329 334	332 354	

Réduction des nouvelles infections : Les récentes estimations (Spectrum 2022) laissent observer une baisse de nouvelles infections dans la population générale, de **54,7%** entre 2010 et 2020 (de 33 183 en 2010 à 15 038 en 2020) proche des 60% projeté par le PSN 2018-2022. Cette tendance a continué en 2021 où a noté 14 451 nouvelles infections.

- Chez les enfants de moins de 15 ans, cette baisse était de **34,3%** (6 821 en 2010 et 4 482 en 2020). Après une augmentation du nombre de nouvelles infections entre 2019 (3 308) et 2020, (4 482) on a observé une légère baisse en 2021 (4 363).

Décès liés au VIH : En 2021, le nombre de décès liés au VIH était de 12 604 en baisse par rapport à 2020 (**14 140**).

Tableau 2: Nombre de décès liés au VIH selon Spectrum.

	2019	2020	2021	Tendance
Nombre de décès liés au VIH	14 058	14 140	12 604	
Adultes 15-49 ans	8 668	10 595	6 873	
Hommes	3 797	4 800	3 133	
Femmes	4 871	5 796	3 740	
Jeunes 15-24 ans	897	900	835	
Garçons	513	396	371	
Filles	490	504	464	
Enfants < 15 ans	2 515	3 544	3 505	
Garçons	1 266	1 796	1 775	
Filles	1 249	1 749	1 730	

Comme avec les nouvelles infections, on a observé une tendance à la baisse des décès liés au VIH depuis 2010 passant de 22 244 en 2010 à 12 604 en 2021 correspondant à une baisse de **43,3%**. Parmi les décès de 2021, environ 27,8% (3 505) étaient survenus chez les enfants de moins de 15 ans en hausse par rapport à 2020, où ce taux était de 25% (3 544) sans différence garçon/fille.

Prévention de l'infection à VIH

- Distribution de préservatifs et gels lubrifiants :

Tableau 3: Nombre de préservatifs et lubrifiants distribués.

	2019	2020	2021	Tendance
Préservatifs féminins	3 401 584	2 918 908	2 660 738	
Préservatifs masculins	34 978 318	41 057 011	33 111 351	
Gels Lubrifiants	4 791 302	912 714	14 059 136	

- Dépistage

Tableau 4: Nombre de personnes testées pour le VIH.

	2019	2020	2021	Tendance
Nombre de personnes testées (stratégies fixe et communautaire)				
Nb de personnes testées	2 941 083	2 984 346	3 479 989	
Nb de personnes testées VIH+	83 243	99 273	92 829	
Taux de séropositivité	2,8%	3,3%	2,7%	

Tableau 5: Prévention et dépistage au sein des populations clés et vulnérables.

	2018	2019	2020	Tendance
Nombre de clients ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH. Paquet de services définis				
Travailleuses de sexe (TS)	55 561	69 361	46 841	
HSH	15 027	38 291	18 801	
UD	1 101	1 252	6 019	
TG	270	1 963	466	
Clients TS	144 564	141 378	18 965	
JFNS	43 310	49 201	29 800	
JGNS	52 772	55 182	12 634	
Taux de séropositivité (Nombre de clients testés VIH+)				
Travailleuses de sexe (TS)	7,9% (2 809)	11,6% (8 062)	5,6% (2 603)	
HSH	9,7% (1 367)	13,0% (4 991)	10,4% (1 953)	
UDI	NA	8,2% (103)	3,8% (228)	
TG	10,4% (28)	12,7% (250)	10,1% (47)	
Clients des TS (CTS)	0,7% (691)	2,4% (3 358)	3,0% (576)	
JFNS	1,1% (446)	1,2% (601)	1,2% (368)	
JGNS	0,7% (293)	0,7% (364)	1,0% (127)	

- Prévention Transmission mère-enfant

Tableau 6: Prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

	2019	2020	2021	Tendance
Nombre de FEC reçues en CPN	737 161	785 253	869 313	
Taux de fréquentation en CPN	78,5%	83,2%	86,7%	
Pourcentage de FEC testées qui connaissaient leur statut	83,5%	89,6%	94,8%	
Nombre de FEC VIH+ identifiées	20 168	20 852	19 081	
Taux de séropositivité FEC	3,3%	2,9%	2,3%	
Pourcentage de FEC déjà connues VIH+	49,6%	49,1%	55,8%	
Nombre de FEC VIH+ sous TARV	17 046	16 731	17 304	
Pourcentage de FEC VIH+ ayant initié un TARV	84,5%	80,2%	90,7%	

Pourcentage de partenaires de FEC testés	4,7%	4,3%	4,6%	
Taux de séropositivité chez les partenaires masculins des FEC	3,8%	2,8%	1,5% (559)	
Nombre d'EE identifiés	15 195	14 137	13 807	
Nombre d'EE ayant fait une PCR	14 970	13 777	12 160	
Pourcentage d'EE ayant bénéficié d'une PCR	98,5%	97,4%	88,2%	
Pourcentage d'EE sous prophylaxie ARV	87,5%	85,2%	91,5%	
Couverture en CTX des EE	69,2%	ND	ND	
Taux de séropositivité des EE	4,8% (724)	4,3% (591)	4,0% (482)	
% d'EE ayant une PCR+ qui ont initié le TARV	46,1%	62,3% (368)	72,6% (350)	

Prise en charge des PvVIH

- Lien au TARV

Tableau 7: Lien au TARV au sein des populations clés et vulnérables.

	2019	2020	2021	Tendance
Pourcentage de lien au TARV				
Travailleuses de sexe	80,1% (2 250)	64,1% (5 167)	75,1%	
HSH	76,7% (1 049)	42,2% (2 108)	80,7%	
UDI	NA	68,9% (71)	75,9%	
TG	64,3% (18)	54,0% (135)	85,1%	
Clients des TS	61,2% (423)	71,3% (2 393)	60,6%	
JFNS	66,8% (298)	67,9% (408)	66,3%	
JGNS	71,7% (210)	67,6% (246)	70,1%	

Tableau 8: Enfants de moins de 15 ans, adolescents et jeunes sous TARV.

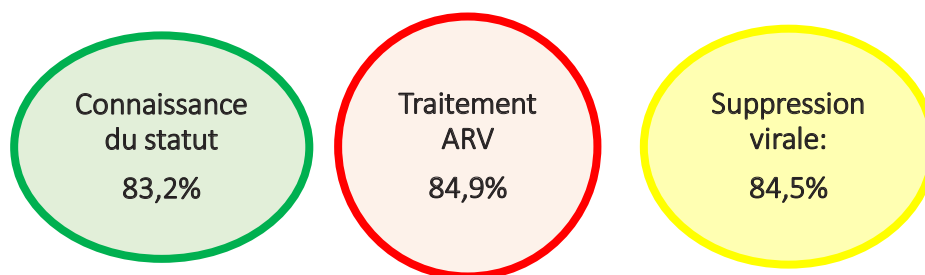
	2019	2020	2021	Performance
Enfants de moins de 10 ans	34,2% (6 377)	32,9% (6 715)	70,5% (6 738)	
Adolescents de 10 -19 ans	32,2% (9 980)	35,2% (10 865)	65,2% (11 873)	
Jeunes de 20 -24 ans	48,3% (16 027)	60,7% (18 484)		

Tableau 9: Suivi des PvVIH sous TARV.

	2019	2020	2021	Tendance
PvVIH identifiés	424 421	413 188	469 783	
% connaissance du statut	83,8%	83,2%	94,1%	
File active	312 214	350 818	388 358	
% lien au TARV	73,7%	84,9%	82,7%	
Nombre de CV réalisé	107 506	203 905	241 613	
% réalisation CV	34,4%	58,1%	62,2%	
Nb de CV supprimée	94 617	172 212	227 429	
% suppression virale	88,0%	84,5%	94,1%	

Dispensation communautaire

- En 2018 : 6,2% (24 552/388 358) des PvVIH sous TARV sont enrôlés dans la dispensation communautaire au sein de 154 OBC.
- En 2020 : 13,0% (21 534/165 960) patients éligibles bénéficiaient des services des OBC dans le cadre de la dispensation communautaire des ARV. Cependant, on avait 6,1% (21 534/350 818) de la file active qui était référé dans les OBC.
- En 2019 : 6.0% (18 835/312 214) de patients ont bénéficié des ARV dans le cadre de la dispensation communautaire des ARV par les OBC (ce qui représente 20.0% de l'objectif fixé)



CHAPITRE 1 : ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH

I. Orientations générales et stratégies de riposte au VIH

Le Cameroun fait face à une pandémie généralisée du VIH depuis les années 1980, comme la plupart des pays de l'Afrique au sud du Sahara. Avec la détection du premier cas en 1985, le VIH est devenu très rapidement un problème de santé publique conduisant le pays à prendre un ensemble d'initiatives afin d'endiguer l'évolution de la maladie au sein de la population.

La création d'un Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) en 1999 est une de ces initiatives phares qui visait à coordonner toutes les interventions prises dans la riposte au VIH au Cameroun, et rendre compte de l'évolution de la situation épidémiologique nationale. La mise en place de ladite instance a permis d'organiser la lutte contre le VIH conformément aux trois principes de l'Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida (ONUSIDA), à savoir : (i) un cadre national commun de lutte contre le sida appelé Plan Stratégique National (PSN), (ii) un seul organe national de coordination de la riposte au sida à représentation large et multisectorielle qu'est le CNLS, et (iii) un seul système de suivi et évaluation à l'échelon national.

Ainsi, la vision du pays dans la lutte contre le VIH se décline à travers l'adoption et la mise en œuvre des PSN sous le lead du CNLS. Au cours des deux dernières décennies, le pays a connu cinq PSN visant le contrôle et la réduction de l'épidémie à VIH au sein de la population. Le PSN révisé 2021-2023 en cours d'implémentation, reste dans cette même lignée, avec en filigrane un objectif majeur d'accélération de l'élimination du VIH.

II. Cartographie des principaux acteurs de mise en œuvre

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

La cartographie des principaux acteurs de lutte contre le VIH, est représentée en annexe.

III. Implémentation de la coordination de la riposte au VIH

L'un des principes directeurs de la lutte contre le VIH au Cameroun est celui des « *Three Ones* ». Il stipule qu'autour d'un cadre unique de coordination, les interventions de tous les acteurs soient mises en œuvre de façon multisectorielle, avec un système national de suivi et évaluation unique, pour une gouvernance efficace et efficiente. Ce principe rassembleur est au cœur de la coordination de la lutte contre le VIH. Ainsi, l'implémentation de la coordination entend de garantir une mise en œuvre harmonieuse de la riposte au VIH à tous les niveaux (niveau central, régional, district et sites).

III.1- Coordination des sites

La coordination au niveau des sites est sous le leadership des responsables des Formations Sanitaires (FOSA) en collaboration avec les coordonnateurs des Unités de Prise en Charge (UPEC) du VIH. Elle

est essentielle car elle constitue le niveau opérationnel de mise en œuvre des prestations de services et des stratégies. La coordination au niveau des sites demeure encore faible à cause de (i) l'insuffisance de la maîtrise des cahiers de charge par les coordonnateurs de sites, (ii) la confusion dans les rôles et les responsabilités des partenaires de mise en œuvre qui doivent apporter un appui technique à ces FOSA. Par conséquent, le renforcement de cette coordination constitue l'un des défis majeurs du programme. En effet, bien qu'insuffisantes, des réunions hebdomadaires ont été réalisées et des supervisions conjointes organisées afin de corriger des éventuels manquements décelés dans la prestation des services.

Le tableau ci-dessous résume quelques difficultés identifiées au cours de ces réunions ainsi que les solutions proposées.

Tableau 10 : tableau de résolution des problèmes dans le cadre de la coordination des sites.

Problèmes	Solution	Méthodologie	Responsable
Absence d'un cadre de concertation avec les partenaires et formations sanitaires	Instituer une réunion de coordination hebdomadaire avec les partenaires et formations sanitaires	Réunions hebdomadaires en présentielle ou via internet avec toutes les parties prenantes (partenaires, OBC, FOSA, PF GAS et GTR) en fonction de l'agenda du jour.	GTR
Faible collaboration de certains prestataires des FOSA et OBC	Impliquer des coordonnateurs des UPECs dans la validation des données des OBC (Dispensation communautaire)	Réunions mensuelles de coordination pour l'identification des patients éligibles à la dispensation communautaire	Coordonnateurs UPEC PF OBC

Source : Rapports annuels des régions, 2021.

III.2. Coordination au niveau district (niveau opérationnel)

Au niveau du District de Santé (DS), les réunions de coordination devraient impliquer l'équipe cadre de district et les coordonnateurs des UPEC. Ces réunions existent, mais sont insuffisantes et peu documentées. Toutefois, des réunions mensuelles ainsi que des supervisions conjointes ont été menées. Cependant, une des difficultés rencontrées a été l'absence d'harmonisation du nombre de réunions à programmer par région.

Le tableau ci-dessous résume le plan de résolution des problèmes identifiés.

Tableau 11 : Tableau de résolution des problèmes dans le cadre de la coordination au niveau district.

Problèmes	Solution	Méthodologie	Responsable
Faible réalisation des réunions de	Tenir des réunions mensuelles	Réunion mensuelle en présentiel ou via internet impliquant tous les	Chef de district de santé

Problèmes	Solution	Méthodologie	Responsable
coordination planifiées		partenaires d'implémentation du district de santé	
Absence de validation des données de tous partenaires	Tenir une réunion de validation des données mensuelle au niveau du district de santé	Utilisation des systèmes de production des données disponibles afin d'assurer la qualité des données disponibles	Chef de district de santé
Faible implication du district dans les interventions des partenaires d'implémentation	Mettre en œuvre de façon conjointe toutes les activités de lutte contre le VIH au niveau du district	Préparation, implémentation, suivi et feedback des activités de lutte contre le VIH avec l'équipe du district de santé.	Chef district santé et responsable des équipes des partenaires d'implémentation.

Source : Rapports annuels des régions, 2021.

III.3. Coordination régionale

La coordination au niveau régional permet la gestion des différentes opérations de riposte et facilite la gestion des ressources mises à disposition à cet effet. Elle s'organise autour du GTR. On distingue deux niveaux de coordination. Un premier niveau qui est la coordination interne. Elle permet de faire le point sur le déploiement de l'équipe du GTR dans la coordination des interventions sur le terrain, et proposer des mesures de remédiation aux problèmes majeurs éventuellement identifiés. La coordination interne se fait à travers des réunions hebdomadaires. Le second niveau de coordination elle celui qui implique toutes les parties prenantes à la lutte contre le VIH interagissant dans la région. Elle est placée sous le leadership des Gouverneurs de régions et implique les réponses sectorielles (délégations régionales des ministères), ainsi que la société civile qui œuvre dans la réponse communautaire.

Dans le sens du renforcement de la coordination régionale, des sessions de coordination se sont tenues sous le lead de l'Unité de Coordination des Subventions et Autres Partenaires (UCS-FMP). Il s'agissait d'une tournée de sensibilisation dans les dix régions du pays, pour l'appropriation de la riposte au VIH par les districts de santé et les différents groupes techniques régionaux (TB, VIH et Paludisme) en lien avec les nouvelles modalités de mise en œuvre du cadre des subventions allouées à ces trois maladies. Cette tournée a également permis d'identifier de façon participative, les différents goulots d'étranglement qui minent la coordination des interventions sur le terrain.

Tableau 12 : Tableau de résolution des problèmes dans le cadre de la coordination régionale..

Problèmes	Solution	Méthodologie	Responsable
Faible visibilité des activités menées par	Mobiliser l'ensemble des sectoriels pour l'implication dans la lutte	Participation de tous les sectoriels aux réunions de coordinations régionales	Coordonnateurs GTR

Problèmes	Solution	Méthodologie	Responsable
les sectoriels au niveau déconcentré			
Non tenue des réunions de coordination avec la société civile	Trouver les moyens financiers nécessaires pour l'organisation de ces rencontres	Recherche de financements à travers un plaidoyer auprès des PTF, des CTD et des élites locales	GTR
Absence des PF dans les CTD et dans les sectoriels au niveau déconcentré	Designier les points focaux dans les collectivités territoriales décentralisées et dans les sectoriels		Sectoriels, CTD

Source : *Rapports annuels des régions, 2021.*

III.4. Coordination nationale

La coordination au niveau national permet le suivi de la gestion des ressources mises à disposition par l'État et les différents partenaires dans le cadre de la mise en œuvre de la riposte au VIH, et permet de veiller à la cohérence des différentes interventions.

La coordination de la riposte est assurée par le CNLS qui associe tous les sectoriels et les autres parties prenantes de la riposte (Système des Nations Unies, Bilatéraux et multilatéraux, ONG internationales et nationales, Organisations de la société civile y compris les groupes de PvVIH) sous le leadership de son Président, le Ministre de la Santé Publique. L'organe technique de ce comité est le Groupe Technique Central du CNLS (GTC/CNLS). Le Comité a pour rôle de faciliter la coordination des différents acteurs de la riposte au niveau national, et doit se réunir deux fois par an.

Au cours de l'année 2021, la coordination au niveau nationale a été marquée à trois niveaux à savoir la coordination des partenaires du niveau stratégique, la coordination au sein du groupe technique central et la coordination des groupes techniques régionaux.

i. Coordination des partenaires du niveau stratégique

La coordination des partenaires stratégiques a été marquée par la tenue des réunions de coordination stratégique. La réunion des membres statutaires du CNLS a été présidée par le Ministre de la Santé Publique en tant que Président du CNLS. Cette assise a offert l'occasion d'adopter la nouvelle stratégie nationale de lutte contre le VIH (PSN 2021-2023) et de valider le rapport annuel des activités de lutte contre le VIH de l'année 2020.

Dans cette même logique, le GTC/CNLS, avec l'appui financier du PEPFAR, a organisé une réunion de coordination dont l'objectif était de renforcer la coordination des interventions des acteurs de mise en œuvre du programme VIH pour optimiser les résultats. Au cours de cette rencontre, les discussions ont porté sur la couverture des interventions sur le terrain, les interactions entre partenaires d'implémentation, et les problématiques spécifiques de coordination. Ces assises ont permis d'adresser les difficultés à l'instar de : l'existence des interventions de certains partenaires non connue de la

coordination nationale, la faible disponibilité à tous les niveaux d'intervention des directives et documentation encadrant les différents domaines de la lutte contre le VIH au Cameroun et l'élaboration des plans d'actions conjoint impliquant tous les acteurs de mise en œuvre à différents niveaux. La synthèse des résolutions prises et suivies est consignée en annexe de ce document.

De façon périodique, le GTC/CNLS a tenu au cours de l'année 2021, des réunions trimestrielles de coordination avec les responsables des partenaires d'implémentation du CDC/PEPFAR, les points focaux VIH des ministères, et les responsables des ONG/Associations.

Les réunions de coordination avec les responsables des partenaires d'implémentation du CDC/PEPFAR ont permis de faire régulièrement le point sur les résultats obtenus par groupes cibles, domaines d'interventions et zones géographiques. Cette plateforme d'échanges a permis d'adresser les problèmes d'harmonisation du paiement des primes des APS, la tenue au niveau régional des séances de micro planification régionale et le suivi participatif du micro plan avec les partenaires d'implémentation CDC/PEPFAR.

Les réunions de coordination avec les sectoriels ont permis d'assurer l'appropriation de la stratégie nationale, d'impulser la création des commissions centrales de coordination des activités de riposte au VIH et le sida, et de recommander l'élaboration des plans sectoriels alignés au PSN 2021-2023. C'est ainsi que le plan sectoriel du MINDDEVEL a été élaboré et celui du MINAS est en gestation.

ii. Coordination au sein du Groupe Technique Central du CNLS

Dans le cadre de la coordination des équipes du niveau central, une réunion du GTC/CNLS avec la participation de la DLMEP est tenue chaque semaine. En marge de cette rencontre, se tient une réunion de direction hebdomadaire regroupant le Secrétariat Permanent, les différents Chefs de sections et les responsables des projets. Ces assises ont permis de faire le suivi de la coordination sur le terrain et définir des stratégies de mise en œuvre. C'est ainsi qu'ont été mises en place, des groupes de réflexion thématique (Prévention, DSD, Auto dépistage, PECPA, suivi évaluation, populations clés, préservatifs) pour faciliter l'implémentation de la lutte contre le VIH. En outre, les référents régionaux ont été désignés pour accompagner les GTR dans la mise en œuvre de leurs activités et la production des livrables.

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre des subventions gérées au niveau du GTC/CNLS, des réunions mensuelles de coordination se sont tenues avec l'équipe du Fonds mondial, d'une part, et celle de l'Expert technique PEPFAR, d'autre part. Ces rencontres ont permis de faire le point sur la mise en œuvre de la subvention NFM3 et du Coag PEPFAR logé au GTC/CNLS. A l'issue de ces séances, des résolutions ont été prises pour faire face aux difficultés rencontrées dans l'implémentation des interventions retenues dans le cadre de ces subventions.

iii. Coordination des groupes techniques régionaux :

Dans le suivi de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le VIH, le GTC/CNLS a organisé chaque semestre une réunion de coordination avec les GTR/CNLS et le Sous Récipiendaire (SR). Ces instances ont permis globalement d'adresser les problématiques courantes rencontrées au cours de la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH sur le plan opérationnel. Elles ont permis entre autres : (i) d'impulser la tenue des réunions de coordination régionale impliquant tous les partenaires, les sectoriels et les ONG/associations représentés au niveau régional ; (ii) de booster les activités du sous récipiendaire dans les différentes régions ; (iii) de faciliter l'appropriation des équipes régionales sur les activités majeures de différenciation des services VIH ; (iv) de produire un document de gestion

des APS dans les FOSA ; (v) de faciliter l'appropriation de l'outil électronique des commandes des intrants VIH par les FOSA ; (vi) d'impulser le suivi des points focaux GAS pour un rapportage complet de l'information attendue mensuellement au niveau central.

En 2021, 100% des réunions de coordination programmées se sont tenues en présentiel et en distanciel, compte tenu du contexte de la pandémie à la Covid 19.

IV. Difficultés rencontrées dans l'implémentation de la coordination, stratégies de mitigation et challenges

Les principales difficultés identifiées dans le registre de la coordination sont :

- faiblesse de la gouvernance (absence de plans sectoriels de riposte, documentation sur le partenariat) ;
- confusion des rôles entre le CNLS et les directions techniques du MINSANTE ;
- absence d'une cartographie nationale ou régionale des acteurs et leurs zones d'interventions ;
- insuffisances de financements du volet « coordination » par les partenaires, la planification des interventions des partenaires ne permet pas de maîtriser les différentes actions menées sur le terrain et d'évaluer le bénéfice pour le pays dans le cadre du PSN 2021-2023 ;
- conflit de calendriers.

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

La lutte contre le VIH, le sida et les ISTs a connu de nombreuses avancées qui ont contribué à la réduction de l'infection à VIH. Parmi ces avancées, la prévention reste la toute première intervention.

Sur l'évidence qu'aucune méthode ni approche de prévention unique ne peut stopper l'épidémie de VIH à elle seule, plusieurs méthodes et interventions qui ont prouvé leur haut niveau d'efficacité dans la réduction du risque d'infection à VIH ont été planifiées et mises en œuvre au cours de l'année 2021. Cette prévention intègre : (i) le Renforcement de la communication pour le changement de comportement avec promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins ; (ii) le Conseil dépistage volontaire du VIH ; (iii) la Prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ; (iv) la Sécurité transfusionnelle ; (v) la Prophylaxie des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques (ou Prophylaxie post-exposition, PPE) et (vi) la Prophylaxie Préexposition (PrEP).

I. Renforcement de la communication pour le changement de comportement

Au terme de la première année de mise en œuvre du PSN 2021-2023, les interventions visant la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) face au VIH/Sida ont concouru au renforcement de la prévention des nouvelles infections à VIH. Plusieurs acteurs (notamment la société civile, les sectoriels, les CTD, les PTF et les Confessions religieuses) ont orienté leurs interventions vers des populations vulnérables (jeunes et adolescents, population carcérale, personnes en situation de handicap, etc...) d'une part, et auprès des populations clés (HSH, TS, TG, UDI) d'autre part à travers le développement de diverses stratégies de communication. Il s'agit notamment de la communication à travers les médias classiques, la communication digitale et les interventions interpersonnelles, à l'occasion des événements spéciaux tels que la campagne « Vacances Sans Sida », le Mois Camerounais de lutte contre le Sida 2021, etc.

I.1. Communication numérique

Les technologies de l'information et de la communication ont été utilisées pour atteindre la population en général et les jeunes en particulier. En tant qu'espaces de discussions, d'échanges, de création et de maintien du lien social, les réseaux sociaux et diverses autres plateformes numériques animées par le CNLS et d'autres acteurs de la riposte, ont été mises à contribution pour la communication et la sensibilisation sur le VIH et les IST. Les principales plates formes ayant été utilisées à ces fins sont déclinées ci-dessous :

- **Stay alive** : réseau social utilisé par les jeunes. La page « Stay alive » a fourni des réponses à ses 429 membres à travers des discussions régulières et des publications.
- **All civil society** : Plateforme numérique (WhatsApp) utilisée par la Société Civile pour vulgariser leurs activités et échanger sur les questions de santé (VIH/ Sida, les IST, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites) ainsi que de droit à la santé et pédagogiques bien précises. Ce groupe compte 249 Membres, avec en moyenne 50 discussions et 21 Publications journalières.
- **100% jeunes, 100% réglo** : ACMS dans sa stratégie digitale pour le changement de comportement en direction des jeunes utilise différents fora fréquentés par ces derniers, notamment 18 579 abonnés Facebook ; 2 724 abonnés Twitter ; 1 032 abonnés Tik Tok ; 625

abonnés Instagram. Ces plates formes ont été utilisées pour diffuser 05 news letters pour 120 233 visites du site web yellow réglo. 495 participants ont eu des échanges dans l'espace Tchat de l'application "Hello Ado" et 2200 téléchargements de l'application Android Réglo ont été effectués.

- **Ma Vie sans IST/VIH2.0** : CAMNAFAW dans le cadre de la mise en œuvre de ses programmes et de ses projets a utilisé les services des Community manager pour animer le groupe Facebook « Ma Vie Sans IST/VIH2.0 » afin de toucher les cibles dites «hard to reach ». Cette activité a permis de toucher 9 556 hard-to-reach, à travers 20 messages publiés sur les thématiques aussi variées que le VIH, les IST, les VBG, les Grossesses précoces, le PF, la TB et COVID-19.
- **Initiative U-report** : Plateforme gouvernementale coordonnée par le MINJEC avec l'appui technique de l'UNICEF. Cette initiative est un outil de communication gratuite qui favorise les échanges entre enfants, adolescents et jeunes. Au total 4 127 adolescents et jeunes y sont inscrits. En 2021, 2.133 appels ont été reçus sur la ligne verte et 170 référencement ont été effectués.
- **Healthymboa.org** : Cette plateforme est une vitrine, un cadre d'échange, d'information et de formation offert aux organisations de la société civile qui interviennent dans le domaine de la santé au Cameroun, pour vulgariser leurs activités sur les questions de santé (VIH/ Sida, les IST, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites) et de droit à la santé à travers les ressources pédagogiques bien précises. Elle a enregistré plus de 3 826 visiteurs et reçu 35 messages des usagers au cours de l'année. Cette activité a permis d'avoir 20 publications émises par les organisations, 19 articles rédigés par les administrateurs, 39 articles publiés, pour un total de 3826 personnes qui ont visité le site.
- **Vacances Sans Sida** : Au cours de 2021, les groupes WhatsApp ont été créés par les dix GTRs pendant la campagne. Ces groupes sont animés pendant les périodes de vacances scolaires par les jeunes et par divers clubs santé des lycées et collèges pour les jeunes.

Au total **32 871** interventions ont été enregistrées sur ces plates-formes. Le tableau ci-dessous résume les échanges et interactions faites via Facebook et WhatsApp.

Tableau 13: Réseaux sociaux et autres plateformes de communication digitale

	Vacances sans Sida	100% jeune Cameroun	Stay alive	Bella santé par CAMNAFAW	Plus tard c'est mieux	Ma Vie sans IST/VIH
Nombre de membres en 2021	580	472	429	578	3,0 K	3,5 K
Nombre de messages transmis	2 976	49	23	39	65	52
Nombre de likes reçus/Interaction	357	16 468	431	1 065	894	8 923
Nombre de partages	78	567	18	321	79	469
Nombre d'interventions	3 411	17 084	472	1 425	1 035	9 444

Source : Rapports GTRs, ACMS, CAMNAFAW et CSC 2021

I.2. Interventions médiatiques

Les médias classiques (presse écrite, radio, télévision, etc.) ont apporté leur contribution à la promotion des comportements à moindre risques au sein de la population. Plusieurs interventions médiatiques, en l'occurrence des reportages spéciaux et les microprogrammes, la vulgarisation des bonnes pratiques en direction des PvVIH. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes infectées/affectées par le VIH a également été au menu des principales interventions médiatiques lors des principaux événements spéciaux organisés par le CNLS et ses partenaires.

Lutte contre le VIH/Sida : les jeunes filles en première ligne

Par Assiatou NGAPOUT M. 22 Juin 2021 10:48 0 Likes



L'initiative « Education Plus » qui vise à autonomiser cette frange de la population a été lancée par le Premier ministre, chef du gouvernement, Joseph Dion Ngute, hier à Yaoundé.

Tous unis pour une même cause à travers l'initiative « Education Plus » visant à réduire les infections à VIH/Sida et à autonomiser les adolescentes et jeunes femmes. Le ton a été donné hier par le Premier ministre, chef du gouvernement, Joseph Dion Ngute, représentant personnel du chef de l'Etat à l'occasion du lancement de ce programme. Cette frange de la population âgée entre 15 et 24 ans, vulnérable, est neuf fois plus susceptible de contracter cette affection que les garçons du même âge, à en croire Onusida. Promu conjointement par cinq programmes et agences onusiennes (Onusida, Unesco, Unicef, Unlpa, Onu Femmes) et l'ensemble du système des Nations unies, cet atout majeur dans l'éducation de la fille vise essentiellement à éliminer les infections au VIH, en retenant d'avantage ces jeunes à l'école jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire. Il ambitionne également de doter les adolescents sans distinction de sexe, d'un ensemble complet de services leur permettant de satisfaire leurs besoins fondamentaux pour une transition saine et réussie vers l'âge adulte.

Le succès de cette approche comme l'a souligné Joseph Dion Ngute, réside dans l'engagement d'autres acteurs tels que les départements ministériels, le secteur privé et la société civile. « L'objectif de la démarche étant de susciter une amélioration des parties, ainsi que de mentalités en faveur de l'éducation de la jeune femme, étant entendu qu'il s'agit d'un levier très important de leur autonomisation et de leur protection contre les infections du VIH/Sida », a précisé le

En matière de renforcement des capacités, la CAMNAFAW a procédé à la formation de 27 influenceurs pour le compte du SR/TS et CTS. Ladite formation a bénéficié d'une importante couverture médiatique. Aussi, 20 hommes de média ont été formés par le Recap+ sur les questions d'auto-stigmatisation, stigmatisation et discrimination en lien avec le VIH.

I.3. Communication hors media

La communication interpersonnelle (CIP) a constitué la technique de communication à haut impact (changement de comportement sexuel) largement utilisée dans le cadre des causeries éducatives surtout chez les jeunes. Implémentée par plusieurs acteurs notamment par la société civile, les sectoriels, les CTD et les Confessions religieuses, cette technique a permis de faire participer leurs différentes cibles à l'analyse des risques ainsi qu'à la recherche des solutions appropriées.



D'autres supports et leviers de communication ont été utilisés, notamment les sites web des acteurs intervenants dans la riposte au VIH, les bannières, les newsletters, les vidéos téléchargeables, les banderoles, affiches et les dépliants.

I.4. Renforcement de la communication pour le changement de comportement en faveur des populations spécifiques

La Communication pour le Changement de Comportement en faveur des populations spécifiques se fait par le biais des activités de renforcement des capacités des acteurs, de sensibilisation, de production et de distribution des outils comme matériel de prévention.

I.4.1. Populations clés

Dans le cadre des activités de sensibilisation, **56 889** personnes ont été touchées conformément à la ventilation du tableau ci-dessous.

Tableau 14 : Récapitulatif de la distribution globale des préservatifs en 2021

Populations clés	Nombre de personnes ayant été sensibilisées
TG	255
UDI	1878
HSH	5609
TS	49147

Source : *Rapports CAMNAFAW et CHAMP, 2021.*

I.4.2. Les populations vulnérables

Les activités de sensibilisation / d'information / de communication pour le Changement de Comportement menées par la société civile ont permis de toucher **257 963** adolescents (filles et garçons) scolarisés et non. Ces jeunes ont bénéficié des programmes de prévention en matière de VIH notamment, **36 295** jeunes âgés de 10-14 ans et **221 668** âgés de 15-24 ans pour la cible non scolarisée quant aux ado-jeunes scolarisés **34 410** personnes ont été touché par ces activités.

- [Contribution de la Société Civile](#)

La société civile à travers les organisations à base communautaires (OBC) a organisé plusieurs sessions de renforcement de capacités des acteurs (PE /Teenagers Mentors/ influenceurs WEB/ journalistes/ Enseignants) sur la promotion des moyens de prévention des IST/VIH, la paire éducation et l'accompagnement psychosocial. Le détail sur le nombre de sessions organisées et le nombre d'acteurs formés pour chacune des cibles est présenté en annexe.

- [Contribution des sectoriels](#)

Les activités de sensibilisation / d'information / de communication pour le Changement de Comportement ont été menées par les administrations sectorielles, particulièrement à l'occasion des grands évènements tels que le mois camerounais contre le VIH, la Journée Internationale de la Femme, la Journée Internationale des Personnes Handicapées, etc. Ces activités ont permis de toucher un total de **54 187** personnes.

- [Contribution des Collectivités territoriales Décentralisées \(CTD\)](#)

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités relatives à la prévention des nouvelles infections du VIH, l'intervention des CTD a permis de toucher **19 816** personnes dans les régions du Centre, le Sud et de l'Est. La région du Centre a enregistré la plus grande performance avec **82,3%** (**16 316/19 816**)

des personnes touchées. Cela se justifie par l'accompagnement apporté par certains PTF comme ONUSIDA et IAPAC, à travers le projet « *Fast Track cities* ».

- [Contribution des confessions religieuses](#)

Le renforcement de la communication pour le changement de comportement par les confessions religieuses a été mise en œuvre à travers les séances d'informations, les causeries éducatives en communauté, des communications sur le VIH lors des prêches dans les églises, mosquées, congrégations et les sensibilisations sur le VIH/Sida, l'EVA (Education à la Vie et l'Amour), l'EVF/EMP/VIH-sida (Éducation à la vie familiale en matière de populations. Ces activités ont permis de toucher **65 439** adolescents et jeunes, comme en atteste le *rapport annuel 2021 des confessions religieuses*.

I.5. Renforcement de l'offre de préservatifs

Les axes clés du renforcement de la prévention de la transmission du VIH, des IST et la lutte contre les grossesses non désirées, incluent la distribution des préservatifs masculins, féminins et des lubrifiants. Trois circuits de distribution ont été identifiés. Il s'agit de : la distribution gratuite par l'intermédiaire des réseaux communautaires, la distribution dans le cadre du planning familial, et la distribution par le marketing social.

I.5.1. Situation de la distribution des préservatifs en 2021

Au total 33 111 351 préservatifs masculins ont été distribués en 2021, dont 11 341 587 par les acteurs du marketing social, 10 670 364 par le secteur public et 4 188 546 à travers les réseaux communautaires. Il faut signaler que les données de distribution de ces matériels par le secteur privé ne sont pas disponibles. En ce qui concerne les préservatifs féminins, 2 660 738 unités ont été distribués en 2021. L'on note une régression en termes de distribution de ce produit (2 660 738 / 2 918 908) par rapport à l'année 2020.

Il ressort de la situation faite (tableau ci-dessous) que cinq acteurs majeurs ont œuvré dans l'atteinte de ces résultats en 2021. Il s'agit d'ACMS, du CNLS, de DKT, USAID/CHAMP et CAMNAFAW. Ces structures impliquées dans le marketing social des préservatifs ont chacune développé des stratégies propres pour assurer la disponibilité et l'accessibilité aux préservatifs masculins et féminins ainsi qu'aux lubrifiants auprès de leurs cibles respectives.

Tableau 15 : Récapitulatif de la distribution globale des préservatifs en 2021

Acteurs	Structures	Préservatifs masculins	Préservatifs féminins	Lubrifiants
Marketing social	ACMS	11 341 587	600	0
	DKT	6 910 584	0	0
Secteur public	CNLS/UNFPA	10 670 634	1 882 529	12 071 000
ONG et Associations	CAMNAFAW	2 092 892	9 535	774 676
	USAID/CHAMP	2 095 654	768 074	1 213 460
TOTAL		33 111 351	2 660 738	14 059 136

Source : [Rapports ACMS, CAMNAFAW, CARE 2021](#)

Au niveau régional, la distribution a été faite par les GTR qui ont reçu les préservatifs et lubrifiants du GTC-CNLS, de la CAMNAFAW ainsi que CHP. 63,4% des préservatifs masculins distribués au

niveau régional l'ont été au Littoral. Cette prédominance a aussi concerné les préservatifs féminins (42,5%) et les lubrifiants (74,9%).

Tableau 16 : Récapitulatif de la distribution globale des préservatifs en 2021

	Préservatifs masculins	Préservatifs féminins	Lubrifiants
Adamaoua	102 333	5 470	56 596
Centre	79 132	1 261	30 927
Est	385 344	392 288	317 749
Extrême-Nord	85 401	2 475	29 233
Littoral	4 003 357	493 984	2 747 037
Nord	703 866	166 378	357
Nord-Ouest	111 168	18 084	17 000
Ouest	311 720	23 951	241 421
Sud	165 905	4 674	48 546
Sud-Ouest	362 754	52 997	178 073
	6 310 980	1 161 162	3 666 939

Source : Rapports annuels des régions (GTR), 2021.

- [Association Camerounaise pour le Marketing Social \(ACMS\)](#)

En matière de communication sur les préservatifs, l'ACMS a axé sa stratégie sur la campagne d'affichage de Prudence Plus Prestige Nature (avec 09 panneaux de 12m² affichés dans les villes de Douala, Yaoundé, Bonis, Bamenda, Bafoussam et Garoua), la diffusion de 206 spots dans les chaînes TV (CRTV, Canal2 et Equinoxe TV), et la diffusion de 19 spots dans les radios communautaires. 208 874 personnes ont été touchées. 31 703 nombres de vues sur le spot enregistrées. 5 979 interactions (commentaires, like, partages) et 64 discussions sur messageries ont été enregistrées.

- [DKT International Cameroun](#)

En 2021, afin de rendre accessible, disponible et d'atteindre les nécessiteux, l'équipe de vente de DKT avait pour responsabilité de promouvoir les préservatifs KISS auprès des différents opérateurs économiques et des usagers. En 2021, 6 910 584 préservatifs masculins ont été distribués sur l'étendue du territoire national.

En 2021, le nombre de préservatifs masculins et féminins distribués a diminué par rapport à 2020 tel qu'illustré dans le graphique ci-après. Si cette baisse est observée depuis 2019, concernant le préservatif féminin, la tendance était plutôt à la hausse pour le préservatif masculin. Par contre, on a noté une augmentation de la quantité des lubrifiants entre 2020 et 2021 d'environ 15%. Cette performance illustre la faible adhésion à l'utilisation du préservatif féminin, d'où la nécessité de renforcer la sensibilisation et le marketing social de cette méthode de prévention.

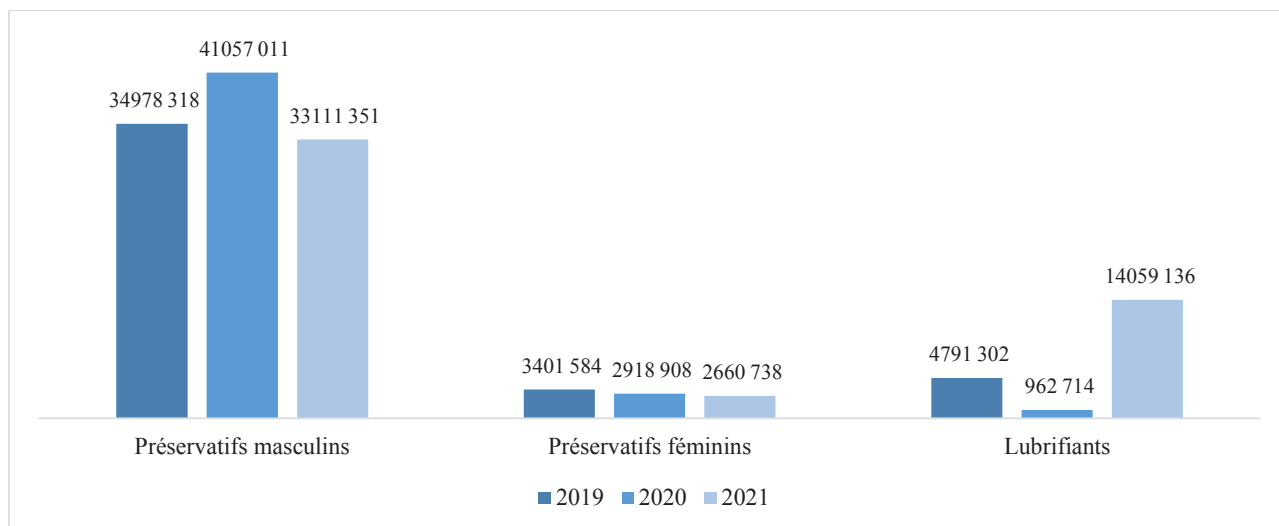


Figure 1 : évolution de la distribution des préservatifs et lubrifiants entre 2019 et 2021

Source : Rapports annuels 2016 à 2020, ACMS, DKT

I.6. Évènements spéciaux

I.6.1. Vacances sans sida

Sous le Haut Patronage de la Première Dame du Cameroun, S.E. Mme Chantal BIYA, Ambassadrice Spéciale de l'ONUSIDA, Synergies Africaines contre le Sida et les Souffrances et le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) ont organisé du 12 au 31 août 2021, la 19^{ème} édition de la campagne « **Vacances Sans Sida** » sous le thème : « **HIV OR COVID-19, YOU CAN PROTECT YOURSELF. STAY ALIVE** ». A travers ce thème, il était question de susciter la prise de conscience des ado - jeunes sur les risques liés à la contamination aux IST, au VIH et à la COVID-19. La campagne s'est déroulée dans les dix (10) régions du Cameroun sous la coordination des Groupes Techniques Régionaux de lutte contre le sida. L'essentiel des activités de VSS 2021 était axé sur :

- le renforcement des capacités des pairs éducateurs et de leurs encadreurs sur le VIH, la COVID-19 et les techniques de communication ;
- le lancement officiel de la campagne ;
- la sensibilisation des jeunes à travers la communication interpersonnelle de proximité, la communication digitale, le dépistage – conseil du VIH à travers les Unités Mobiles

Pour l'édition de 2021, 580 pairs éducateurs recrutés, formés et déployés dans les 10 régions du Cameroun ont été mis à contribution pour sensibiliser leurs pairs à travers les causeries éducatives, les entretiens individuels, les échanges sur les réseaux sociaux. Leurs activités ont permis d'obtenir les résultats ci-après :

- [Sensibilisation des jeunes](#)

Tableau 17 : Récapitulatif des données en CCC

Activités menées	Résultats obtenus
Causeries éducatives	13 047
Entretiens individuels	401 983
Nombre de jeunes filles sensibilisées	368 521

Nombre de garçons sensibilisés	379 024
Nombre de préservatifs masculins distribués gratuitement	274 000
Nombre de préservatifs féminins distribués gratuitement	1 035
Nombre de lubrifiants distribués gratuitement	66 000
Nombre de partages enregistrés à travers les pages Facebook	2 012
Nombre de likes et commentaires enregistrés à travers les pages Facebook	7 016
Nombre de conversations enregistrés à travers les groupes WhatsApp	3301
Nombre de nouveaux U-reporters enregistrés	78

Source : *Rapports des GTRs*

- [Conseil Dépistage du VIH](#)

Les Unités Mobiles des GTR et du GTC ont été mises à contribution principalement dans les lieux de grand rassemblement des jeunes. Des données de neuf UM sur dix, il ressort que parmi les 9 627 personnes conseillées et 8 357 ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH. 116 personnes ont été déclarées VIH positives correspondant à un taux de séropositivité de 1,4 %.

Dans la tranche d'âge 10-24 ans, les données analysées ont montré que 5 305 ado/jeunes ont été conseillés pendant la période et 4 997 dépistés pour le VIH. Parmi les 4 997 jeunes dépistés, 67 ont été déclarés VIH positifs. Le taux de séropositivité dans la tranche d'âge 10-24 ans était de 1,3%.

- [Enrôlement aux soins et au traitement des jeunes testés séropositifs](#)

Les cas déclarés positifs ont été accompagnés dans le CTA ou l'UPEC le plus proche par les Accompagnateurs Psycho-Sociaux (APS) pour une prise en charge. Parmi les 67 jeunes déclarés VIH positifs, 11 connaissaient déjà leur statut sérologique et étaient déjà sous TARV. 56 (21 garçons et 35 filles) ont été référés dans les structures de prise en charge et mis sous traitement pendant la campagne.

I.6.2. Mois Camerounais et la Journée mondiale de lutte contre le Sida

En prélude à la commémoration de la Journée mondiale de lutte contre le sida, le CNLS a organisé du 1^{er} au 30 novembre 2021, en collaboration avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la riposte, un mois d'intenses activités de lutte contre le sida sur l'ensemble du territoire national, dénommée Mois Camerounais de lutte contre le VIH et le sida. L'objectif était de mobiliser l'ensemble des acteurs nationaux de la riposte au VIH pour susciter la prise de conscience au sein de la communauté nationale des risques liés à la contamination au VIH et au sida et les conséquences de l'infection dans un contexte marqué par la recrudescence de la pandémie du nouveau coronavirus.

La 6^{ème} édition du Mois camerounais de lutte contre le sida 2021 avait pour slogan : « **Ensemble, pour la protection et l'amélioration de la prise en charge de nos enfants et adolescents** ». Il s'agissait pour le CNLS et ses partenaires, de saisir l'opportunité d'adresser la problématique de la prise en charge des enfants et des adolescents.

- [En matière de la prévention du VIH](#)

Sensibilisation et mobilisation : Les activités de sensibilisations ont été faites par de nombreux acteurs notamment les GTRs, les sectoriels, les CTDs et les organisations de la société civile (OSC). A travers les causeries éducatives, 144 597 personnes (80 633 hommes et 60 129 femmes) ont été sensibilisées. Relevons que par rapport à l'édition de 2020, le nombre de personnes touchées a augmenté de 21 316. Plusieurs thématiques notamment la prévention, la prise en charge et l'accompagnement psycho-social ont été abordées au cours des activités de sensibilisation.

Distribution des préservatifs et des lubrifiants : 1 125 783 préservatifs masculins ont été distribués contre 689 657 distribués au cours de l'édition 2020. Les préservatifs féminins représentaient 9,8 % (119 509/1 209 807) de l'ensemble des préservatifs distribués ; ce pourcentage est légèrement supérieur au 8,1 % obtenu en 2020. S'agissant de la distribution des Lubrifiants l'on observe une augmentation de 29% soit 223 001 lubrifiants en 2021 contre 172 995 en 2020.

Les sectoriels à eux seuls ont distribué 806 919 soit 71,7 % du total. Le secteur privé, enregistre une faible performance soit 0,6 % (6 700/1 125 783) de l'ensemble.

Tableau 18 : Distribution des préservatifs au cours du Mois Camerounais, 2021.

Acteurs	Préservatifs masculins		Préservatifs féminins		TOTAL préservatifs		Lubrifiants	
	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020
GTR	118 231	348 380	17 453	21 748	135 684	370 128	11 536	67 752
SECTORIELS	806 919	90 178	64 681	11 305	869 600	101 483	16 697	11 300
CTD	29 452	ND	9 164	ND	5 131	ND	100	ND
Entreprises privées	6 790	ND	914	ND	7 704	ND	2 980	ND
ONG et Associations	164 391	251 099	27 297	27 762	191 688	278 861	191 688	93 943
TOTAL	1 125 783	689 657	119 509	60 815	1 209 807	750 472	223 001	172 995



Source : Rapports GTR, Sectoriels, CTD et ONG/Associations, 2021.

Renforcement des capacités : 763 personnes ont été formées sur diverses thématiques liées à la riposte au VIH/sida au cours de 25 sessions de renforcement des capacités. Ainsi, 185 personnes ont été formées par les administrations sectorielles, 137 par les CTD et 361 par les OSC. Les activités de renforcement des capacités initiées par les CTD ont quant à elles pris le format de conférences-débats et journées de réflexion. Indépendamment des catégories d'acteurs, ces résultats sont supérieurs à ceux du MCS 2020, à l'issue duquel 346 personnes avaient été formées. Cette progression significative est à mettre à l'actif de la forte implication des différentes catégories d'acteurs, et notamment des communautaires.

- [En matière de conseil et dépistage volontaire du VIH et lien au traitement](#)

Plusieurs stratégies ont été utilisées pour toucher les individus dans le cadre du dépistage notamment la stratégie fixe (en FOSA), la stratégie avancée (campagne, UM). A travers ces stratégies, 109 378 personnes ont été conseillées, 98 761 ont été testées au VIH et, 98 395 ont retiré leurs résultats. 2 841 ont été testés positifs au VIH parmi lesquels 1 932 ont été mis sous TARV soit un taux de mise sous TARV de 68 %. Par rapport à l'édition précédente, l'on a noté une évolution du nombre de personnes conseillées de 109 378 vs 78 138, du nombre de personnes dépistées de 98 761 Vs 77392.

Tableau 19 : Comparaison des résultats

	Résultats 2020	Résultats 2021
Nombre de personnes conseillées	78 138	109 378
Nombre de personnes dépistées	77 392	98 761
Nombre de personnes dépistées ayant retirées leurs résultats	77 101	98 395
Nombre de personnes testées positives	1 224	2841
Taux de séropositivité (en %)	1,6	0,03 
Nombre de personnes testées positives mises sous traitement	1224	1 932
Mise sous TARV	76 %	68 % 

Source : *Rapports Vacances Sans Sida, 2021.*

- [Analyse FFOM des activités du Mois Camerounais de lutte contre le sida 2021](#)

Tableau 20 : Analyse FFOM

Forces	Faiblesses
Forte participation communautaire	Faible appropriation de la lutte contre le sida par certains acteurs sectoriels, surtout au niveau des régions
Forte implication des formations sanitaires	Faible mobilisation des ressources financières et matérielles internes
Implication des CTD ainsi que des autorités administratives & traditionnelles	Faible déploiement des UM hors des grandes métropoles
Utilisation des réseaux sociaux pour la sensibilisation des populations	Faible adhésion des femmes et des jeunes filles au dépistage
Appui des médias classiques, des partenaires du Système des Nations Unies	Coordination insuffisante entre les secteurs gouvernementaux, les OSC
Opportunités	Menaces
L'implication des partenaires techniques et financiers dans la mise en œuvre des activités	Insécurité dans certaines régions du pays
	Rupture en intrants (tests de dépistage, préservatifs)

II. Renforcement de l'offre de dépistage

Le dépistage et la connaissance du statut vis à vis du VIH demeurent la pierre angulaire de toute politique de prévention contre cette pandémie. Au Cameroun, deux types de tests sont disponibles pour le dépistage du VIH de routine : (i) les tests rapides (TDR) ; (ii) les autotests de dépistage.

II.1. La connaissance du statut

Depuis 2020, La méthodologie de calcul du 1^{er} 95 actuellement utilisée par le CNLS est inspirée de l'article du Pr NGUEFACK et Al sur L'estimation du nombre de personnes qui connaissent leur statut positif vis-à-vis du VIH parue en 2020 à BMC Research Notes. La formule en question est présentée ci-dessous :

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

$$1_t^{er\ 95} = \underbrace{PVVIH_{Sous\ TARV_{(t-1)}}}_{(1)} + \underbrace{PVVIH_{pas\ sous\ TARV\ connaissant\ leur\ statut_t}}_{(2)}$$

□ (1) $PVVIH_{Sous\ TARV_{(t-1)}} = FA_{(t-1)}$

□ (2) $PVVIH_{pas\ sous\ TARV\ connaissant\ leur\ statut_t} = Absent_{(t-1)} + PDV_{(t-1)} - Décès_t - E_t + N_{pos_t} - N_{pos_t} * P_{retes_t} + \frac{N_{pos_t} * P_{retes_t}}{N_{Moy_t}} + (1 - l_{(t-1)}) * N_{pos_{(t-1)}} + N_{res}$

Tableau 21 : termes de la formule du calcul du 1^{er} 95

Variable	Source de collecte	Commentaires
□ $FA_{(t-1)}$: File active de l'année précédente à l'année de calcul;	DHIS 2	
□ E_t : Nombre de PvVIH ayant émigré pendant l'année de calcul;	RGPH, ECAM 4, Bucrep, IOM	Appliqué le taux d'Emigration nette dans les PvVIH identifiés
□ N_{pos_t} : Nombre de personnes testées positives dans l'année;	DHIS 2, données sur les populations clés et vulnérables	
□ P_{retes_t} : Probabilité de retesting pendant l'année de calcul;	Etude d'accès aux soins	
□ N_{Moy_t} : Nombre moyen de retesting dans l'année de calcul;	Etude d'accès aux soins	
□ $l_{(t-1)}$: taux de linkage de l'année précédente à l'année de calcul;	DHIS 2, données sur les populations clés et vulnérables	Lien direct
□ $N_{pos_{(t-1)}}$: nombre de positifs de l'année précédente;	DHIS 2, données sur les populations clés et vulnérables	
□ $PDV_{(t-1)}$: Perdus de vue de l'année précédente	Etude de PDV, données des APS	Appliqué le taux de PDV dans la FA de l'année précédente

Par le biais de cette formule, les résultats obtenus révèlent que le nombre de personnes qui connaissent leur statut vis-à-vis du VIH en 2021 est estimée à : 469793

En 2021, plusieurs stratégies de dépistage ont été mises en œuvre aussi bien dans la FOSA (CDIP, transfusion sanguine) qu'en communauté (autodépistage, dépistage démedicalisé, DIC, etc.). Malgré la poursuite de la pandémie à COVID-19, 3 479 989 personnes ont été dépistées (données des laboratoires privées étant manquantes). Cette performance se rapproche de celle de 2017 où 3 690 832 personnes avaient bénéficié d'un test VIH. Par ailleurs, on a observé une baisse du taux de séropositivité de 4,8%.

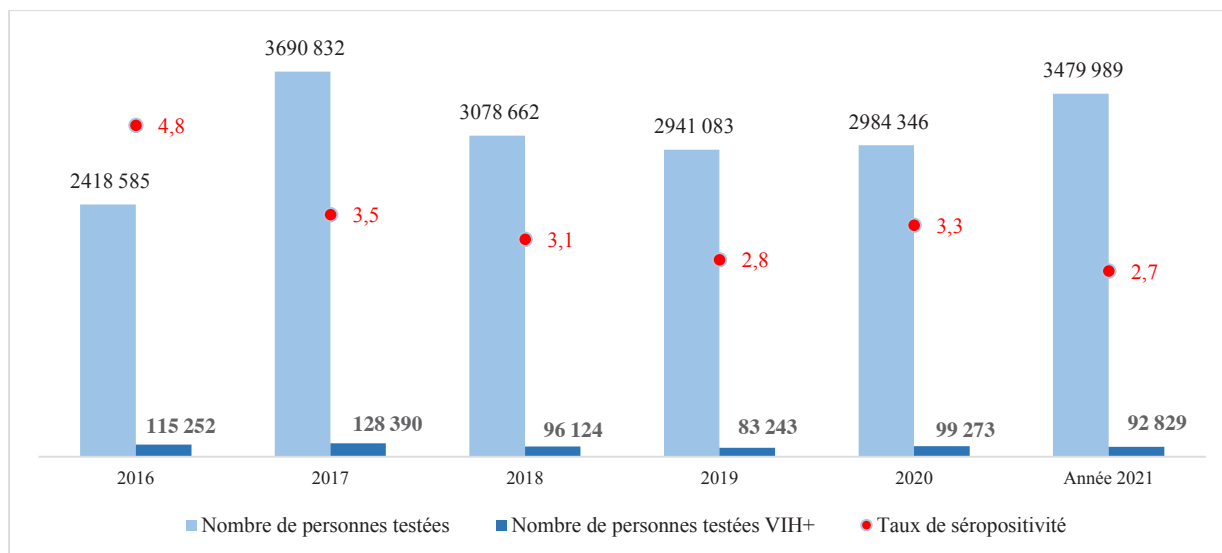


Figure 2 : Evolution du nombre de personnes dépistées entre 2016 et 2021.

Source : Rapports annuels 2016 à 2020 et DHIS2, mars 2022.

Concernant les personnes dépistées, 95,0% ont été dépistées dans une FOSA (CDV et Banque de sang) alors que 5% en communauté (UM VSS, autodépistage, DIC). La PTME (femmes enceintes et leurs partenaires) constitue toujours un pool important en termes de personnes dépistées. Le tableau ci-dessous le nombre de personnes testées ainsi que le taux de séropositivité par catégories de population. Globalement, on a observé une baisse du taux de séropositivité entre 2020 et 2021 sauf chez les AJGNS et les CTS.

Tableau 22 : Nombre de personnes testées par catégorie de population.

Catégories de la population	Nombre de personnes testées	Nombre de personnes testées VIH+	Taux de séropositivité	Taux de séropositivité, 2020
Population générale				
Femmes enceintes	813 641	8 442	1,0	1,5
Partenaires des FEC	37 762	561	1,5	2,8
Tuberculose (TB)	22 850	4 799	21,0	22,4
Poches de sang (Transfusion)	192 351	1 951	1,0	1,4
UM (VSS)	4 997	67	1,3	1,4
Autres	2 250 493	69 708	3,1	3,7
Populations clés et vulnérables				
Travailleuses de sexes	46 841	2 603	5,6	11,6
Clients de TS	18 965	576	3,0	2,4
HSH	18 801	1 953	10,4	13,0
TG	466	47	10,1	12,7
UD/UDI	6 019	228	3,8	8,2
AJFNS	29 800	368	1,2	1,2
AJGNS	12 634	127	1,0	0,7
Hommes en tenue	24 369	1 400	5,7	5,7
TOTAL	3 479 989	92 829	2,7	3,3

Source : DHIS2, Mars 2022, rapports CHAMP, CAMNAFAW, METABIOTA et PNLT.

II.2. Offre de dépistage du VIH en stratégie fixe

Le dépistage en stratégie fixe regroupe tous les dépistages réalisés dans les formations sanitaires.

Cascade de dépistage

Au cours de l'année 2021 (figure ci-dessous), 3 110 397 personnes ont été testées au VIH en stratégie fixe parmi lesquelles, 3 092 981 ont retiré leur résultat, correspondant à un taux de retrait des résultats de 99,44%. 84 449 personnes ont été testées VIH positives soit un taux de séropositivité de 2,72%.

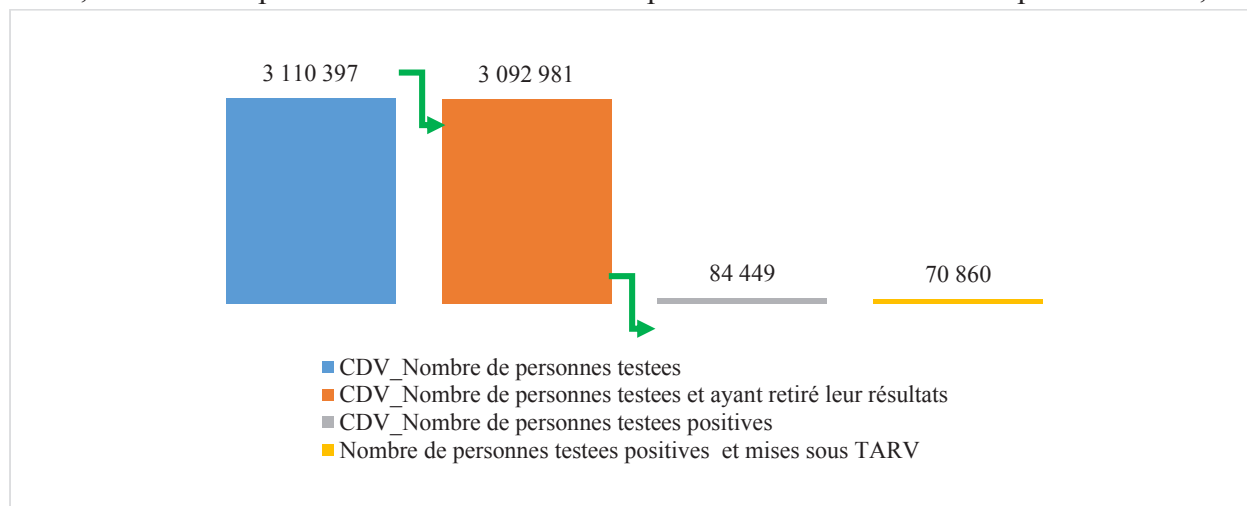


Figure 3 : Cascade de dépistage en stratégie fixe. Source : DHIS2, Mars 2022.

De l'analyse du taux de séropositivité par région il ressort que cinq régions sur dix ont un taux plus élevé que la moyenne nationale (2,7%). Il s'agit de l'Adamaoua (3,33%), le Centre (3,89%), l'Est (3,22%), le Littoral (2,82%) et le Sud qui a le taux le plus élevé (5,83%).

Tableau 23 : Nombre de personne testées, retraits des résultats et taux de séropositivité selon les régions

Régions	Personnes testées	Retrait des résultats	Taux de rendu des résultats	Personnes testées positives	Taux de Séropositivité
Adamaoua	193 006	192 073	99,52	6 419	3,33
Centre	584 617	580 911	99,37	22 726	3,89
Est	348 742	346 334	99,31	11 240	3,22
Extrême-nord	290 034	285 961	98,60	6 170	2,13
Littoral	435 657	433 883	99,59	12 273	2,82
Nord	328 458	326 085	99,28	6 349	1,93
Nord-ouest	358 742	358 074	99,81	3 478	0,97
Ouest	234 679	233 851	99,65	4 162	1,77
Sud	105 852	105 719	99,87	6 173	5,83
Sud-ouest	230 610	230 090	99,77	5 459	2,37
National	3 110 397	3 092 981	99,44	84 449	2,72

Source : Base DHIS 2 du 29/03/2022

• Pyramide des âges du dépistage

L'analyse de la situation globale du dépistage par sexe et par tranches d'âge au cours de l'année, permet de constater que tant au niveau du dépistage qu'à celui du nombre de testés positifs, la forme de la pyramide est concervée. Ceci sous entend que le poids de la maladie épouserait la structure par âge et par sexe des personnes testées. En effet, le nombre le plus élevé de personnes positives a été obtenu dans la tranche 25-49 ans qui représente en même temps la tranche d'âge ayant bénéficié de plus de tests au cours de l'année.

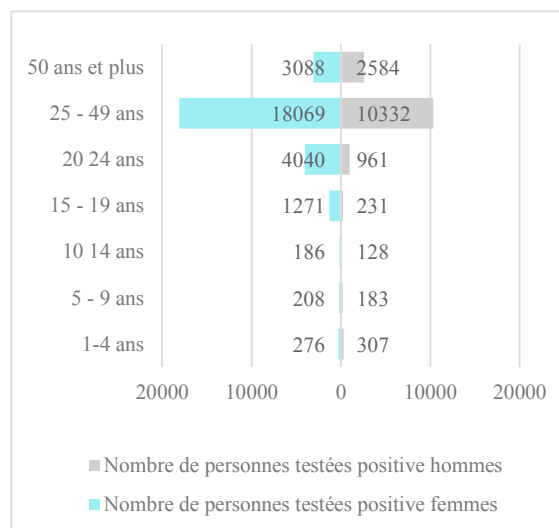
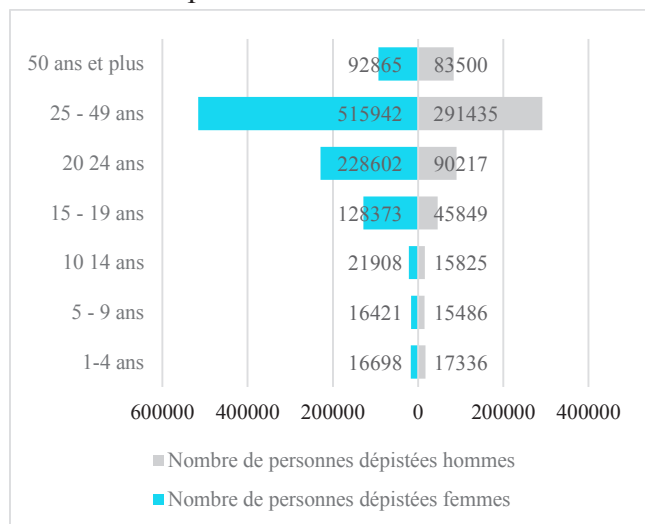


Figure 4: Pyramide des âges du dépistage au cours de l'année 2021 **Figure 5:** Pyramide des âges des personnes testées positives en 2021

• Dépistage dans la population générale

Seules les données des FOSA ont été désagrégées par tranche d'âge et par sexe.

- Par sexe : persistance d'une féminisation de l'épidémie. En effet, 64,4% des personnes testées étaient de sexe féminin légèrement supérieur par rapport à 2020 et 2019 respectivement 63,9% et 63,7%. Comme pour les années précédentes, Cette tendance n'est pas retrouvée chez les moins de 10 ans où la prédominance est masculine.
- Par âge : on constate une baisse du pourcentage des personnes dépistées chez les moins de 15 ans

II .2.1 Taux de séropositivité

• Evolution des taux de séropositivité au niveau national de 2016 à 2021

la figure ci-dessous présente l'évolution des taux de séropositivités des personnes testées dans la période 2016 à 2021. Nous observons une baisse de la séropositivité passant de 4,8% en 2016 à 2,7% en 2021. Bien q'ayant connu un rebond en 2020 (3,3%). Les années 2016 et 2017 sont les années au cours des quelles nous avons eu plus de personnes testées positives, respectivement de 115 252 et 128 390 positifs.

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

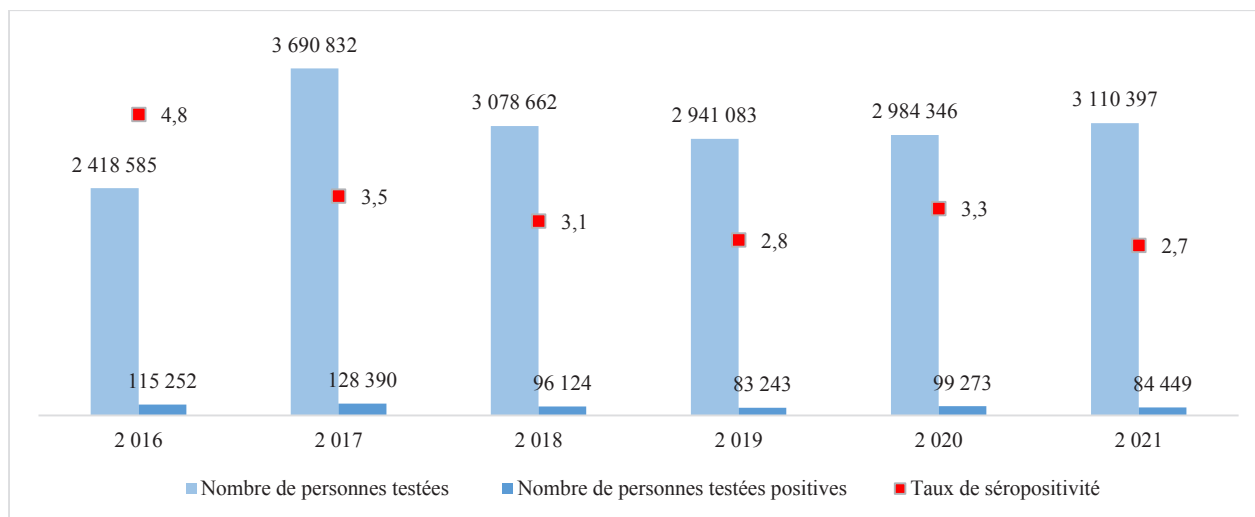


Figure 6: Nombre de personnes testées et évolution du taux de séropositivité entre 2016 et 2021. Source : Rapports annuels du CNLS de 2016 à 2020 et Base de données DHIS 2, 2021.

• Evolution régionale des taux de séropositivité en stratégie fixe de 2016 à 2021

Un regard sur l'évolution des taux de séropositivité entre 2016 et 2021 a permis de noter que la tendance nationale était la même au niveau régional. Ainsi, les taux de séropositivités ont diminué entre 2016 et 2021 au sein de chaque région.

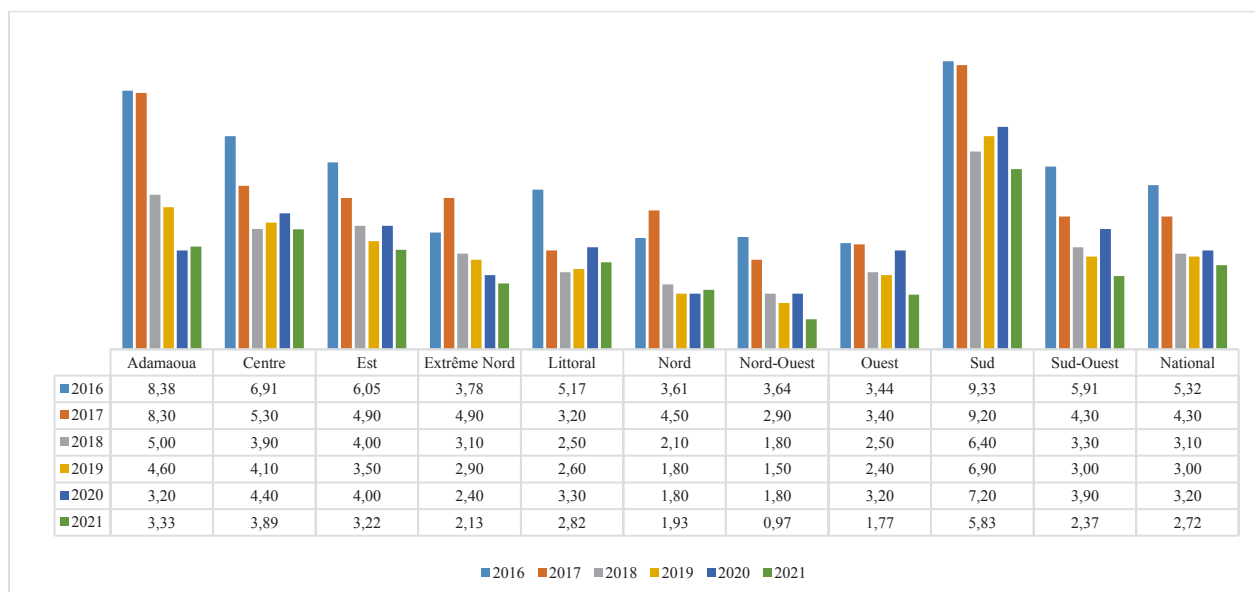


Figure 7: Evolution régionale des taux de séropositivité en stratégie fixe de 2016 à 2020. Source : Rapports annuels 2016 à 2021 et Base de données DHIS 2, 2021.

• Particularités régionales

Adamaoua : Stagnation du taux de séropositivité. Les District de santé de Djohong, Meiganga, Tibati, Ngaoundéré Urbain et Bankim sont ceux qui ont enregistré un taux de séropositivité au-dessus de la moyenne régionale. Quelques raisons : (i) Intensification de l'ICT et du dépistage ciblé à toutes les portes d'entrée, (ii) DS de Djohong zone de Batoua, porte d'entrée des réfugiés de la RCA avec 237 expatriés infectés sous ARV dans la FA du District. (iii) Présence du chantier de mine d'or à Kombo Laka (Djohong), (iv) Meiganga ville lieu de repos pour de nombreux camionneurs, (iv)

Ngaoundéré ville (DS de Ngaoundéré Urbain) 120 points chauds des TS parmi les 268 identifiés dans la région et (vi) DS de Tibati avec les travaux de construction de la route Batchenga-Ntui-Yoko-Lena-Tibati.

Nord : Il ressort des données issues des FOSA que le taux de séropositivité est de 1,7%, variant de 0,6% pour le DS de Mayo Oulo à 3,7% pour le district de Touboro. Les districts à fort taux de séropositivité sont ceux de Touboro, Garoua II, Guider et Lagdo Garoua I avec respectivement 3,7%, 2,5%, 2,2%, 2,2% et 2,1%. Par ailleurs le district de Touboro est une zone frontalière à la RCA. Par conséquent, ce district contient plusieurs points chauds en particulier dans la zone de Mbai-Mboum proche de la frontière.

- Taux de séropositivité par sexe et par tranche d'âge

L'analyse de la séropositivité en stratégie fixe par sexe et par tranche d'âge révèle tel qu'illustré par le graphique ci-dessous que les adultes de plus de 25 ans sont les plus affectés. Dans l'ensemble, les femmes le sont plus que les hommes. Les enfants de moins de 5 ans sont aussi affectés avec une séropositivité de 1.7 % chez les filles contre 1.8% chez les garçons. Ceci est certainement dû à la transmission mère-enfant du virus.

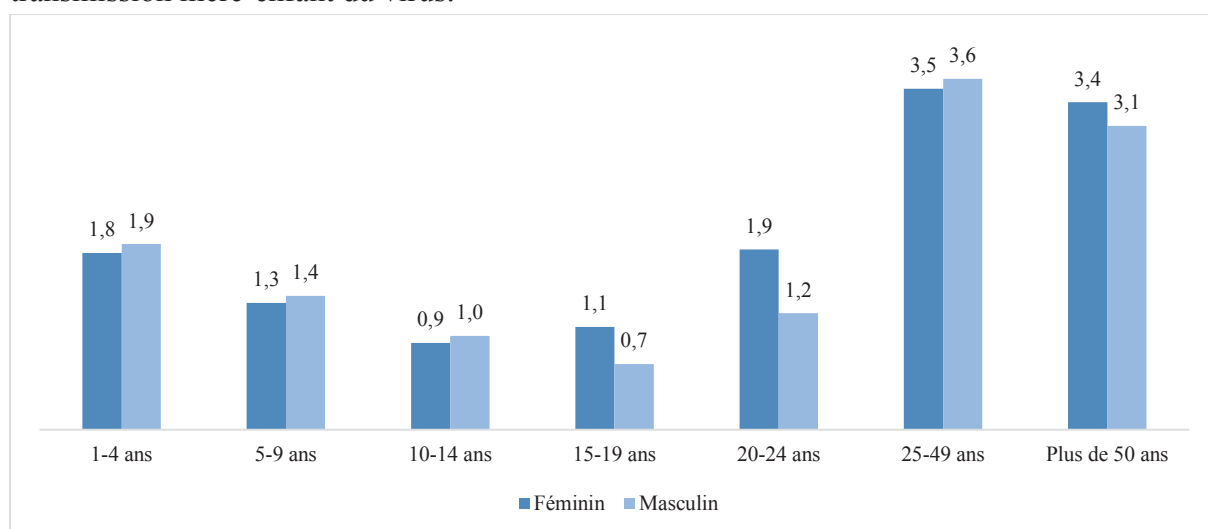


Figure 8: Taux de séropositivité par tranche d'âge et par sexe. Source : DHIS2, Mars 2022.

- Taux de séropositivité par porte d'entrée.

Au sein des formations sanitaires deux approches étaient offertes : (i) proposition du test de dépistage aux portes d'entrée présentant des taux de positivité importants utilisant le screening Tool et (ii) dépistage ciblé notamment le dépistage par cas index. La figure ci-dessous résume les différentes portes d'entrée ainsi que celles qui ont un fort taux de séropositivité.

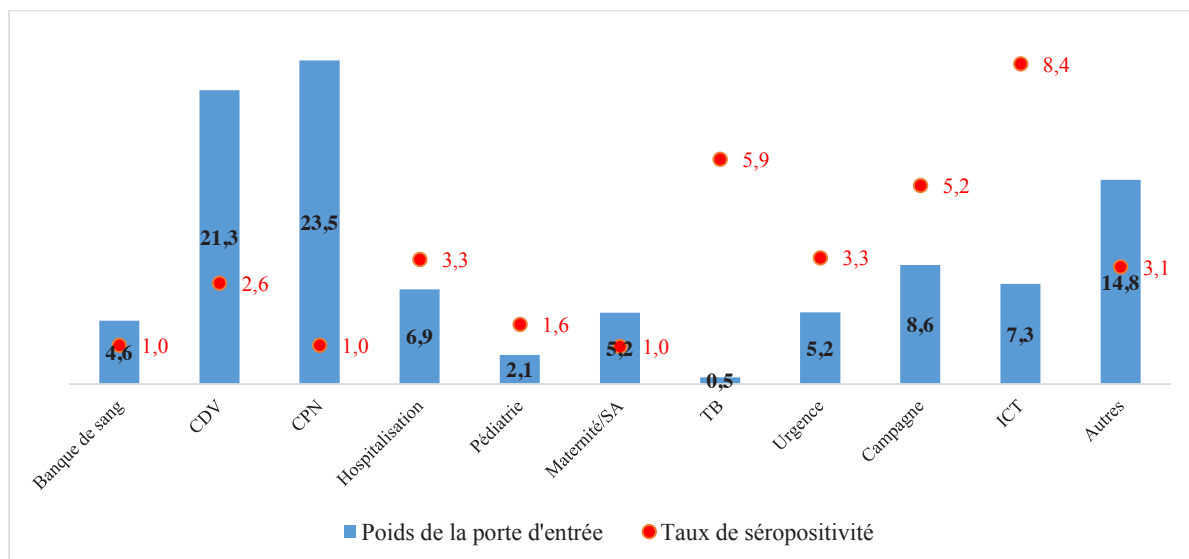


Figure 9: Taux de séropositivité par porte d'entrée. Source : DHIS2, Mars 2022.

II.3. Sécurisation de la transfusion sanguine

Le dépistage parmi les donneurs de sang a permis d'identifier 1 951 cas d'infections à VIH, 10 821 cas d'hépatite virale B et 5 203 cas de syphilis.

II.3.1. Dépistage du VIH en transfusion sanguine

Au total, au cours de l'année 2021, 192 351 poches de sang ont été testées parmi lesquelles 1 951 se sont révélées positives au VIH, soit un taux de séropositivité au VIH en transfusion sanguine à 1,01%. Les régions de l'Adamaoua (2,25%) et de l'Est (2,88%) présentent des taux largement au-dessus de la moyenne nationale.

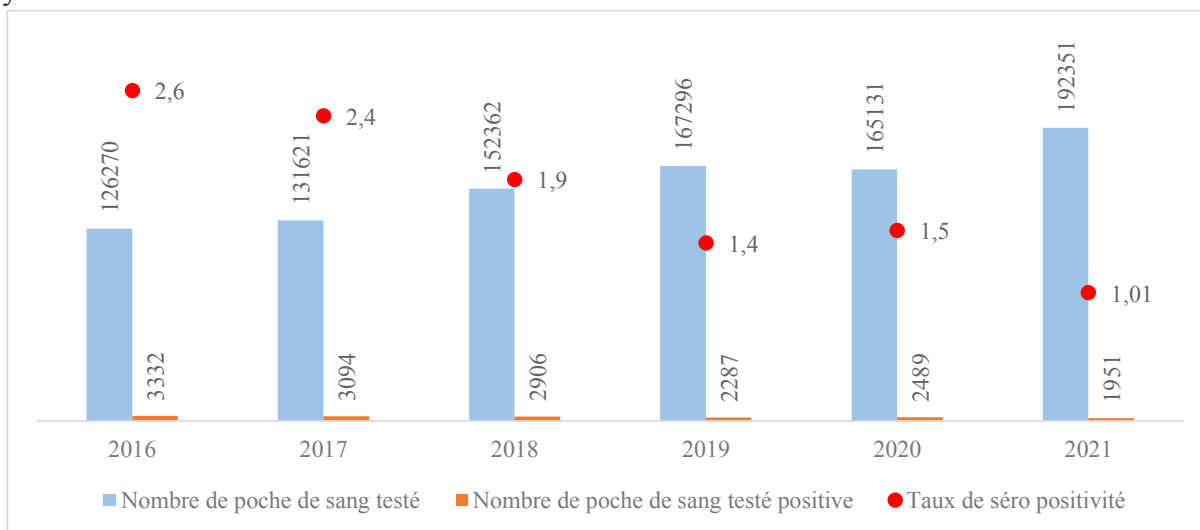


Figure 10: Evolution du dépistage du VIH en transfusion sanguine entre 2016 et 2021 ; Source : Rapports annuels CNLS 2016 et 2020, Base de données DHIS 2, 2021.

II.3.2. Dépistage de la syphilis en transfusion sanguine

L'importance de la morbidité des infections sexuellement transmissibles (IST) demeure élevée au Cameroun. Par conséquent, leur dépistage et traitement précoces sont des éléments importants d'une riposte au VIH efficace et exhaustive. En 2021, on a pu tester 186 905 poches de sang et identifier 5 203 cas de syphilis soit un taux de positivité au niveau national de 2,78%, élevé par rapport à 2020 où il était de 1,9% et en baisse par rapport à 2019 où il était de 3,2%. Les régions du Centre et du Littoral ont un taux de séropositivité de la syphilis supérieure à la moyenne soit respectivement 4,74% et 3,70%.

II.3.3. Dépistage de l'hépatite virale B en transfusion sanguine

Au cours de l'année 2021, 190 810 poches de sang ont été testées pour l'hépatite virale B dans le cadre de la transfusion sanguine, en hausse par rapport à 2020, soit 163 313. 10 821 donneurs de sang ont été déclarés positifs pour l'HVB soit un taux de positivité de 5,7% stable à celui obtenu en 2020 (5,8%) et de 2019 (x). Les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, du Littoral et du Centre ont présentées les taux de positivité les plus élevés comparés à la moyenne nationale, respectivement 9,97% ; 7,83%, 6,16% et 5,68% en 2021.

II.4. 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 de l'année 2021. L'ensemble des activités menées avec l'implication des acteurs (GTR, OSC, CAMNAFAW, CARE), a permis d'obtenir les résultats ci-dessous pour chaque type de population.

II.4.1. Dépistage chez les populations clés

Au total en 2021, 72 127 personnes au sein des populations clés ont été dépistées au VIH parmi lesquelles 4 831 ont été déclarées VIH positifs soit un taux de séropositivité de 6,7%.

Tableau 24: Dépistage au sein des populations clés.

Populations Clés	Pop clés Dépistées	Pop clés Dépistées VIH positifs	Taux de séropositivité
HSH	18 801	1 953	10,4%
TG	466	47	10,1%
TS	46 841	2 603	5,6%
UD/UDI	6 019	228	3,8%
TOTAL	72 127	4 831	6,7%

Source : Rapports annuels CARE et CAMNAFAW, 2021.

L'analyse détaillée par sous-groupe nous permet de mettre en évidence les taux de séropositivité par groupe de population. On constate que les populations chez qui le taux de séropositivité est le plus élevé sont les TG, MSM et UDI avec respectivement 10,4%, 10,1% et 6,9%.

Par rapport à 2018, on a observé une baisse du taux de la séropositivité au sein des populations clés de 50%.

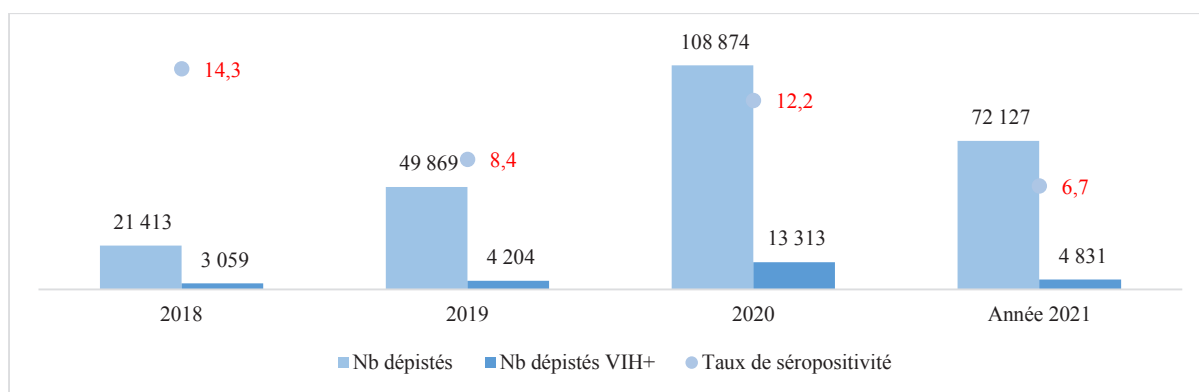


Figure 11: Evolution du taux de séropositivité au sein des populations clés entre 2018 et 2021 ; Source : Rapports annuels CNLS 2018 et 2020, CAMNAFAW, 2021.

II.4.2. Dépistage du VIH chez les populations vulnérables

Au cours de l'année 2021, 61 399 populations vulnérables ont bénéficié d'un test VIH parmi lesquels 1 071 ont été dépistés VIH+ soit un taux de séropositivité de 1,7%. Par rapport à 2020, le taux de séropositivité est resté stable.

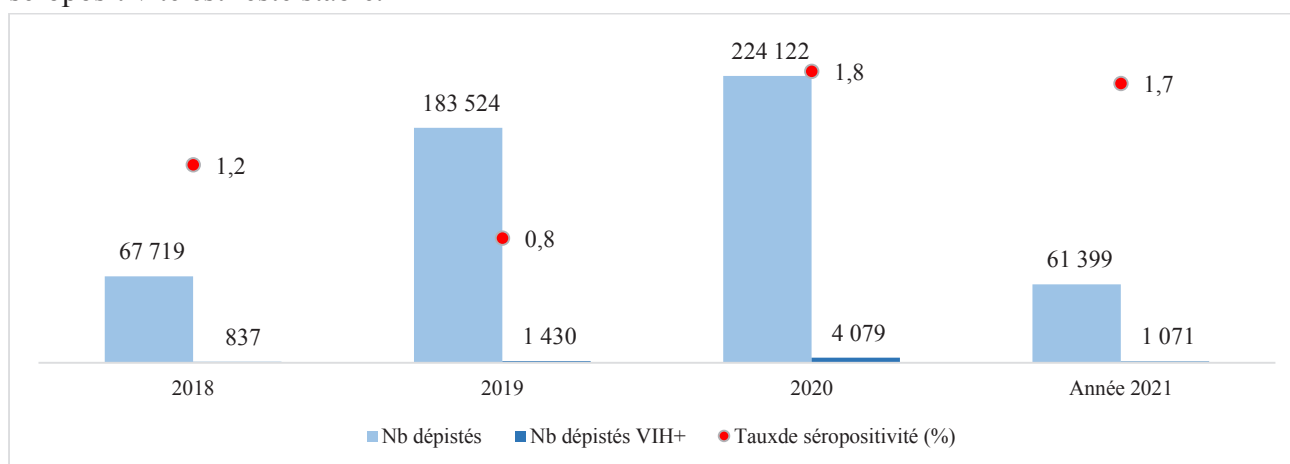


Figure 12: Evolution du taux de séropositivité au sein des populations vulnérables entre 2018 et 2021 ; Source : Rapports annuels CNLS 2018 et 2020, CAMNAFAW, 2021.

- **Adolescents et jeunes non scolarisés (AJNS) de 10 à 24 ans**

42 434 AJNS ont été dépistés parmi lesquels 29 800 (70,2%) filles et 12 634 (29,8%) garçons. A l'issue des tests de dépistage VIH, 495 AJNS ont été déclarés positifs (368 filles et 127 garçons) soit un taux de séropositivité global de 1,17%.

- **Clients des Travailleuses de sexe (CTS)**

Du tableau ci-dessus il ressort que les Clients des Travailleurs de Sexe (CTS) ont enregistré le taux de séropositivité le plus élevé (3%) parmi les populations vulnérables.

Tableau 25: Dépistage chez les populations vulnérables.

Populations Vulnérables	Nb de personnes Dépistées	Nb de personnes dépistées VIH+	Taux de séropositivité
AJFNS (10-24 ans)	29 800	368	1,2%
AJGNS (10-24 ans)	12 634	127	1,0%
CTS	18 965	576	3,0%
TOTAL	61 399	1 071	1,7%

Source : Rapports annuels CARE, CAMNAFAW 2021

II.5. Auto dépistage du VIH

L'auto dépistage du VIH est le processus par lequel une personne prélève son propre échantillon (liquide buccal ou sang), effectue un test de diagnostic rapide du VIH et interprète le résultat. C'est une stratégie complémentaire visant à accroître la connaissance du statut VIH et enrôler le maximum de personnes infectées au traitement. Les cibles spécifiques bénéficiant de l'autotest sont les populations âgées de plus de 18 ans (populations clés, personnes en situation de vulnérabilité, partenaires des femmes enceintes et les partenaires des PvVIH).

Au cours de l'année 2021, les activités d'auto dépistage ont été menées par plusieurs partenaires dont ACMS dans le cadre du projet STAR, CAMNAFAW et CARE.

Les résultats ci-après ont été obtenus le long de la cascade de soins offerts dans le cadre de l'auto dépistage

- 88% (39 098/44431) du besoin en kits d'autotest a été couvert ;
- 99% (38718/39 098) des personnes suivies ont utilisé leurs tests ;
- La réactivité des ADVIH était de 2,3% (730/21490) ;
- 63,0 % (460/730) des clients réactifs ont fait leur test de confirmation et ont été confirmés positifs ;
- 94,7% (436/460) des cas confirmés positifs ont été liés au TARV.

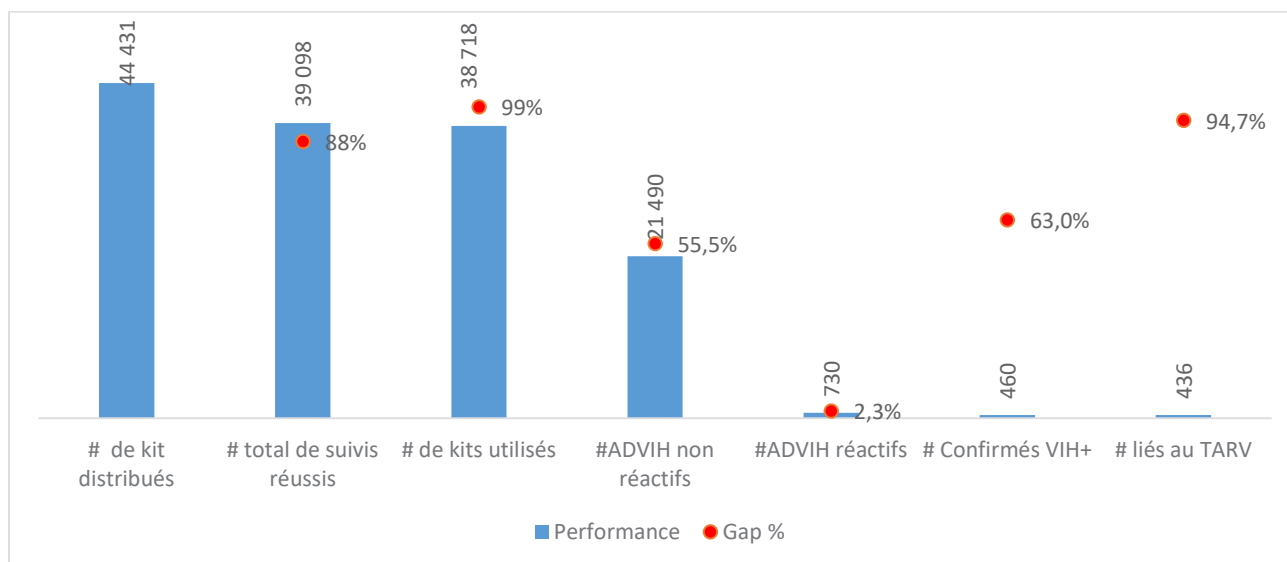


Figure 13: Cascade globale des résultats ADVIH.

Source : Rapport annuel projet STAR, ACMS 2021.

Alors que la prévalence du VIH continue de baisser au Cameroun, l'identification d'un client séropositif devient plus difficile et nécessite la mise en œuvre de stratégies innovantes et efficaces telles que le dépistage par cas index et l'autodépistage.

Dépistage par cas index : Dans le contexte du VIH, le dépistage par cas index est une approche "boule de neige" dans l'identification des cas où les contacts des PVVIH sont recensés, retracés et testés pour le VIH. Ces contacts peuvent être sexuels, biologiques ou autres, comme les consommateurs de drogues qui partagent leurs seringues. Il est question de rechercher les cas contacts des personnes dépistées positives afin de leur faire bénéficier du test du VIH.

Adamaoua : Cette stratégie a permis d'identifier 1 308/7 311 cas index ayant accepté le dépistage. C'est l'une des stratégies les plus efficaces parmi les autres stratégies différenciées car elle répond aux approches de confidentialité et limite la stigmatisation tout en s'arrimant au mieux au contexte socioculturel de la région. Le tableau suivant ressort les performances de la région sur le dépistage par cas index.

Tableau 26: Dépistage par cas index

ICT DATA ELEMENTS	TOTAL
Nombre de clients testés pour le VIH	91370
Nombre de clients testés VIH+	3819
Nombre de clients qui ont bénéficié dépistage par cas index (ICT)	7925
Nombre de clients ayant accepté ICT	4924
# of contacts elicited from clients who accepted ICT	8892
Nombre de contact (des cas index) testés pour le VIH	7311
Nombre de contact (des cas index) testés VIH+	1308
# of newly diagnosed clients offered index case testing (ICT)	3167
# of newly diagnosed clients who accepted ICT	2387

Source : DHIS 2

Est : La Stratégie du dépistage ciblé à travers la recherche des partenaires sexuels et enfants biologiques des patients déjà sous TARV, nouvellement dépistés ou ceux dont la charge virale est non supprimée a permis d'améliorer les performances du dépistage, l'identification des cas positifs et la mise sous traitement. Le constat qui a été fait par les APS est que les cas index dans la majorité des cas préfèrent eux même notifier leurs contacts ; ce qui rend leur dépistage difficile.

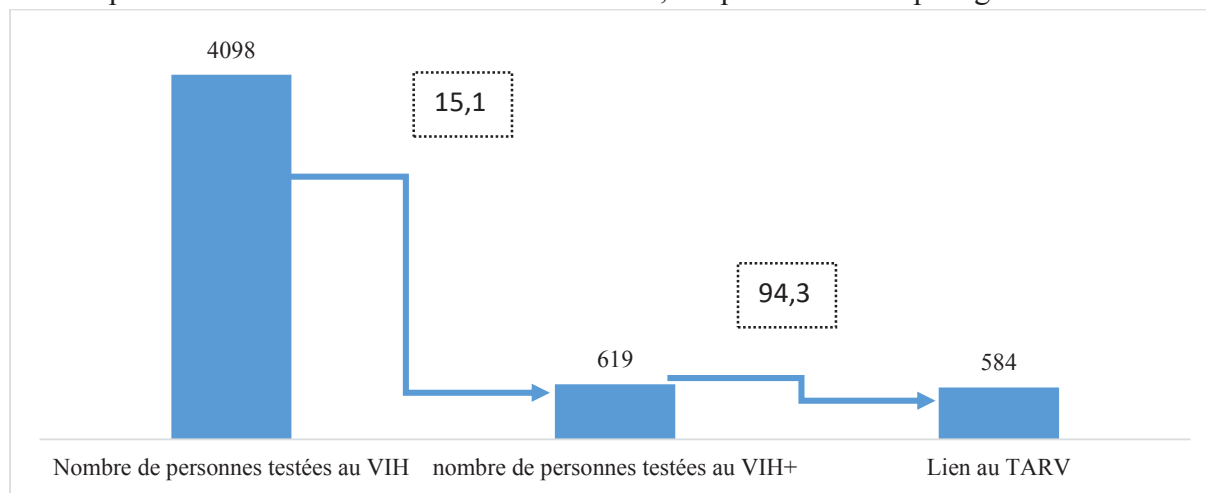


Figure 14: Cascade du dépistage par cas index dans la région de l'Est. Source : Rapport annuel, région de l'Est.

Nord : L'offre du dépistage VIH à travers la stratégie ICT est effective dans les 29 FOSA bénéficiant de l'appui financier PEPFAR dans la région du Nord. Au cours de l'année 2021, le service a été offert à 5 723 PVVIH, avec un taux d'acceptation de 95%. Au total, 9 974 contacts ont été listés par les clients, soit en moyenne 02 contacts par index tel qu'illustre le graphique ci-après. Parmi les 8 516 contacts testés au VIH au cours de l'année, on a enregistré 2003 positifs, soit un taux de séropositivité de 23,5%. Cette stratégie est à encourager dans la mesure où elle permet d'identifier facilement un nombre important de positif tout en utilisant de manière efficiente les tests de dépistage. Le lien au traitement est satisfaisant pour cette stratégie (98%).

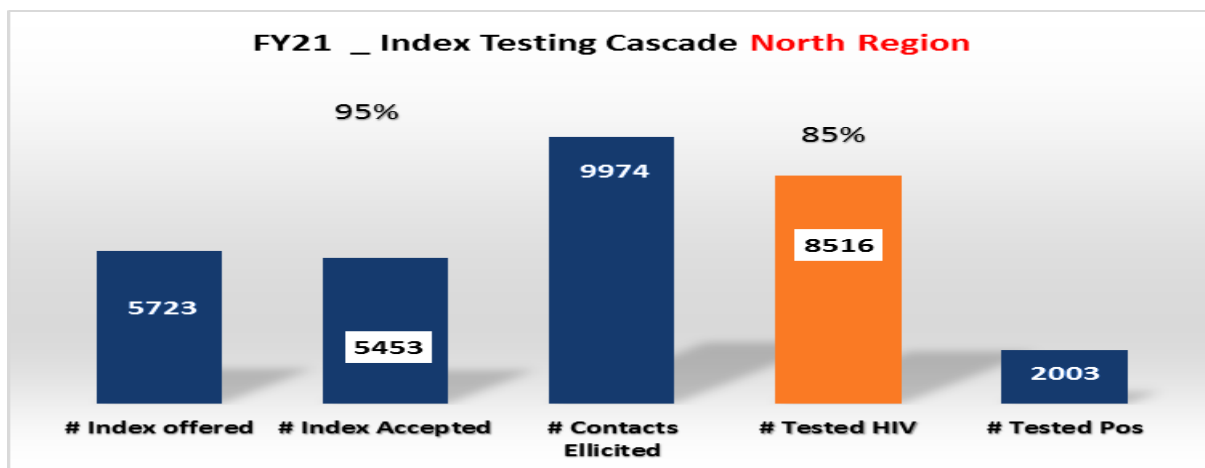


Figure 15: Cascade dépistage par cas index dans au premier semestre 2021. Source : Rapport annuel région du Nord, 2021.

Nord-Ouest. La figure ci-dessous montre un yield à 5% (30/546)

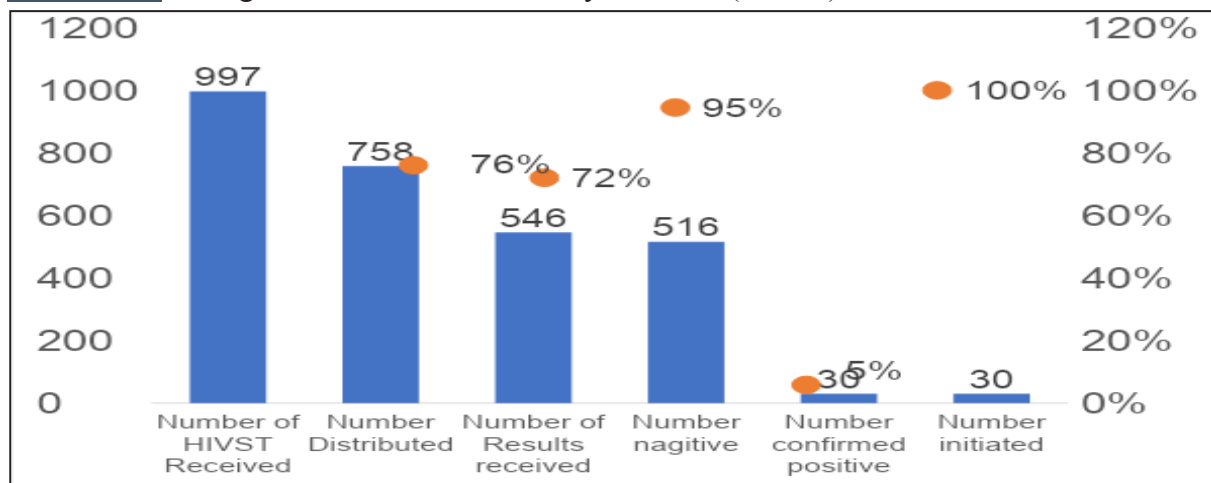


Figure 16: Cascade dépistage par cas index. Source : Rapport annuel région du Nord-Ouest, 2021.

Ouest : Le tableau ci-dessous montre que le taux de séropositivité sur le dépistage pas cas index est de 8,4% avec un taux de mise sous traitement de 93,6%.

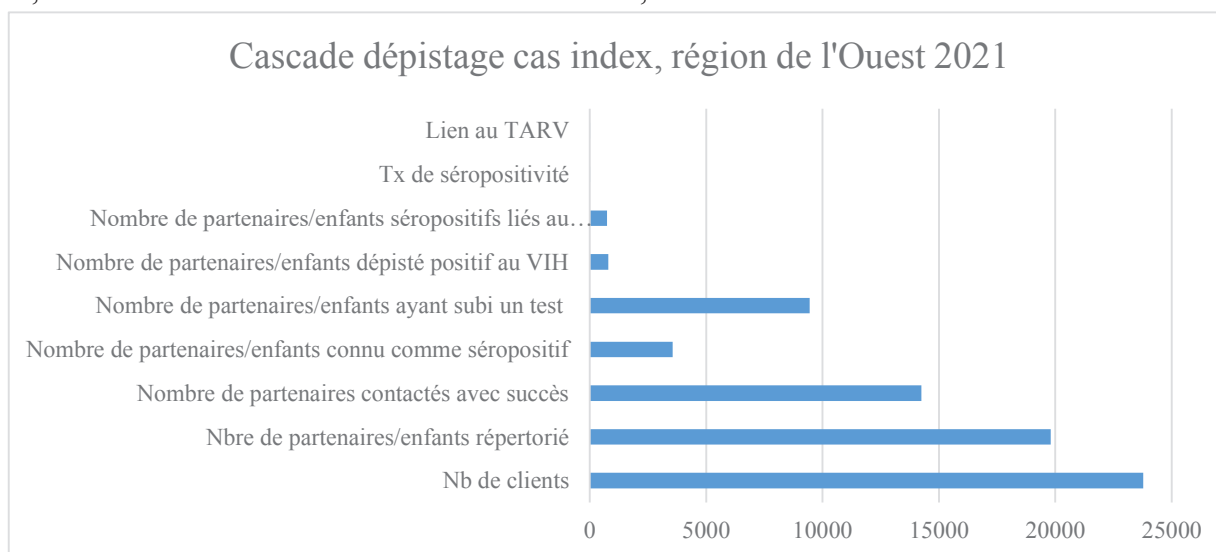


Figure 17: Cascade dépistage par cas index. Source : Rapport annuel région de l'Ouest, 2021.

Sud-Ouest : Les contacts sont obtenus par le biais de conseils et de contacts catégorisés en donnant la priorité aux contacts à haut risque par rapport aux contacts à moindre risque. Les contacts à haut risque comprennent les contacts sexuels (i) des nouveaux clients sous TARV (0 à 12 mois de TAR), (ii) des clients dont la charge virale n'est pas supprimée et (iii) des clients dont la charge virale est inconnue. Cette stratégie est mise en œuvre dans les 25 sites supportés par le partenaire clinique de mise en œuvre (CBCHS). La figure ci-dessous résume les résultats du premier semestre est 2021. Au total, 9 588 personnes indexées ont bénéficié des services de dépistage par cas index au cours du semestre, dont 5 974 (62%) ont accepté les services, fournissant 7 801 contacts dans un ratio de 1 :1,3, c'est-à-dire 1 personne indexée fournissant 1,3 contact. Sur tous les contacts fournis, 1 369 (17%) étaient positifs, 195 (2%) récemment testés négatifs, 6 237 avec un statut VIH inconnu. Sur les 6 237 personnes dont le statut VIH est inconnu, 44 90 (72%) ont été testées pour le VIH, identifiant 626 positifs, soit un rendement de 14%.

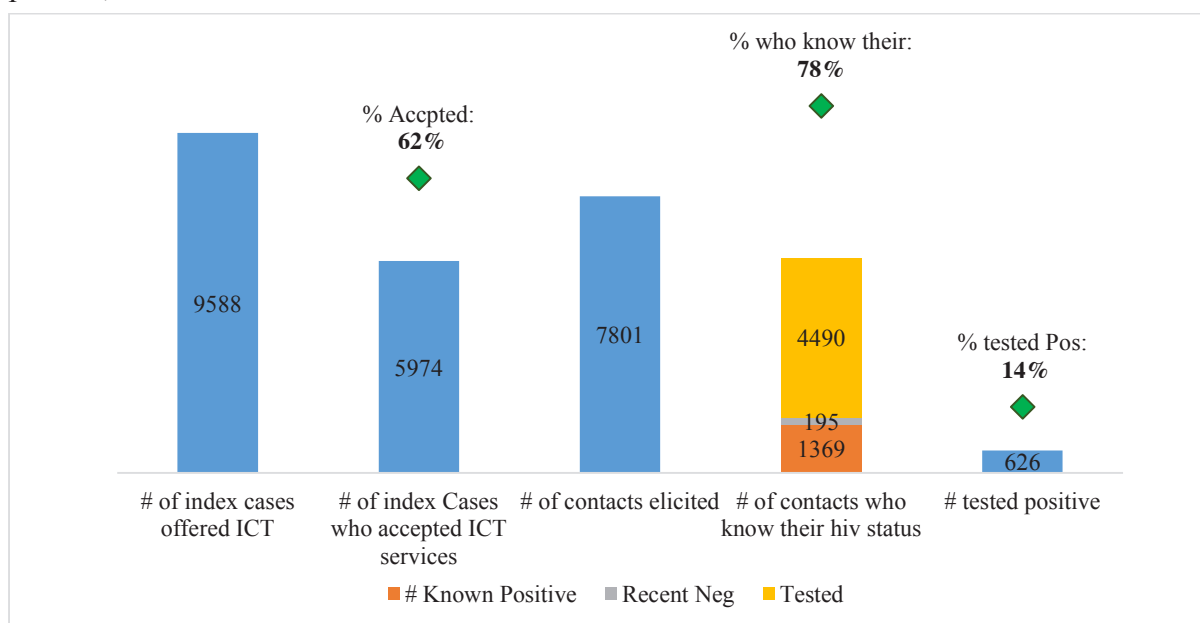


Figure 18: Cascade de dépistage par cas index dans au premier semestre 2021. Source : Rapport annuel GTR Sud-Ouest, 2021.

Autodépistage du VIH :

Nord : L'auto dépistage du VIH a été mis en œuvre dans 15 FOSA appuyés par le partenaire clinique ICAP. Ce service est particulièrement orienté vers les populations clés, les partenaires des femmes enceintes, les contacts identifiés par ICT etc. Ce service a été offert aux clients uniquement au premier semestre de l'année 2021. Au total 301 personnes ont été testées à travers cette stratégie pour un taux de séropositivité de 7% tel qu'illustré dans le graphique ci-dessous. Il ressort du graphique que 78% de résultats positifs a confirmé dans la formation sanitaire.

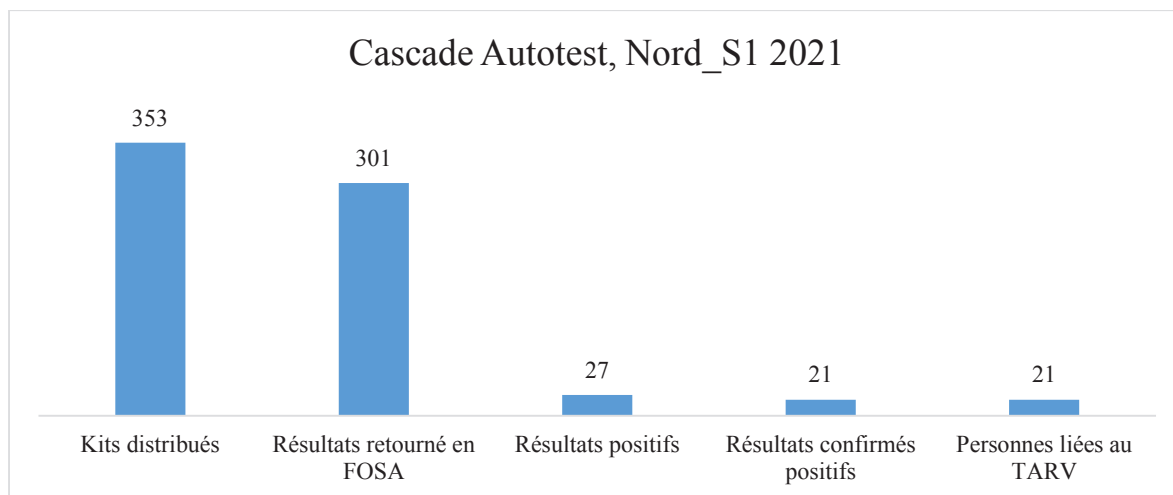


Figure 19: Cascade autodépistage au premier semestre 2021. Source : Rapport annuel GTR Nord, 2021.

Ouest : Plusieurs stratégies ont été mises en œuvre dans la région. Le tableau ci-dessous présente la situation sur quelques types de dépistage novateurs réalisés dans la région de l'Ouest au cours de l'année 2021. On constate sur ce tableau que le taux de séropositivité groupé pour ces dépistages est de 6,74% avec un taux de mise sous traitement de 92,78%. De ce tableau on peut donc voir l'apport du dépistage différencié sur la recherche active des cas.

Tableau 27: Mise en œuvre de différentes stratégies (autodépistage, dépistage des cas index, etc)

Stratégies novatrices	# de Clients testés	# de Clients testés positifs	# de Clients testés positifs mis sous TARV	Tx de séropositivité (%)	Liaison sous TARV (%)
Autotest	60	12	12	20,00%	100,00%
Dépistage par cas index (contacts PvVIH Décédés)	51	10	10	19,61%	100,00%
Dépistage anonyme par cas index	9444	775	744	8,21%	96,00%
Dépistage des gardes malades et visiteurs	2416	25	23	1,03%	92,00%
Total	9663	651	604	6,74%	92,78%

Source : Rapport annuel région de l'Ouest, 2021.

En conclusion :

Pour optimiser l'offre de dépistage au Cameroun, il faudrait :

- Renforcer davantage les campagnes de sensibilisation et de dépistage de masse des populations cibles ;
- Proposer et screener tous les clients aux portes d'entrée des Fosa;
- Renforcer davantage le counseling pré-test et post-test auprès des clients par les APS.

Plus spécifiquement,

- Sur le dépistage par cas index : Impliquer d'avantage les communautaires et les sectorielles dans la stratégie de sensibilisation et d'identification des cas contacts

- Sur l'autodépistage : Renforcer le pré counselling avant distribution des tests et coacher le client dans le dépistage pour une fiabilité des résultats.

II.6 Prophylaxie pré exposition

Au cours de l'année 2021, les activités mises en œuvre dans le cadre de la PREP ont permis de former 260 PE et 240 acteurs sur la PrEP. Les activités de sensibilisation ont permis d'initier certains KP sur la PREP notamment 2014 TS et 2498 MSM. On peut constater que les MSM sont plus favorables à la PREP par rapport aux TS. Il faut dire ces initiations sur PREP ont été croissantes au cours de l'année grâce aux différentes activités de sensibilisation.

Tableau 28: Mise en œuvre de différentes stratégies (autodépistage, dépistage des cas index, etc)

Indicateurs	Valeurs
Nombres de PE formés sur la PrEP	260
Nombre d'acteurs formés sur la PrEP	240
Nombre de TS initiées sur PrEP	2014
Nombre de MSM initiés sur PrEP	2498

Bien que les initiations sur PREP aient été nombreuses, la rétention sur PREP n'a pas été le cas. Bon nombre de cas d'arrêts ont été enregistrés au cours de l'année, les raisons expliquant cela étaient que :

- Certains KP ne considéraient plus comme personne à risque ;
- Certains KP qui se déplaçaient dans des villes où les services de PREP n'étaient pas offerts ;
- Effets indésirables ;
- Arrêt volontaire.

CHAPITRE 3 : PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE - ENFANT

La plupart des infections au VIH chez les enfants sont imputables à la TME). Le Cameroun depuis plus d'une décennie fait partie des 22 pays prioritaires pour l'élimination de la transmission mère-enfant (e-TME) du VIH. Le but ici étant la réduction de la TME à <2% à 6 semaines et <5% à 18 mois. Des progrès louables ont été enregistrés ces dernières années grâce à un certain nombre de stratégies telles que : l'intégration des services SRMNTA/VIH/PTME, la décentralisation des services et délégation des tâches, la mise en œuvre de l'option B+ etc.

Résultats par rapport aux cibles programmatiques du PSN 2021-2023

Tableau 29: Résultats des indicateurs PTME par rapport aux cibles. Source : DHIS 2, 2021.

Indicateurs	Cibles	Performance	
Nombre de Femmes enceintes reçues en CPN 1	1003172	869 313	86,66%
Nombre de FEC testées pour le VIH	869 313	824 243	94,82%
Nombre de FEC mises sous ARV	25 920	17 289	66,70%
Nombre d'enfants exposés (EE) ayant bénéficié d'un examen PCR	13 809	12 025	87,08%
Nombre d'enfant exposés (EE) ayant reçu la prophylaxie ARV	13 809	12 619	91,38%
Nombre d'EE testés VIH+ mis sous TARV	506	345	68,18%

Source : PSN 2021-2023 et données DHIS2, 2021, CIS.

La cascade de la femme enceinte

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) orientée sur la vision d'une élimination d'ici 2025, constitue une priorité dans la riposte nationale à l'infection au VIH. La mise en œuvre des interventions s'est faite suivant les quatre piliers du programme que sont : i) la prévention primaire de l'infection à VIH et de la syphilis ; ii) la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives ; iii) les interventions spécifiques visant à réduire la TME ; iv) les soins, soutien et traitement des femmes enceintes séropositives, de leurs enfants et de leurs familles. La prévention de la TME du VIH comporte une série d'actions dont le but est d'empêcher la TME du VIH au cours de la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.

Les interventions mises en œuvre sont entre autres :

- Le conseil-dépistage des femmes enceintes, de leurs partenaires et de leurs enfants ;
- Le traitement ARV des femmes enceintes/ mères séropositives ;
- 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 ci-dessous l'on retient qu'en 2021 :

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

- 1 003 172 FEC attendues (CIS, 2021), 869 313 FEC ont été reçues en CPN soit un taux de réalisation de 86,7% en hausse par rapport à 2020 (83,2%), on enregistre néanmoins un gap de 13,3 % correspondant à 133 859 femmes enceintes attendues n'ayant pas bénéficié de CPN;
- 94,8% ont été testées au VIH en hausse par rapport à 2020 (90,3%) soit un gap de 5,2% représentant 45 070 FEC qui ont échappées au dépistage au cours de l'année
- 19 081 FEC VIH+ ont été identifiés parmi les 25 920 attendues selon les projections d'EPP SPECTRUM 2021 correspondant à une performance de 73,61%;
- 17 304 FEC VIH+ parmi les 19081 identifiés ont été mises sous traitement soit une couverture programmatique de 90,2% en hausse par rapport à 2020 (80,2%).

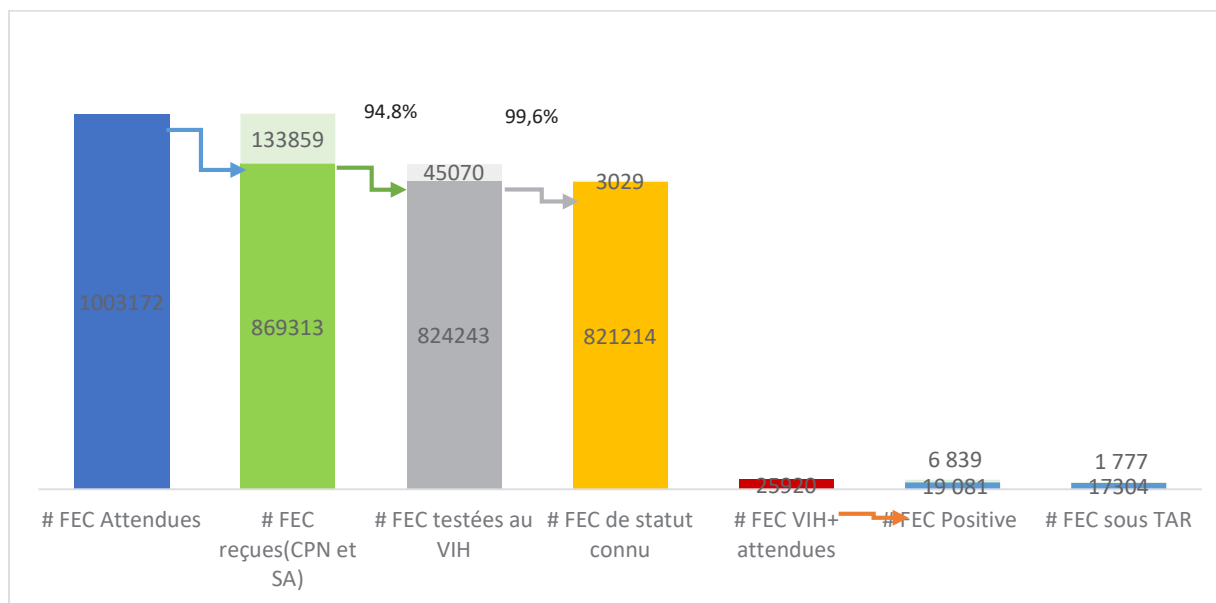


Figure 20: Cascade Mère. Source : Base des données de la CIS et du DHIS2/MINSANTE, 2021.

I. Offre de service pour la PTME

I.1. Couverture géographique en site PTME

On a observé une augmentation du nombre de sites PTME depuis 2010. Cependant, les crises sécuritaires et socio-politiques qui sévissent dans certaines régions ont entraîné soit une baisse de la fréquentation, soit la fermeture de certaines FOSA.

En 2021, on a dénombré 5 280 sites Option B+/PTME, représentant 87% des FOSA. Les régions présentant les plus faibles couvertures étaient le Littoral (73,2%) et Sud (78,4%).

Tableau 30: Couverture en sites PTME.

Régions	DS	Nombre de FOSA	Option B+/PTME	Couverture	NB de FEC reçues	Nombre moyen de FEC reçu par site PTME
Adamaoua	10	195	183	93,8%	64 444	352
Centre	32	1 793	1 523	84,9%	147 877	97
Est	15	249	247	99,2%	66 440	269
Ext-Nord	32	432	405	93,8%	179 214	443
Littoral	24	1 181	865	73,2%	108 441	125
Nord	15	316	302	95,6%	125 098	414
Nd-Ouest	20	417	381	91,4%	42 169	111
Ouest	20	862	832	96,5%	79 466	96

Sud	10	286	277	96,9%	21 182	76
Sud-Ouest	19	338	265	78,4%	34 982	132
National	197	6 069	5 280	87,0%	869 313	165

Source : Rapports épidémiologiques des régions 2021

I.2 Fréquentation de la consultation prénatale et connaissance du statut chez les FEC

En 2021, la couverture en CPN était de 86,7% (869 313/1 003 172) en augmentation par rapport aux années précédentes. Cependant, malgré les efforts fournis, on observe une stagnation de la fréquentation de la CPN, loin du seuil de 95% requis pour prétendre à l'élimination de la TME (OMS, 2015).

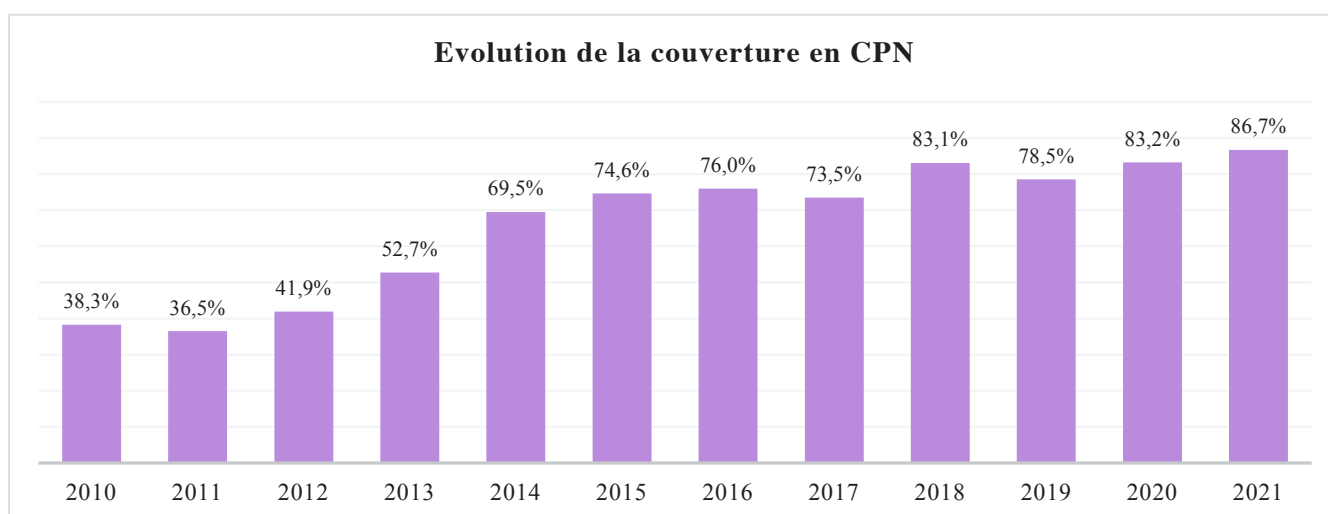


Figure 21: Evolution de la couverture en CPN entre 2010 et 2021. Source : Rapports annuels CNLS et DHIS2, Mars 2022.

Au niveau régional, les régions de l'Adamaoua et l'Est ont présenté les meilleures performances respectivement 102,4% et 136,1% probablement due à la sous-estimation des femmes enceintes attendues dans ces 2 régions. Par ailleurs, malgré leur faible résultat, on a observé une amélioration de ce taux dans les régions de l'Extrême-Nord et du NOSO par rapport à 2020.

La crise socio-politique, la crise sécuritaire, la sous notification, l'insuffisance de coordination des activités des structures privées expliqueraient en partie cette faible performance au niveau national mais plus particulièrement dans ces trois régions.

Nord. Les DS de Garoua II, Garoua I et Gaschiga qui ont enregistré de faibles performances respectivement 46%, 72% et 75% en 2021 contre 47%, 65% et 71% obtenus en 2020. Il s'agit de district Urbain où on trouve des FOSA clandestines qui ne rapportent pas les données dans le système. Il faut également noter que cette faible couverture en CPN dans ces districts est observée depuis 3 ans et pourrait résulter d'un problème de surestimation des cibles pour ces zones géographiques.

Sud-Ouest. 47% des DS ont une couverture en CPN d'au moins 50%. Nous constatons une augmentation de cette couverture en 2021 (56%) par rapport à 2020 (52%). Cet indicateur particulier a toujours été faible dans la région, même avant le début de la crise. Cela pourrait être dû à une surestimation du taux de femmes enceintes dans les districts, aggravée par l'insécurité croissante (DS de Fontem) qui a entraîné des déplacements massifs de populations, de certains travailleurs de la santé, le recours aux accoucheuses traditionnelles et la fermeture de certaines formations sanitaires (DS Konye).

Tableau 31: Fréquentation en CPN et taux de séropositivité en 1ère CPN

Régions	Nombre de FEC attendues	Nombres de FEC reçus en 1ère CPN	Fréquentation en CPN (%)
Adamaoua	62 907	64444	102,4%
Centre	153 793	147877	96,2%
Est	48 801	66440	136,1%
Extrême-nord	236 616	179214	75,7%
Littoral	114 075	108441	95,1%
Nord	136 152	125098	91,9%
Nord-ouest	64 552	42169	65,3%
Ouest	95 798	79466	83,0%
Sud	28 647	21182	73,9%
Sud-ouest	61 831	34982	56,6%
National	1 003 172	869313	86,7%

Source : Base de données DHIS2 du 29/03/2022

I.2.1. Prévention primaire de l'infection à VIH et de syphilis

Les activités de prévention primaire ont consisté au conseil dépistage du VIH et de la Syphilis. Le dépistage du VIH a été offert aux femmes enceintes et leurs partenaires, aux autres femmes en âge de procréer et aux enfants de 0 à 5 ans (confère chapitre 2).

I.2.2. Dépistage du VIH chez la femme enceinte

Le dépistage du VIH a été offert aux femmes enceintes en CPN ou en SA. En 2021, cette offre a permis à 94,8% (824 243/869 313) des femmes enceintes reçues de connaître leur statut à l'égard du VIH à l'échelle nationale en hausse par rapport à 2020 (90,3%).

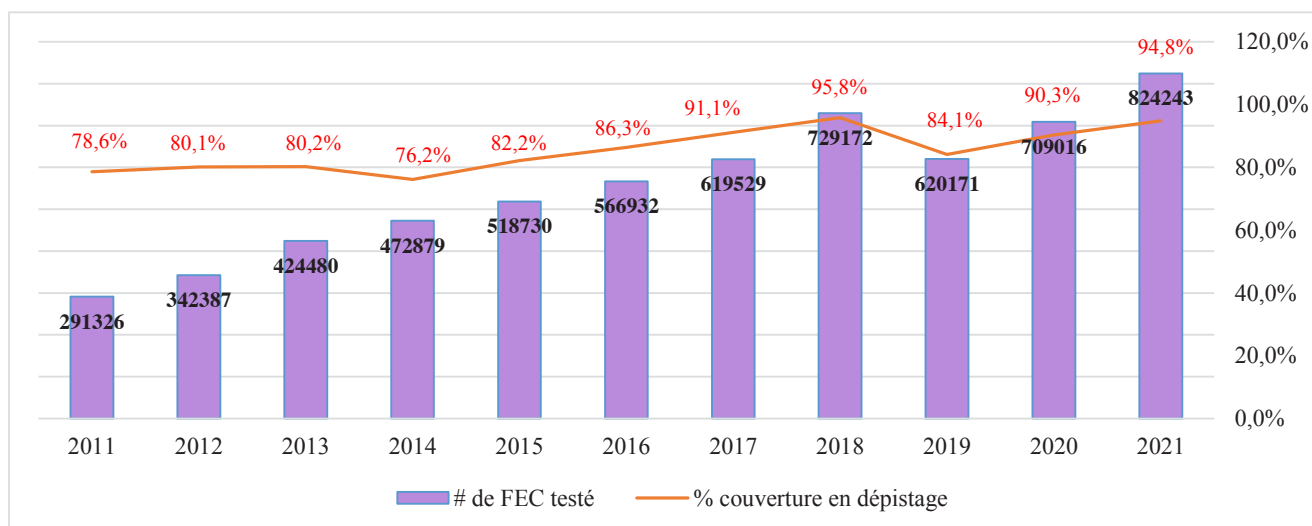


Figure 22: Evolution de la couverture en test de dépistage VIH entre 2010 et 2021. Source : Rapports annuels CNLS et DHIS2, Mars 2022.

Sur le plan régional, malgré la persistance du faible taux de connaissance du statut sérologique dans la région de l'Extrême-nord à 89,3% on a noté une légère amélioration par rapport à l'année 2020 (76,5%).

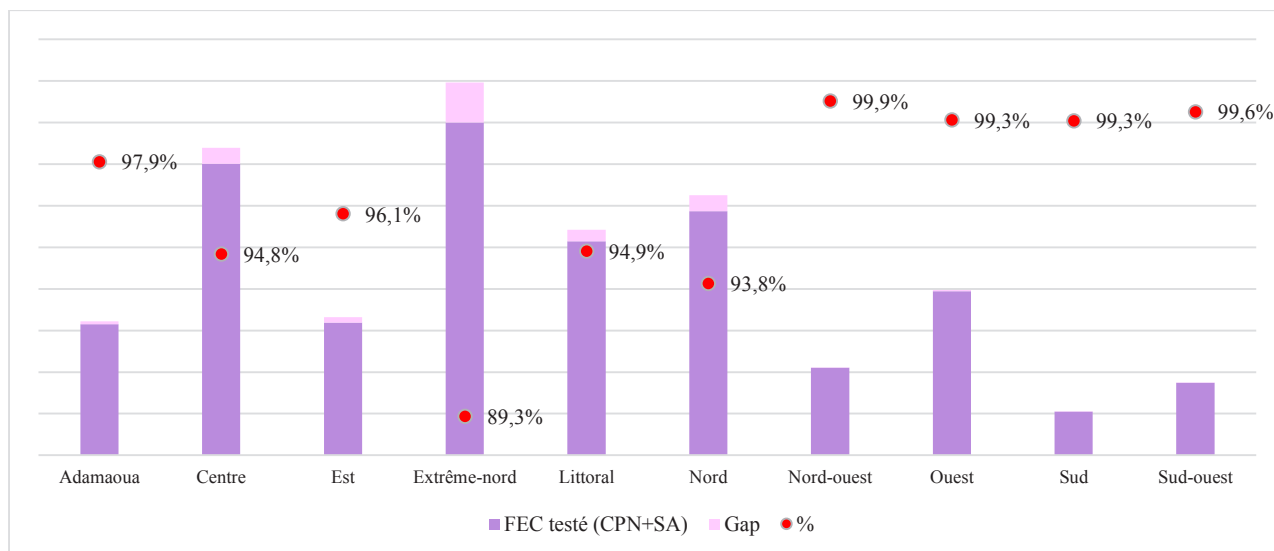


Figure 23: Couverture régionale en test de dépistage VIH en 2021. Source : DHIS2, Mars 2022.

Adamaoua. La performance régionale est due à (i) La stratégie du chèque santé avec l'augmentation du nombre des FOSA cheque santé dans la région passant de 71 à 112 FOSA, (ii) L'impact de la crise centrafricaine qui continue de gonfler la population du DS de Djohong (présence des réfugiés), (iii) La forte implication de tous les acteurs y compris la communauté dans toutes les FOSA et (iv) Le plaidoyer auprès des leaders traditionnels et religieux en faveur de la CPN menées dans les DS. Cependant, les DS de Bankim et de Ngaoundéré urbain n'ont pas atteint l'objectif. Les raisons (i) Poids de la tradition qui impose l'avis du mari dans la prise de décision, (i) Insuffisance des ressources financières chez certaines parturientes et (iii) Sous-estimation de la cible. Pour consolider ces acquis, il est souhaitable que les activités de plaidoyer en faveur de la CPN continuent, et que l'offre de service de CPN soit systématiquement intégrée dans les stratégies avancées du PEV. Aussi, il serait souhaitable d'étendre davantage le projet cheque santé à toutes les Formations Sanitaires, cela sera une autre source de motivation.

Centre. Bien qu'il ait eu rupture de test de dépistage du VIH au cours du quatrième trimestre de l'année 2021, 94,8 % des femmes enceintes reçues en consultation prénatales ont été testées. Par ailleurs, quatre DS ont enregistré un taux de dépistage inférieur à 90 %. Il s'agit des DS d'Odza avec 87,7 %, de la Cité Verte avec 89,0%, de Mbankomo avec 89,3 % et de Nkolndongo avec 89,8%.

Sud-Ouest. Malgré une faible fréquentation en CPN (56,6%), presque toutes les femmes reçues (99,3%) sont testées pour le VIH et leurs résultats sont disponibles. Cependant, on a observé une augmentation significative de l'ordre de 41% du nombre de femmes enceintes testées entre 2019 à 2021. Cela pourrait être lié aux facteurs suivants (i) Réduction de l'insécurité dans certaines parties de la région, (ii) Augmentation du recours aux agents de santé communautaires, (iii) L'assistance des ONG locales dans le contexte humanitaire, (iv) Réduction de la peur autour de la pandémie de COVID-19 et (v) Assistance de PSM dans la mise à disposition des intrants VIH dans les sites avec le « Last Mile Delivery ».

I.2.3. Dépistage de la syphilis chez la femme enceinte

L'élimination de la Transmission de la mère à l'enfant (e-TME) du VIH passe également par l'élimination de la syphilis. Cependant, l'offre du dépistage de la syphilis s'est limitée aux FEC déjà testées VIH+ et a permis de dépister 12 658 femmes enceintes VIH+, correspondant à une couverture de 66,3% (12 658/19 081). Cette performance est le double de celle obtenue en 2020 soit 33,9% (7 072/20 852). Parmi celles ayant réalisé le test, 4,5% (573/12 658) se sont révélées positives en

2021 contre 9,2% (651/7 072) en 2020. Le coût de cet examen, la sous notification et l'insuffisance de coordination des activités des structures privées expliqueraient en partie cette faible.

I.2.4. Dépistage chez les partenaires des FEC

Les femmes enceintes doivent être accompagnées par leurs partenaires masculins (approche familiale) lors des consultations prénatales afin de pouvoir bénéficier du dépistage du VIH. Pour les partenaires des femmes enceintes, seuls 4,6% (37 767/824 243) ont connu leur statut sérologique à l'égard de VIH. On note une stabilité depuis 2016 (5,7%). Aux difficultés de mobilisation des partenaires des femmes liés au non partage du statut sérologique s'ajoute les autres problèmes de dépistage cités plus haut. Le passage à l'échelle de l'index testing pourrait contribuer à améliorer cet indicateur.

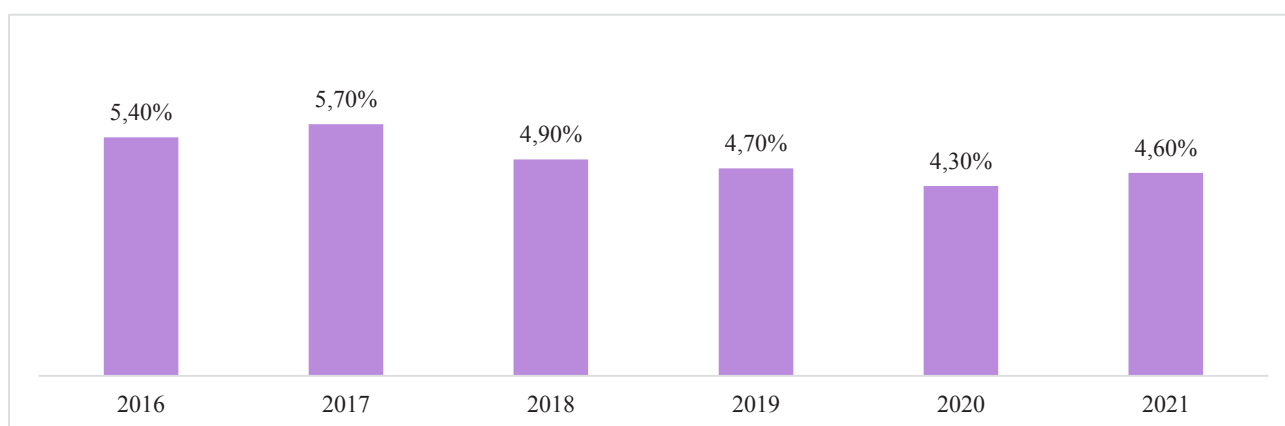


Figure 24: Evolution de la Couverture en test de dépistage VIH des partenaires de femmes enceintes entre 2016 et 2021. Source : Rapports annuels CNLS de 2016 à 2021, DHIS2, Mars 2022.

Néanmoins, en 2021, on note un accroissement du nombre de partenaires testés qui passe de 30 222 en 2020 à 37 767 en 2021, soit une augmentation de 7 532 partenaires. Malgré cette augmentation, le ratio des partenaires testés sur les FEC testées stagne à 0,04 (soit environ 1 partenaire pour 22 FEC testées). 559 PVVIH ont été identifiés à travers le dépistage des partenaires des FEC. La majorité de ceux-ci ont été recensés dans les régions de l'Est (164) et du Centre (126).

D'après le tableau ci-dessous, la séropositivité chez les partenaires masculins des femmes enceintes testés était à 1,48% (559/37 767) au cours de l'année 2021 en baisse par rapport à 2020 (2,8%) et en deçà de celui des femmes enceintes (2,3%) pour la même année. Au niveau régional on a noté des variations de 0,58% (19/3 112) dans la région de l'Ouest à 4,1% (164/4 029) dans la région de l'Est.

Tableau 32: Dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes par région

Régions	Nbre de FEC testées (CPN&SA)	Nbre de FEC VIH+ (CPN&SA)	Nbre de partenaires masculins testés	Nbre de partenaires masculins testés VIH+	Taux de séropositivité chez les partenaires des FEC	Ratio partenaire testé - FEC testées	Ratio partenaire testé VIH+ - FEC VIH+
Adamaoua	63 078	1 525	2 918	35	1,23%	0,05	0,02
Centre	140 150	4 961	7 049	126	1,80%	0,05	0,03
Est	63 866	2 274	4 029	164	4,07%	0,06	0,07
Extrême-nord	160 056	1 064	1 915	30	1,57%	0,01	0,03
Littoral	102 878	3 155	5 351	76	1,42%	0,05	0,02

Régions	Nbre de FEC testées (CPN&SA)	Nbre de FEC VIH+ (CPN&SA)	Nbre de partenaires masculins testés	Nbre de partenaires masculins testés VIH+	Taux de séropositivité chez les partenaires des FEC	Ratio partenaire testé - FEC testées	Ratio partenaire testé VIH+ - FEC VIH+
Nord	117 325	1 245	4 294	31	0,72%	0,04	0,02
Nord-ouest	42 136	1 318	2 960	20	0,68%	0,07	0,02
Ouest	78 900	1 394	3 112	18	0,58%	0,04	0,01
Sud	21 025	923	2 407	27	1,12%	0,11	0,03
Sud-ouest	34829	1 222	3 742	32	0,86%	0,11	0,03
National	824 243	19 081	37 767	559	1,49%	0,05	0,03

Source : DHIS2, Mars 2022.

Adamaoua. Sur 100 FEC ayant fait le test de dépistage, seulement 5 de leurs partenaires ont adhéré à l'idée de dépistage. La faible adhésion au test des partenaires des FEC se justifie par : (i) La crainte pour certains de connaître leur statut ; (ii) La mauvaise perception de la maladie pour d'autres ; (iii) Les croyances socio culturelles ; (iv) Le manque d'intérêt des partenaires des FEC aux CPN de leurs compagnes et (v) L'insuffisance de counseling pour les prestataires pendant les CPN.

Parmi les partenaires des FEC ayant fait le test de dépistage, on a identifié 35 cas séropositifs contre 1525 FEC séropositives. Ceci représente un ratio partenaire testé VIH+ sur FEC testée VIH+ de 0,024. Autrement dit, 2 partenaire masculin a été testé positif pour 100 FEC testées positives. Pour renverser cette tendance, un accent devrait être mis sur : (i) Le dépistage des hommes pendant la période postpartum immédiat ; (ii) L'implication des sectoriels dans la sensibilisation lors des CPN et en communauté sur l'importance du dépistage des partenaires masculins et (iii) Le ciblage des domiciles des FEC pour y mener des VAD dans le cadre du PBF.

Littoral. Pour 102 878 FEC testées en CPN, 5 351 partenaires ont été testés dont 76 cas positifs soit moins de 6 partenaires testés pour 100 FEC testées au cours du premier semestre 2021. Le taux de séropositivité chez les partenaires des FEC est de 1,42% (76/5 346). Le taux de séropositivité le plus élevé est enregistré dans le district de santé de Nkongsamba (12%).

Nord. Il est à noter que les DS de Rey Bouba, Tcholliré et Poli ont présenté les meilleures performances relativement aux autres DS en ce qui concerne l'offre de dépistage VIH chez les partenaires de FEC. Ce résultat bien que très insuffisant est obtenu à partir de la sensibilisation d'une part des femmes pendant la CPN et d'autre part du plaidoyer auprès des leaders de la communauté à sensibiliser les hommes à accompagner leurs épouses en CPN. De plus dans certaines FOSA, les femmes accompagnées de leur conjoint bénéficient de quelques avantages, notamment le fait d'être reçues en priorité, la sensibilisation du mari afin qu'il prépare dans les bonnes dispositions l'accouchement.

Ouest. Dans la région de l'Ouest, plusieurs actions ont été menées pour encourager les partenaires des femmes enceintes à accompagner leur conjointe aux consultations prénatales. Il s'agit entre autres : (i) La priorité accordée aux femmes enceintes accompagnées de leur conjoint lors des consultations prénatales ; (ii) Les invitations des partenaires à se rendre à la formation sanitaire avec leur conjointe pendant les CPN et (iii) Les séances de sensibilisation menées envers les partenaires pour améliorer l'accompagnement des femmes enceintes aux consultations prénatales.

Sud. Concernant les partenaires des FEC, le taux de dépistage reste très faible, soit 11, 44% malgré une amélioration par rapport à 2020 (7%). Par ailleurs, le taux de séropositivité chez les partenaires est de 1,12%. Les districts présentant les taux les plus faibles de dépistage étaient ceux de Mvangan

(3,48%), d'Ambam (6,15%), et Sangmélima (6,23%). Plusieurs actions de sensibilisation ont été menées pour promouvoir le dépistage chez les partenaires des FEC durant l'année 2021.

I.2.5. Taux de séropositivité au VIH chez la femme enceinte

En 2021, 94,8% des femmes enceintes ont accepté le test VIH avec 19 081 identifiées VIH+ parmi lesquelles 53,74% (10 641) connaissaient déjà leur statut VIH+ avant la grossesse en cours. Le taux de séropositivité observé était de 2,3%, en baisse par rapport à 2020 où elle était de 2,9%. La figure ci-dessous présente une évolution des taux de séropositivité chez les FEC par région au cours des années 2020 et 2021. On a remarqué une baisse de ce taux dans toutes les régions exceptées celles du Sud et du Nord.

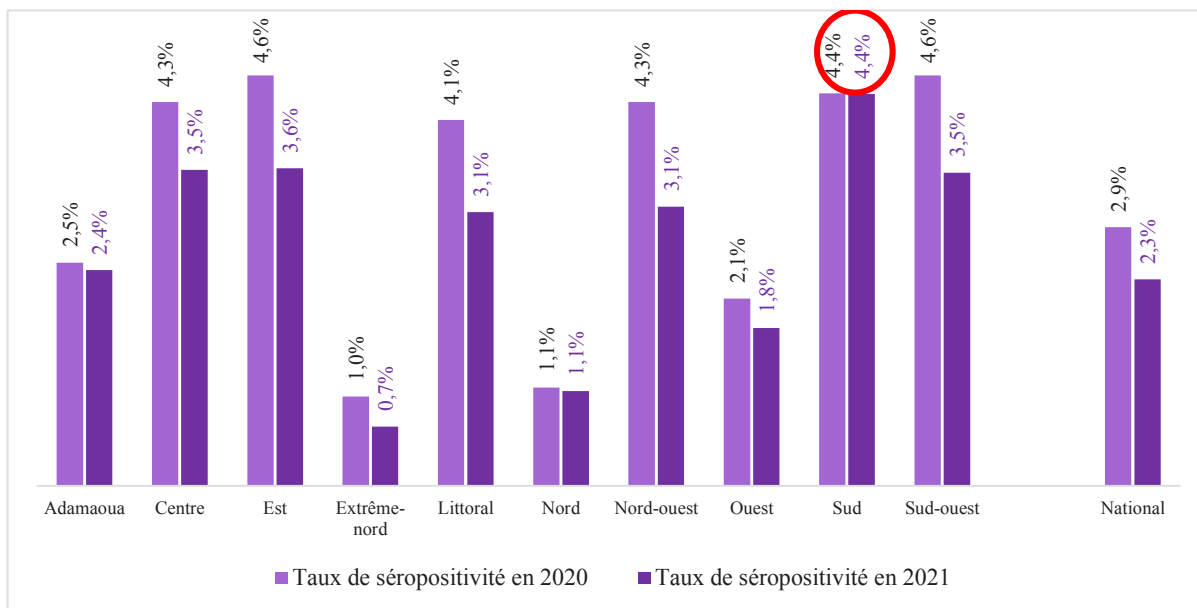


Figure 25: Evolution du taux de séropositivité femmes enceintes entre 2020 et 2021. Source : Rapport annuels CNLS 2020, DHIS2, Mars 2022.

Adamaoua. Taux de séropositivité des FEC identifiées VIH+ de 2,4% en 2021 en baisse par rapport à son niveau de 2020 (2,6%). Les DS ayant enregistré un score au-dessus de la moyenne régionale sont Meiganga, Djohong et Ngaoundéré urbain avec respectivement 3,75%, 2,6% et 3,4%. Les éléments explicatifs de ce taux élevé dans ces districts sont : (i) La mobilité de la population dans les zones frontalières ; (ii) La position carrefour de la ville de Meiganga qui accueille des camionneurs et (iii) La position métropolitaine de la ville de Ngaoundéré située dans le district de santé de Ngaoundéré Urbain qui regroupe des populations venant des divers horizons, donc susceptible de faire croître le taux de séropositivité dans le district. Par ailleurs, on observe qu'environ 47 FEC VIH+ sur 100 FEC VIH+ connaissaient déjà leur statut avant leur visite en CPN et/ou SA, 63,9% pour le DS de Ngaoundéré urbain.

Centre. Les plus grands taux de positivité ont été observés dans les DS d'Ayos avec 7,9% suivi de Mfou avec 6,2% et d'Obala avec 5,0%. Le constat fait ici est le pourcentage des femmes enceintes VIH+ déjà connues qui est légèrement supérieur à 50% dans la région. Hormis les DS de Biyem Assi et de la Cité verte (34,9 et 32,4%) tous les autres DS de la ville de Yaoundé ont un taux supérieur à 50%.

Est. Taux de séropositivité régional de 3,6%. Les districts qui ont eu des taux de séropositivité les plus élevés en 2021 sont les suivants : Doumé (5,8%), Nguelemendouka (6,1%) et Bertoua (5,5%).

Nord. Les DS ayant un fort taux de séropositivité sont les mêmes présentés dans les données de dépistage dans la population générale à savoir DS de Touboro (1,56%), Garoua I (2,7%) et Garoua II (1,7%).

Sud. Taux de séropositivité régional de 4,4%. Les DS de Zoétélé (6,2%), Meyomessala (5,4%), Sangmelima (4,9%) et Ebolowa (4,6%) ont un taux de séropositivité supérieur au niveau régional. Pour le cas spécifique des FEC déjà connues VIH+ au moment de la 1^{ère} CPN, elle représente 48,2% de toutes les FEC VIH+.

Les femmes enceintes VIH+ sont réparties en nouvellement testées VIH+ (CPN et SA) et celles connaissant déjà leur statut VIH+ avant la grossesse en cours. La figure ci-dessous présente les FEC VIH+ en fonction de la porte d'entrée entre 2019 et 2021. On constate une baisse progressive du pourcentage des femmes nouvellement dépistées VIH+ de 50,4% en 2019 à 44,2% en 2021.

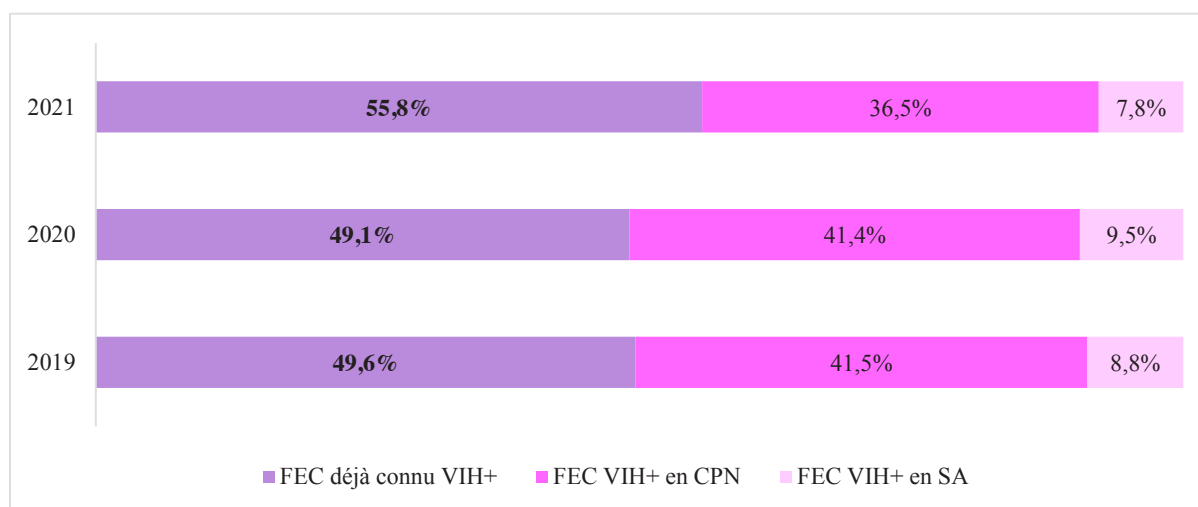


Figure 26: Répartition du dépistage des femmes enceintes par rapport à la porte d'entrée entre 2019 et 2021. Source : Rapports annuel CNLS 2020, DHIS2, Mars 2022.

La répartition régionale des femmes identifiées VIH+ en fonction de la porte d'entrée montre d'importantes disparités. En effet, on a constaté que les régions, du Nord-Ouest, de l'Ouest, du Sud-ouest et du Littoral ont présenté plus de 60% de femmes enceintes de statut déjà connu parmi les FEC VIH+ identifiées.

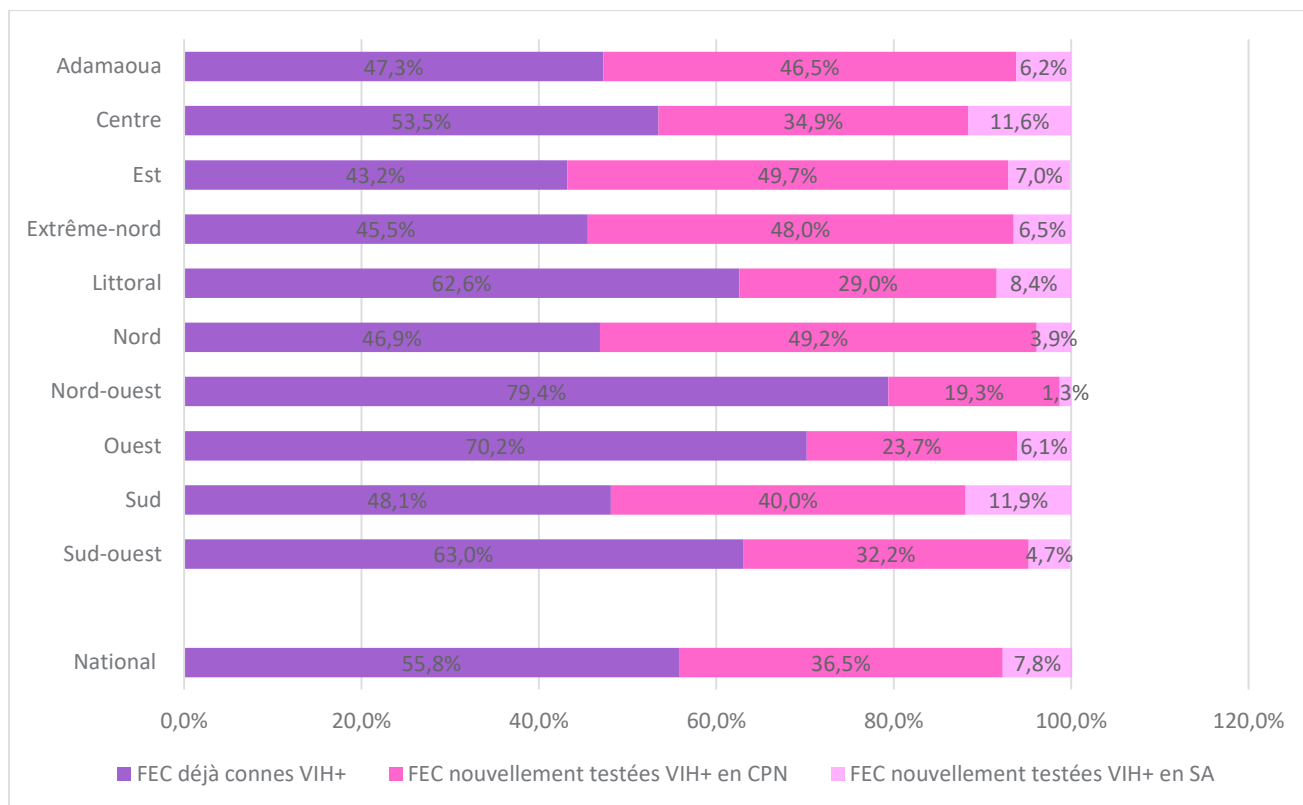


Figure 27: Répartition régionale du dépistage des femmes enceintes par rapport à la porte d'entrée en 2021. Source : Rapports annuel CNLS 2020, DHIS2, Mars 2022.

- **Re-testing**

Le re-testing des femmes enceintes est effectué soit en CPN3/4 ou en SA permettant ainsi de rattraper celles ayant eu un test négatif en CPN1 de plus de 3 mois ou celles qui ont échappé à la CPN. En 2021, 295 428 femmes enceintes ont bénéficié d'un re-testing. 46,2% de ces re-testing ont été effectués en SA contre 42,5% en 2020. Le taux de séropositivité au VIH obtenus au cours du re-testing en CPN3/4 et en SA a été de 0,3%. Le re-testing a permis de rattraper 769 FEC VIH+, soit 4% des FEC VIH+ identifiées au cours de l'année et 9,1% de celles dont le statut sérologique VIH+ a été découvert au cours de cette grossesse.

I.3. Couverture en ARV des FEC VIH+

L'offre des services de PTME dans les sites fonctionnels a permis d'enregistrer 19 081 femmes enceintes séropositives dont 8 440 nouvellement dépistées VIH. Parmi les femmes enceintes séropositives enregistrées, 17 304 sont sous TARV correspondant à une couverture en TARV de 90,7%. Parmi celles sous TARV, 10 087 (58,3%) l'ont été avant la grossesse, 6 012 au cours de la CPN et 1 205 en salle d'accouchement. Comparativement à 2020, il est noté une augmentation du nombre des femmes enceinte séropositives sous TARV passant de 16 731 à 19 801 ainsi que de la couverture programmatique de 84,5% à 90,7%.

En 2021, 1 777 femmes enceintes VIH+ n'ont pas été mises sous TARV correspondant à autant d'opportunités manquées d'éviter la TME du VIH. Les principales causes seraient (i) refus de la femme enceinte VIH+, (ii) le non-respect des directives nationales avec la stratégie 'Test and treat' et (iii) la mauvaise gestion des stocks ARV.

En 2021, les femmes enceintes séropositives attendues sur le plan national étaient estimées à 25 423 selon les estimations Spectrum (2021). Ainsi, le pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant reçu le TAR pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est de 68,1% (17 304/25 423).

Tableau 33: Couverture en ARV des FEC VIH+ en 2021 par région

Région	FEC identifiées VIH+ (CPN&SA)	FEC VIH+ mises sous TARV (CPN &SA)	Couverture TARV chez les FEC VIH+	FEC déjà connues VIH+	FEC déjà connues VIH+ sous ARV	Couverture TARV chez les FEC déjà connues VIH+	FEC nouvellement testées VIH+ (CPN&SA)	FEC nouvellement testées VIH+ mises sous TARV (CPN&SA)	Couverture TARV chez les FEC nouvellement dépistées VIH+
Adamaoua	1525	1498	98,2%	721	720	99,9%	804	778	96,8%
Centre	4961	4270	86,1%	2654	2563	96,6%	2307	1707	74,0%
Est	2274	1932	85,0%	983	862	87,7%	1291	1070	82,9%
Extrême-nord	1064	940	88,3%	484	435	89,9%	580	505	87,1%
Littoral	3155	2885	91,4%	1975	1828	92,6%	1180	1057	89,6%
Nord	1245	1161	93,3%	584	522	89,4%	661	639	96,7%
Nord-ouest	1318	1285	97,5%	1047	1040	99,3%	271	245	90,4%
Ouest	1394	1345	96,5%	979	953	97,3%	415	392	94,5%
Sud	923	905	98,0%	444	439	98,9%	479	466	97,3%
Sud-ouest	1222	1083	88,6%	770	725	94,2%	452	358	79,2%
National	19081	17304	90,7%	10641	10087	94,8%	8440	7217	85,5%

Source : Base des données du DHIS2/MINSANTE 2021

Le tableau ci-dessus présente les taux de couverture en ARV au sein des deux catégories de FEC VIH+ : les nouvelles identifiées et celles dont le statut VIH était déjà connu. Le taux de couverture national chez les femmes nouvellement identifiées VIH+ est de 85,5% contre 94,8% pour celles dont le statut était déjà connu.

- **TARV chez les FEC nouvellement dépistées VIH+**

Au niveau régional, les régions du Centre (74,0%), l'Est (82,9%), l'Extrême-nord (87,1%) du Littoral (89,6%) et du Sud-Ouest (79,2%) sont celles qui ont présenté les plus faibles taux de couverture TARV chez les FEC nouvellement dépistés VIH+. Ceci pourrait s'expliquer par (i) l'insuffisance en personnels formés en PTME, (ii) les crises socio-politique et sécuritaire, (iii) le flux des populations transfrontaliers, (iv) la gestion des approvisionnements en ARV ne tenant pas compte de la mobilité de la population, etc...

- **TARV chez les FEC déjà connues VIH+**

Les régions du Centre, de l'Est et du Sud-Ouest ont présenté les plus faibles taux respectivement 74,0%, 82,9% et 79,2% posant le problème de la rétention des femmes sous ARV.

- Disparités régionales

La couverture programmatique en ARV pour les femmes enceintes VIH+ variait de 84,96% à l'Est à 98,23% à l'Adamaoua, telle que présentée sur le graphique ci-dessus.

Le renforcement des capacités des prestataires sur les nouvelles directives de prise en charge y compris la stratégie « Test and Treat » ainsi que la gestion des approvisionnements pourrait d'avantage améliorer ces résultats.

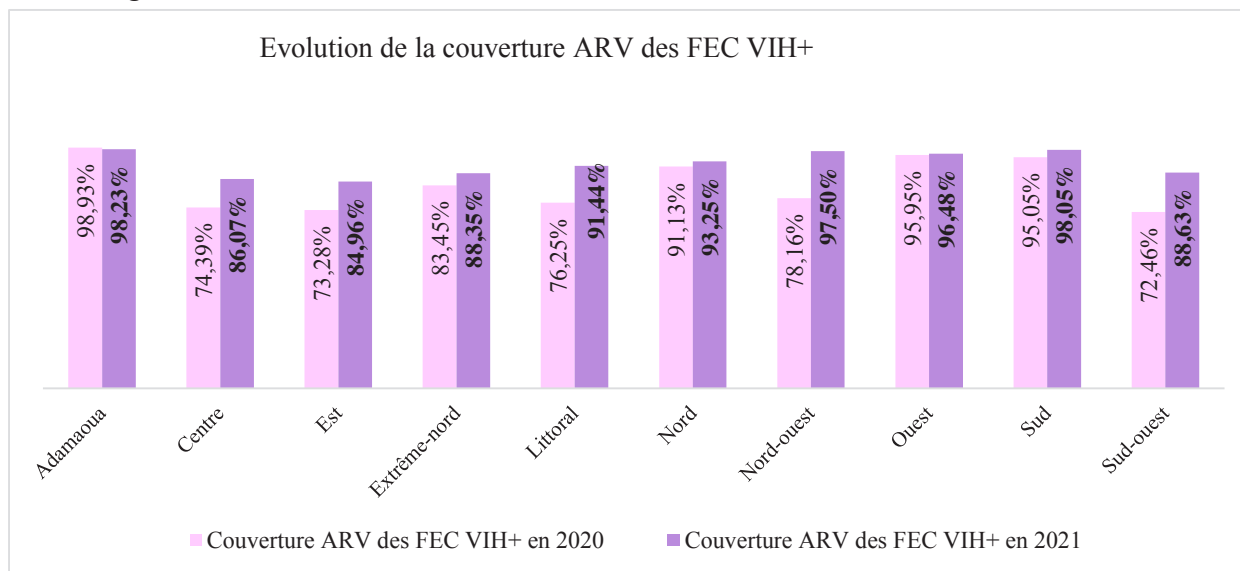


Figure 28: Evolution de la couverture TARV chez les FEC VIH+ entre 2020 et 2021. Source : Base des données du DHIS2/MINSANTE 2021

Adamaoua. 27 FEC VIH+ n'ont pas été liées au TARV dans la région au cours de l'année dont 03 à Banyo, 05 dans le DS de Ngaoundéré rural, 05 dans le DS Ngaoundéré urbain, 06 dans le DS de Tibati parmi lesquelles 02 femmes déjà sous ARV ont été retestées. Malgré ce gap observé dans certains districts, on note de façon globale que cette performance est satisfaisante. Elle est le fruit d'un système de dépannage entre les FOSA mis en place pour la gestion de la rupture en TLE ayant eu lieu au cours du premier trimestre.

Est. Certains DS de Yokadouma (57,1%), Nguemendouka (67,8%), Doume (69,6%) et Belabo (78,9%) ont eu de faible taux de couverture en ARV. Il faut relever que les FOSA continuent d'avoir des difficultés à s'approvisionner auprès du FRSP, malgré la mise en place du système des commandes groupés. Nous notons des entraves au système approvisionnement : (i) Retard dans l'acheminement des commandes au GTR par les DS et (ii) Retard dans la livraison des commandes par le FRPS. En plus, les livraisons du FRPS n'effectue pas dans toutes les formations sanitaires. De ce fait, les formations sanitaires sont obligées de venir prendre elles-mêmes les médicaments lorsqu'elles ont les moyens de le faire.

I.4. Couverture en charge virale chez les FEC VIH+

L'objectif du TARV chez la femme enceinte est d'obtenir la suppression virale tout au long de la grossesse ainsi que l'allaitement afin de réduire le risque de transmission verticale.

Au cours de l'année 2021, **60,3%** (10 432/17 304) des FEC VIH+ ont bénéficié d'un examen de charge virale. Cette faible performance est due (i) Rupture en intrants de CV, (ii) Insuffisance des prestataires formés sur l'offre/la demande de la CV et (iii) Sous rapportage des données.

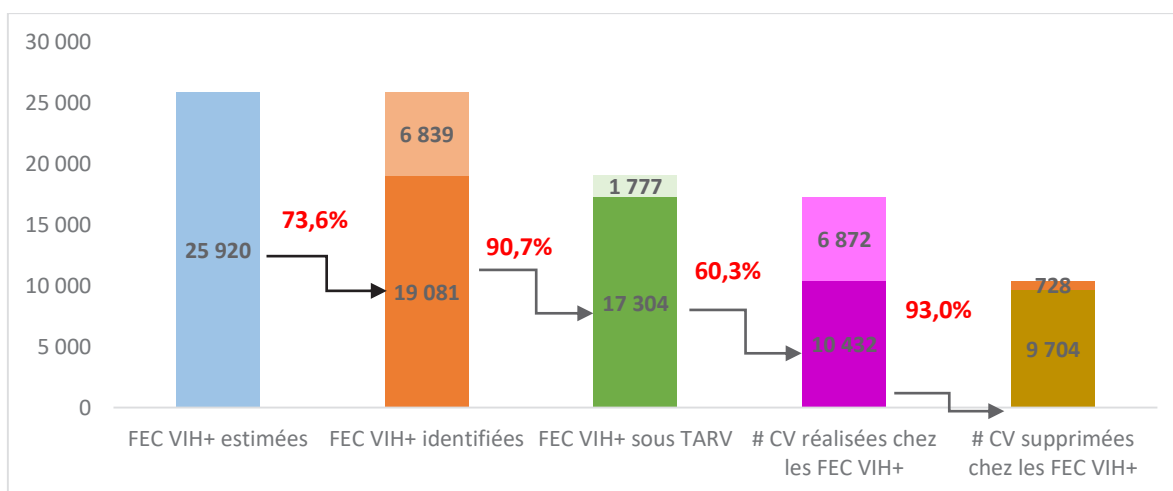


Figure 29 : Cascade charge virale des FEC VIH+ en 2021. Source : Données Dhis2 et Datim 2021

Le tableau ci-dessous présente le taux de réalisation de la CV chez les FEC par région. Globalement on a noté une faible performance dans la réalisation de la CV. En effet le taux variait de 17,9% dans la région du littoral à 94% dans la région du Centre.

Tableau 34: Charge virale chez la FEC en 2021 par région

Région	FEC VIH+ estimées	FEC VIH+ identifiées	FEC VIH+ sous TARV	FEC ayant fait la CV	Taux de réalisation CV	FEC VIH+ ayant supprimé la CV	Taux de suppression CV
Adamaoua	1 783	1 525	1 498	1 026	68,5%	927	90,3%
Centre	6 644	4 961	4 270	4 015	94,0%	3856	96,0%
Est	3 290	2 274	1 932	971	50,3%	832	85,7%
Extrême-Nord	1 464	1 064	940	757	80,5%	703	92,8%
Littoral	4 764	3 155	2 885	517	17,9%	505	97,7%
Nord	1 442	1 245	1 161	984	84,8%	807	82,0%
Nord-Ouest	2 039	1 318	1 285	669	52,1%	639	95,5%
Ouest	1 783	1 394	1 345	666	49,5%	644	96,7%
Sud	1 035	923	905	402	44,4%	380	94,5%
Sud-Ouest	1 675	12 22	1 083	426	39,3%	413	97,0%
National	25 920	19 081	17 304	10 432	60,3%	9704	93,0%

Source : Base des données Dhis2 et Datim 2021

La suppression virale chez les FEC VIH+ au niveau national était de 93% (9 704/10 432) sur le plan programmatique et de 56,1% (9 704/17 304) sur le plan populationnel. Une analyse régionale montre une performance en deçà de la performance nationale pour les régions du Nord (82%), l'Est (85,7%) et l'Adamaoua (90,3%).

1.5. Couverture en INH chez la FEC VIH+

Selon les directives nationales de PEC du VIH, cette prophylaxie de la tuberculose consiste en l'administration d'INH pendant 6 mois, en l'absence des signes cliniques d'une tuberculose ou après avoir éliminé une tuberculose évolutive.

Tableau 35 : Couverture en INH chez les FEC VIH+ nouvellement initiées en 2021

Région	Nombre de FEC VIH+ nouvellement initiées aux ARV	Nombre de FEC VIH+ nouvellement initiées qui ont reçu l'INH	Couverture en INH chez les FEC nouvellement initiées au TARV
Adamaoua	778	90	11,6%
Centre	1 707	523	30,6%
Est	1 070	260	24,3%
Extrême-nord	505	41	8,1%
Littoral	1 057	368	34,8%
Nord	639	42	6,6%
Nord-ouest	245	76	31,0%
Ouest	392	58	14,8%
Sud	466	45	9,7%
Sud-ouest	358	126	35,2%
National	7 217	1 629	22,6%

Source : Base de données DHIS 2/MINSANTE 2021

Au total, 22,6% (1 629/7 217) des femmes enceintes nouvellement initiées sous TARV ont bénéficié de la chimio prophylaxie à l'INH en 2021. L'analyse des performances régionales du tableau ci-dessus indique que les régions ayant les plus faibles couvertures sont celles du Nord (6,6%), de l'Extrême-nord (8,1%) et du Sud (9,7%). Ces faibles résultats sont liés au mauvais reportage et à la non application des directives nationales en cas de TPI.

II. Prise en charge des enfants exposés

Le suivi des EE va jusqu'à 24 mois et comprends : (i) Administration de Névirapine, (ii) Réalisation du diagnostic précoce du VIH et (iii) Administration du cotrimoxazole

Cascade de prise en charge de l'enfant exposé au VIH

L'analyse de la cascade de prise en charge de l'enfant exposé présenté ci-dessous ressort globalement une faiblesse au niveau du lien au traitement des enfants testés VIH + à la PCR. En effet, seuls **72,6%** (350/482) de ces enfants ont été mis sur TARV en 2021, soit un gap de 132 enfants perdus de vue. Concernant la couverture en ARV prophylactique, 91,5% (**12 633/13 807**) des enfants exposés identifiés ont reçu la NVP en 2021. Par ailleurs, 88,2% (12 181/13 807) ont bénéficié du diagnostic précoce, (**91,5%**) ont reçu la Névirapine et 88,2% ont été testés à la PCR.

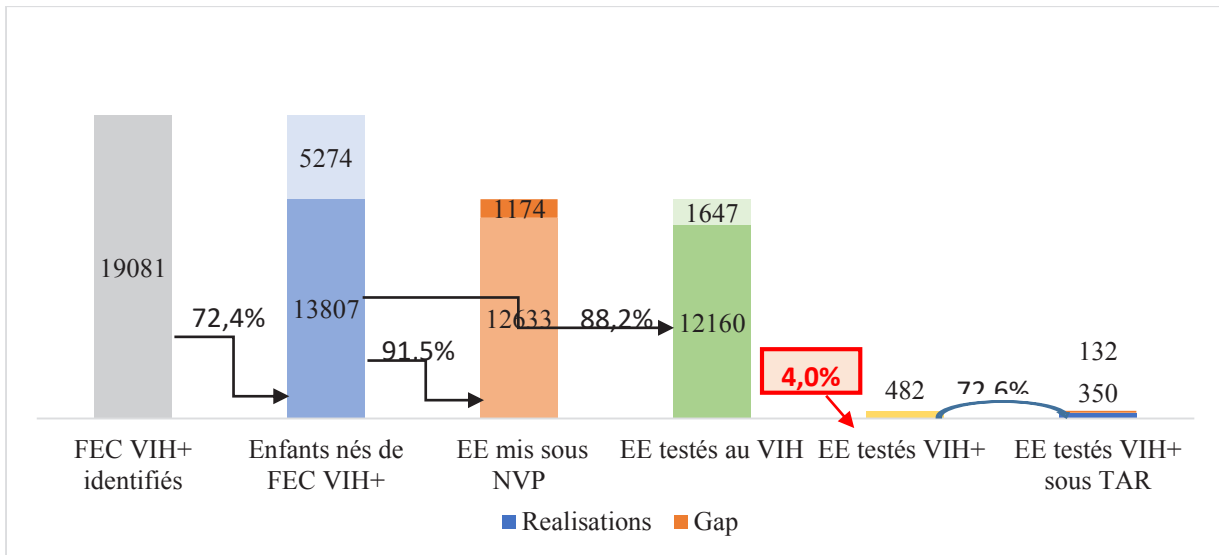


Figure 30 : Cascade enfant exposé, en 2021. Source : Base des données de la CIS et du DHIS2/MINSANTE, 2021.

II.1. Couverture en ARV prophylactique chez l'enfant exposé

Les ARV prophylactiques chez les EE sont recommandés dans les 72h qui suivent la naissance afin de réduire les risques d'infection par le VIH. Après une baisse de la couverture programmatique en ARV prophylactique chez les EE en 2020, on a noté une hausse en 2021, passant de 85,2% à 91,5%.

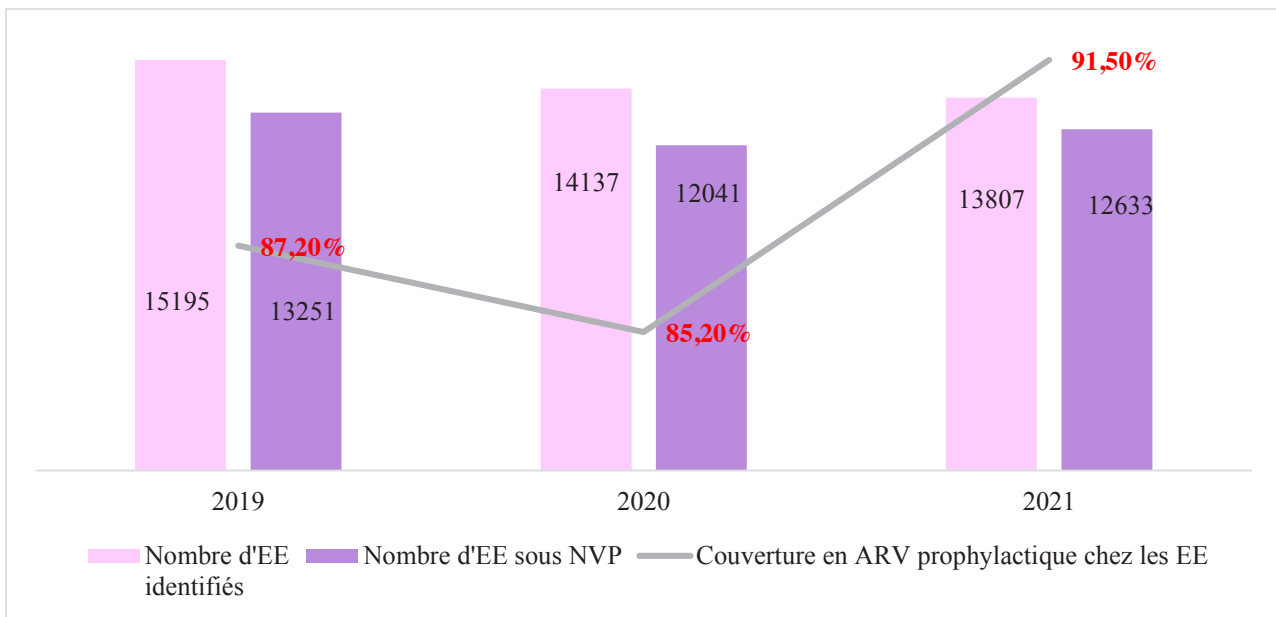


Figure 31 : Couverture en ARV prophylactique chez les EE en 2019, 2020 et 2021. Source : Base des données du DHIS2/MINSANTE 2021

L'analyse régionale a montré de faibles résultats dans les régions du Centre, de l'Extrême-Nord, du Nord et du Sud-Ouest respectivement 88,3%, 81,7%, 86,8% et 85,7%.

Tableau 36: Couverture en ARV prophylactique chez les EE en 2021 par région

	Nombre de FEC attendues VIH+	Nb de FEC VIH+	Nb de FEC VIH+ sous TARV	Couverture en ARV de la FEC VIH+	Nb d'EE identifiés	Nb d'EE sous NVP	Couverture en ARV prophylactique chez EE
Adamaoua	1 783	1525	1498	98,2%	964	940	97,5%
Centre	6 644	4961	4270	86,1%	3456	3053	88,3%
Est	3 290	2274	1932	85,0%	1213	1124	92,7%
Extrême-nord	1 464	1064	940	88,3%	677	553	81,7%
Littoral	4 764	3155	2885	91,4%	2507	2360	94,1%
Nord	1 442	1245	1161	93,3%	722	627	86,8%
Nord-ouest	2 039	1318	1285	97,5%	1290	1265	98,1%
Ouest	1 783	1394	1345	96,5%	1284	1179	91,8%
Sud	1 035	923	905	98,0%	661	647	97,9%
Sud-ouest	1 675	1222	1083	88,6%	1033	885	85,7%
National	25 920	19081	17304	90,7%	13807	12633	91,5%

Source : Base des données du DHIS2/MINSANTE 2021

La meilleure performance a été obtenue au Nord-ouest soit 98,1%, ce malgré la crise sécuritaire qui y sévit. Nous pouvons expliquer par la mise en œuvre de certaines stratégies spécifiques telles que : la mise à disposition des boîtes de NVP à toutes les FEC au troisième trimestre de la grossesse et le redéploiement des boîtes de NVP Sirop d'un site à un autre en fonction du besoin.

Les enfants exposés au VIH bénéficient obligatoirement de deux types de diagnostic : le diagnostic précoce par PCR dans les deux premiers mois de vie et à 9 mois, et le diagnostic de confirmation sérologique à 18 mois qui permet de déterminer le statut final face au VIH.

II.2. Couverture géographique en sites de prélèvements DBS

Depuis 2016, l'offre du diagnostic précoce chez les enfants nés de mère VIH+ se fait à travers la PCR/ADN sur DBS dans les laboratoires conventionnels ou à travers les POC permettant ainsi de réduire le temps de rendu des résultats et la mise précoce sous traitement des enfants infectés.

Tableau 37: Répartition des sites DBS et EID/POC par région

Régions	Sites PTME	Laboratoire	POC/EID	Sites DBS fonctionnels	Couverture
Adamaoua	183	0	8	153	83,6%
Centre	1523	1	10	603	39,6%
Est	247	0	9	110	44,5%
Extrême-Nord	405	0	13	136	33,6%
Littoral	865	0	10	96	11,1%
Nord	302	0	6	223	73,6%
Nord-Ouest	381	1	9	215	54,9%
Ouest	832	1	10	344	41,3%
Sud	277	0	7	169	61,0%
Sud-Ouest	265	1	4	63	23,8%
National	5280	4	86	1 496	38,3%

Source : Rapports des régions 2021

Parmi les 5 280 sites PTME, seuls 38,3% (2 022) sont des sites fonctionnels de collecte des échantillons DBS, performance en hausse par rapport à 2020 (1924, 36,3%). Cependant, certaines régions ont connu une baisse, la plus importante était observée dans les régions du Littoral et du Sud-Ouest. Ceci pourrait s'expliquer par (i) Des ruptures des intrants DBS et (ii) La fermeture de certains sites PTME dans les régions à conflit.

En outre, grâce à l'appui du projet PETVISIDAME, le nombre de POC est passé de 49 en 2020 à 84 POC en 2021, permettant ainsi d'améliorer l'offre de dépistage précoce du VIH des enfants exposés au courant du deuxième semestre. Le nombre de laboratoire de référence est resté stable soit 04.

II.3. Couverture en offre de service du diagnostic précoce du VIH et mise sous TARV de l'enfant infecté

Le plateau technique pour la réalisation du diagnostic précoce du VIH a été renforcé avec l'optimisation de 35 POC dans les laboratoires de FOSA des DS dans 06 régions du pays dans le cadre de l'appui par le projet PETVISIDAME en plus des quatre (04) laboratoires de Biologie Moléculaires (BIOLIM).

Tout enfant né de mère VIH+ devrait bénéficier du diagnostic précoce du VIH par PCR entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine après sa naissance.

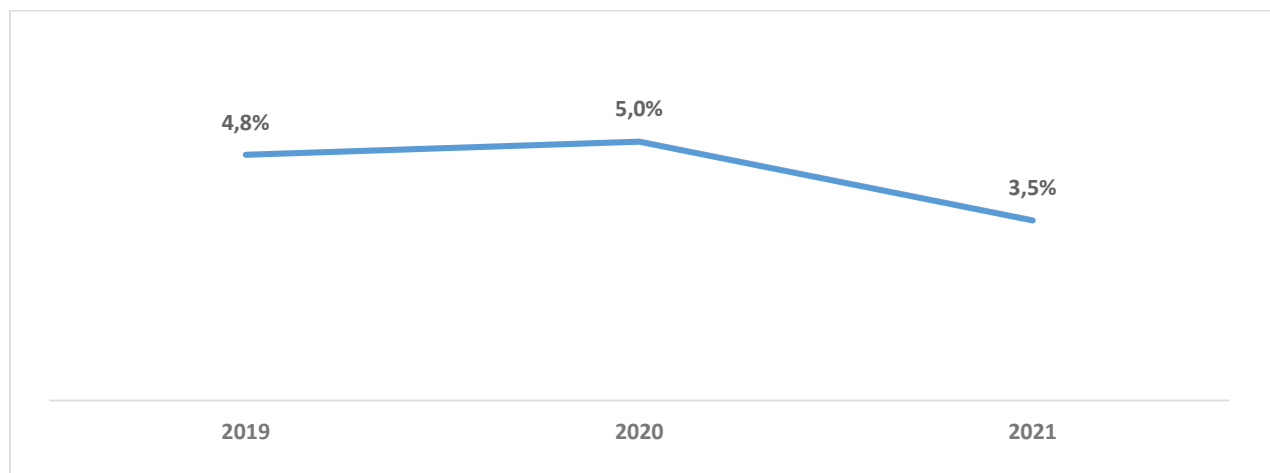


Figure 32 : Taux de séropositivité au VIH des EE 2019, 2020 et 2021. Source : Base des données du DHIS2/MINSANTE 2021

En 2021, 12 181 sur 13 807 EE identifiés ont fait l'objet d'un prélèvement pour la PCR soit 88%, en baisse à 2020 soit 97%. Cette faible performance pourrait s'expliquer par la rupture des intrants (DBS) et de cartouches EID, la faible proportion de prestataires formés sur le prélèvement sur DBS. Il faut noter qu'une campagne nationale de recherche des enfants exposés n'ayant pas bénéficié d'une PCR a été réalisée en Novembre 2021 et a permis de retrouver et testés 1 243 enfants. Ainsi, 482 EE ont eu une PCR+ soit un taux de séropositivité de 4% et une baisse de 0,7% par rapport à 2020.

Tableau 38: Couverture en offre d'EID et mise sous TARV en 2021 par région

Régions	EE identifiés	EE testés au VIH+	EE testés VIH+	Taux de séropositivité par PCR	EE testés VIH+ ayant été initiés au TARV	Couverture en ARV des EE ayant une PCR+
Adamaoua	964	784	31	4,0%	24	77,4%
Centre	3 456	3 274	140	4,3%	78	55,7%
Est	1 213	1 024	62	6,1%	57	91,9%
Extrême Nord	677	492	37	7,5%	31	83,8%
Littoral	2 507	1 753	59	3,4%	46	78,0%
Nord	722	761	71	9,3%	42	59,2%
Nord-Ouest	1 290	1 230	28	2,3%	25	89,3%
Ouest	1 284	1 240	21	1,7%	22	104,8%
Sud	661	683	16	2,3%	16	100,0%
Sud-Ouest	1 033	919	17	1,8%	9	52,9%
National	13 807	12 160	482	4,0%	350	72,6%

Source : Base des données du DHIS2/MINSANTE 2021

En 2021, d'un point de vue régional, les extrêmes en termes de couverture programmatique en ARV étaient représentés par la région de l'Ouest (104,8%) et la région Sud-Ouest (52,9%). Ces résultats bien que louables, démontrent de la nécessité d'accroître les efforts dans le but d'atteindre la cible ultime des 100% d'enfants identifiés VIH+ mis sous traitement.

III. PTME en communauté

En 2021, les données issues des activités communautaires ont été collectées auprès de divers intervenants communautaires. Il s'agit principalement des sous-réceptaires du Fonds Mondial, (FM) mettant en œuvre la stratégie intégrée des Interventions Sous Directives Communautaires (ISDC) à travers 3 775 Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) dans 190 districts de santé et 1 802 aires de santé et de confessions religieuses, des OBC et OSC ont également mené des activités communautaires de la PTME dans plusieurs districts de santé.

D'après le rapport des ISDC en 2021, 49 151 FEC n'ayant pas commencé la CPN ont été liées aux services de CPN des formations sanitaires par les ASCP, soit 31% (49 151/158 544) des FEC absentes à la CPN en 2021. De même, la recherche active en communauté par les autres acteurs communautaires (OBC, OSC) a permis de ramener 15 687 FEC absentes afin de contribuer éventuellement à la détermination de leur statut en vue de l'e-TME. Par ailleurs, dans le cadre de la campagne nationale de recherche des enfants exposés (EE) n'ayant pas bénéficié du diagnostic précoce et de la prise en charge, 1 243 EE ont été ramenés dans les FOSA dans les 10 régions afin de leur prodiguer des soins adéquats et de déterminer leur statut définitif suivant les directives nationales.

- **Problèmes prioritaires et solutions proposées**

Malgré les efforts fournis, plusieurs difficultés entravent le déploiement des interventions communautaires de la PTME dans divers domaines à savoir la coordination, la planification, le suivi

et évaluation et la demande de service. Le tableau ci-dessous résume les difficultés rencontrées ainsi qu'une ébauche de solutions.

Tableau 39: Problèmes prioritaires et solutions proposées.

DOMAINE	PROBLÈMES PRIORITAIRES	SOLUTIONS PROPOSÉES
Coordination	Faible collaboration entre les APS et les acteurs communautaires pour la recherche des PDV	Créer une plateforme d'échange entre les APS et les acteurs Communautaire Intégration des acteurs communautaires dans les réunions de coordination à tous les niveaux
Planification, Suivi & Evaluation	Absence d'indicateurs de suivi communautaire de la PTME	Définir et valider les indicateurs de suivi communautaire de la PTME
	Existence d'outils non harmonisés de collecte de données communautaires de la PTME	Élaborer, valider et disséminer les outils harmonisés de collecte de données communautaires de la PTME
	Absence de remontée de données des activités communautaires dans le cadre de la PTME	Définir et valider le circuit de remontée des données communautaires de la PTME
Demande de service	Insuffisance de formation des acteurs communautaires sur la référence vers la FOSA	Renforcer les capacités des acteurs communautaires sur la référence
	Insuffisance des OBC engagées dans la PTME dans la majorité des Districts de Santé	Sensibiliser les autres OBC pour la mise en œuvre des activités de SRMNIA
	Insuffisance des ASCP formés pour la recherche active des FEC	Renforcer les capacités des ASCP sur la mobilisation communautaire des FEC
	Faible implication des leaders religieux et traditionnels dans la PTME	Renforcement de l'Intégration des acteurs communautaires dans la mise en œuvre des interventions communautaires de PTME à tous les niveaux
	Faible implication des acteurs communautaires dans les activités de linkage	
	Faible implication acteurs communautaires dans la recherche des PDV, le linkage	
	Faible implication des acteurs communautaires dans la recherche des FEC positives ayant des CV non supprimées absentes ou PDV	Implémenter l'approche Mother mentors dans la recherche des FEC positives à problème ou toute OBC affiliées aux FOSA

Source : *rapport national des ateliers régionaux annuels de programmation et d'orientation général sur la mise en œuvre des activités PTME communautaires dans les districts de santé (2021)*

• Perspectives/recommandations

Coordination

- Etablir la cartographie des acteurs communautaires impliquées dans les activités de PTME ;
- Tenir des réunions semestrielles régionales de coordination avec les acteurs impliqués dans les activités communautaires de la riposte contre le VIH (GTR/DRSP, PTF, OBC/OSC, Districts, FOSA ...)
- Renforcer la collaboration FOSA/DS et les acteurs communautaires ;

Planification, Suivi & Evaluation

- Elaborer les plans d'action régionaux des interventions communautaires de la PTME (DS)
- Elaborer des outils Harmonisés de collecte des données de suivi communautaire de la PTME et les disséminer ;
- Elaborer une fiche trimestrielle de rapportage des données communautaires de la PTME ;
- Procéder à la validation des données communautaires de PTME avant transmission au GTR ;

Demande de service

- Renforcer les capacités des acteurs communautaires sur la PTME ;
- Mettre à disposition des acteurs communautaires des supports d'information et de communication pour la sensibilisation communautaire ;
- Organiser les stratégies avancées en CPN pour créer et accroître la demande des services pour les FEC/FA et leur famille ;

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

Depuis 2016, le Cameroun a adopté la stratégie « Test and Treat » qui exige que toute personne dépistée VIH positive est directement mise sous traitement ARV (TARV). L'amélioration de la qualité de vie des PvVIH est l'un des objectifs prioritaires de notre système de riposte contre le VIH. En effet, la rétention des PvVIH dans le système de soins, l'observance au traitement, la suppression virale permettent de réduire la morbidité et donc d'améliorer la qualité de vie des PvVIH. Pour cela le programme s'attèle à :

- Identifier les personnes positives à travers des stratégies innovantes (ex : autodépistage du VIH)
- Lier tous les patients dépistés positifs au traitement ARV
- Améliorer l'accès au TARV afin qu'il soit fourni à toutes les PvVIH
- Prévenir et prendre en charge les infections opportunistes
- Fournir des soins et un soutien continu à toutes les PvVIH

I. Cascade de la prise en charge globale 2021

Il ressort de l'analyse des données programmatiques en fin d'année 2021, que 94,1% (469 793/499 333) des PVVIH estimés connaissaient leur statut, en augmentation par rapport à 2020 (83,2%). Cependant, seuls 82,7% des identifiés (388 358/469 793) ont été mis sous TARV contre 84,9% en 2020. La couverture en charge virale était de 81,7% (317 571/388 358) en 2021 en nette augmentation par rapport à 2020 (57,9%). Parmi les PVVIH sous TARV, 69,1% (268 283/388 358) avaient une suppression virale. 2021.

Les performances de 2021 sont déclinées dans la figure ci-dessous :

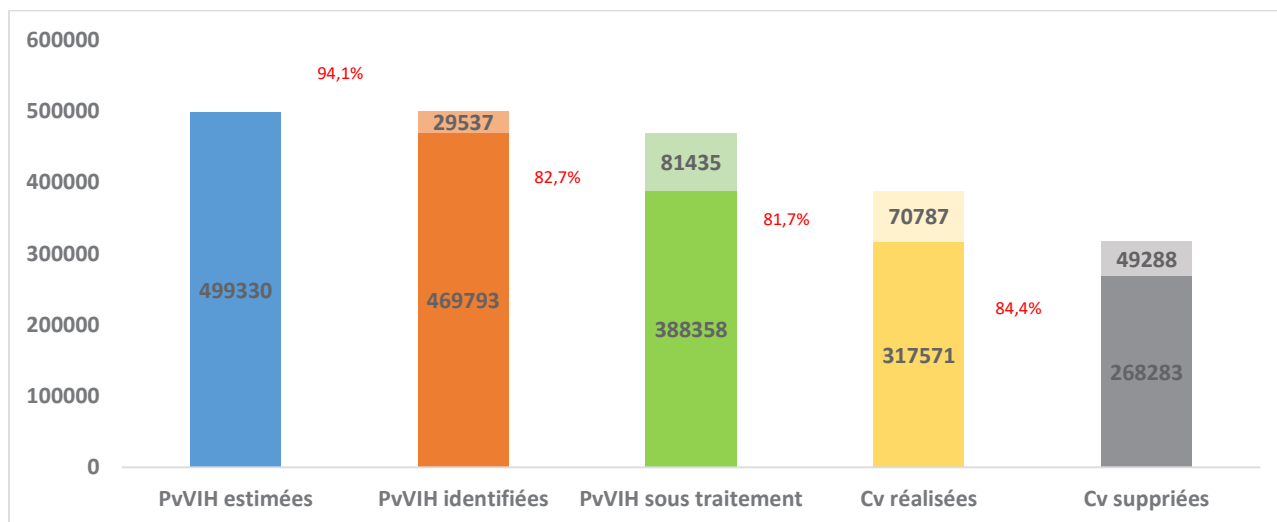


Figure 33: Cascade programmatique globale du suivi des PvVIH en 2021, source DHIS2

Particularités régionales

On a noté lors de l'analyse des différents rapports régionaux des disparités au regard de la cascade programmatique. En effet, s'agissant de

- **Connaissance du statut :** Tout comme en 2020, la région de l'Ouest (110%) a présenté la meilleure performance, plus de 95%. A la région de l'Ouest, s'ajoute les régions du Centre

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

(95,3%) du Sud-Ouest (98,6%) et du Nord-Ouest (99,9%) qui ont également des performances au-dessus de 95%. Le plus faible résultat a été observé dans la région du Nord, soit 77,7%

- **Mise sous TARV** : elle varie de 77,3% dans la région de l'Extrême-Nord à 88,6% dans la région du Nord-Ouest. Toutes les régions à l'exception de l'Extrême-Nord et du Sud-Ouest ont eu des performances de mises sous Tarv supérieure à 80%.
- **Couverture en charge virale** : Elle a varié de 35,9% dans la région de l'Est à 74,1% dans les régions du Centre.
- **Suppression virale** : Elle a progressé dans toutes les régions avec comme meilleure performance les régions du Sud (97,4%), de l'Ouest (97%), Nord-Ouest (95,9%), Sud-Ouest (95,2%) ; Littoral (95,9%), Centre (95,2%) Le reste des régions ont des performances variantes entre 84,2% dans la région de l'EST et 89,5% dans la région de l'Extrême-Nord.

Fort de ces constats, les efforts restent encore à faire dans la couverture en charge virale et cela dans toutes les régions. Aussi, des attentions particulières doivent être apportées dans les régions du Nord, de l'Extrême-Nord de l'Est de l'Adamaoua et du Sud-Ouest. Néanmoins, il serait préférable et ce pour toutes les régions, de faire une analyse par interventions et par district (approche différenciée) afin d'identifier et de prioriser les activités et les DS.

La figure ci-dessous compare la cascade programmatique entre 2017 et 2021. Il ressort de l'analyse des données, une stagnation des indicateurs concernant la couverture en ARV et la suppression virale de 2019 et 2021. Par ailleurs, on note une augmentation

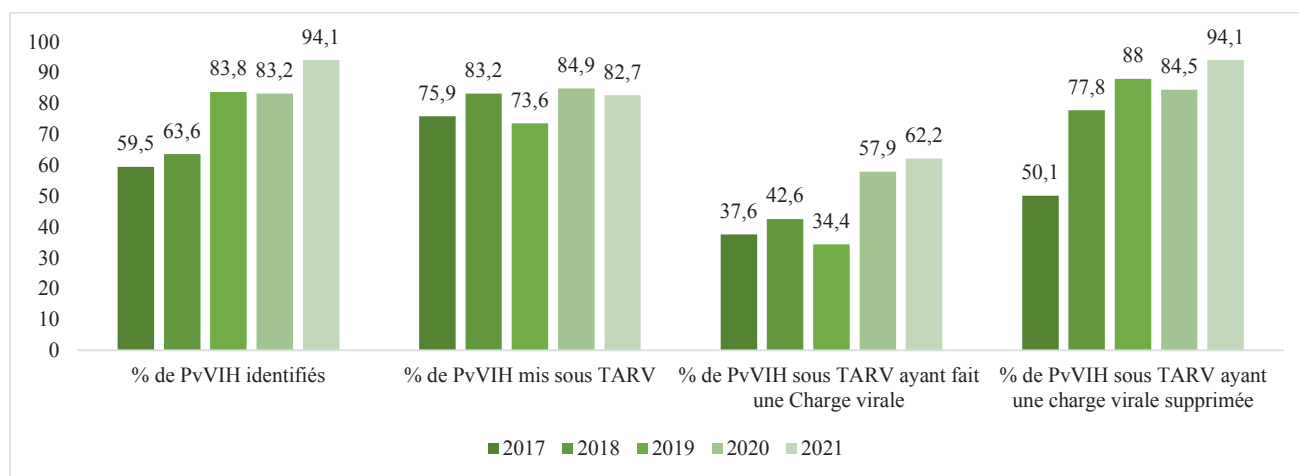


Figure 34 : Evolution de la cascade de suivi des PvVIH de 2017 à 2021. Source : rapports annuels CNLS 2017, 2018, 2019, 2020, DHIS2

□ **La cascade des 3x95 :**

Concernant les 3 X 95, on a relevé une nette amélioration de l'accès au dépistage. Cependant, les données par tranche d'âge, indiquent que, la connaissance du statut reste un défi chez les enfants adolescents et jeunes.

Les efforts fournis par le Programme pour enrôler les PVVIH sous ARV tout en les maintenant dans le système de soins, a permis d'identifier 82,7% de PVVIH connaissant leur statut, ont eu accès aux ARV. Quant à la charge virale, 69,1% de ceux qui ont eu accès aux ARV ont eu une suppression virale suivant la figure ci-dessous

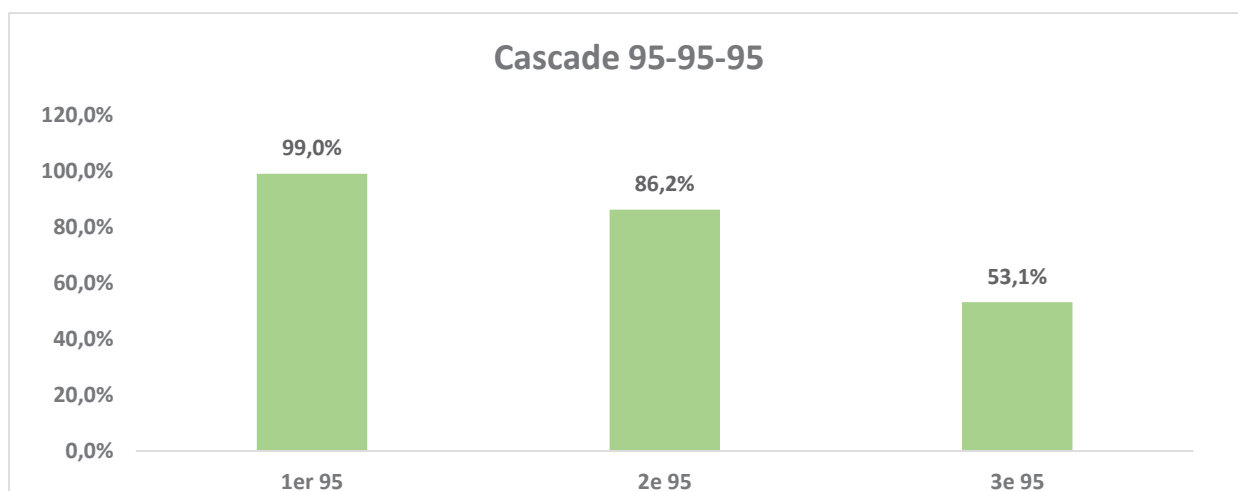


Figure 35 : cascade populationnelle

II. Offre de service

II.1 Structures de prise en charge pour le VIH

Le programme de lutte contre le VIH a connu une évolution dans les stratégies de prise en charge globale des PvVIH. En effet, la stratégie « Test and Treat » n'oblige plus le recours à des examens complémentaires avant la mise sous TARV. Bien plus, la mise en œuvre de la délégation des tâches ont permis la décentralisation de la prise en charge des patients dans les FOSA de 5^e et 6^e catégorie depuis 2018. Ce qui a porté le nombre de sites de prise en charge de 848 en 2018 à 2 927 en 2021, soit une couverture géographique de 48% (2 927/6 069). Cependant, il faut noter que seules 5 379 FOSA ont rapporté des données au moins une fois dans le DHIS2 en 2021. Bien plus, avec les transferts des patients, seuls 2 927 avaient une FA en fin décembre 2021.

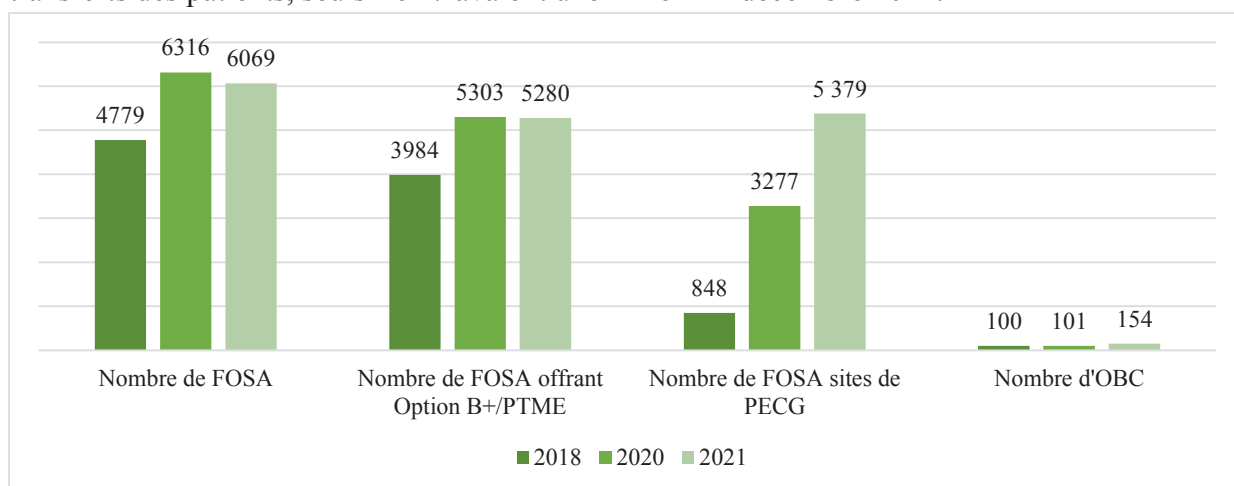


Figure 36 : Evolution du nombre de FOSA, sites PTME, PECG et des OBC entre 2018 et 2021

Depuis la décentralisation de la prise en charge du VIH, il y'a une nette augmentation des sites PECG mais la couverture nationale en site PECPA reste faible estimé à 687 sites contre 420 en 2020 au niveau national représentant 16% des sites PECG et 13% des sites PTME. Paradoxalement, la région du Sud-Ouest (69%) a la plus grande couverture tandis que celle du Centre (7%) la plus faible.

Tableau 40: Répartition des sites de PECG et des OBC, 2021. Source : rapports annuels des régions

Région	Nombre de FOSA	Sites PECG basés sur le taux de rapportage	Sites PECG basés sur la file active	Nb de sites de PECPA	Nombre de sites PTME, offrant l'option B+	Nombre d'OBC
Adamaoua	195	189	171	42	183	4
Centre	1 793	1611	662	124	1523	34
Est	249	248	215	78	247	4
Extrême-Nord	432	412	244	47	405	6
Littoral	1 181	821	445	64	865	22
Nord	316	305	248	33	302	3
Nord-Ouest	417	385	267	96	381	13
Ouest	862	850	299	64	832	19
Sud	286	265	245	36	277	31
Sud-Ouest	338	293	131	83	265	18
National	6 069	5 379	2 927	687	5 280	154

Source DHIS2 2021

II.2. Renforcement de capacité des personnels de soins

II.2.1. Le renforcement des capacités

Des renforcements des capacités des prestataires de soins et services ont été mises en œuvre en 2021, l'emphase a été mis sur l'optimisation de la prise en charge du VIH pédiatrique notamment sur l'administration de nouvelles formulations d'ARV pédiatriques, la PEC de la coinfection TB/VIH chez les enfants, le diagnostic et la PEC de la maladie avancée, le suivi du couple mère-enfant et l'auto-dépistage, etc... Le résumé des formations dispensées est contenu dans le tableau ci-dessous :

Tableau 41 : Formations dispensées en 2021

Thématique	Personnels concernés	Nombres de personnes formées	Zones d'intervention
Recherche active des clients VIH positifs non liés au TARV	APS adultes et pédiatriques	190	10 régions
Nouvelles directives de prise en charge du VIH et SRMNIA/PTME/PECPA prenant en compte l'auto dépistage	Médecins, infirmiers	47	Adamaoua, Est, Extrême-Nord, Nord et Sud
PTME et PECPA, y compris l'ADVIH	Médecins, infirmiers, aide-soignant	276	10 régions
Mentoring pour la PTME et la PECP	Médecins, infirmiers	100	10 régions
Mobilisation et dispensation communautaires	OBC	100	10 régions

Source : Rapports des ateliers, 2021.

III. Prise en charge par les Antirétroviraux.

III.1. Lien du dépistage à la mise sous TARV

Le lien au TARV est important pour le suivi des PvVIH, car il permet d'entrer dans le continuum de soins. Les personnes dépistées positives au VIH doivent être mis sous traitement au plus tard 30 jours après leur identification. En 2021, environ 83% des personnes identifiées ont été liées au TARV, comparativement à 77.4% enregistré en 2020.

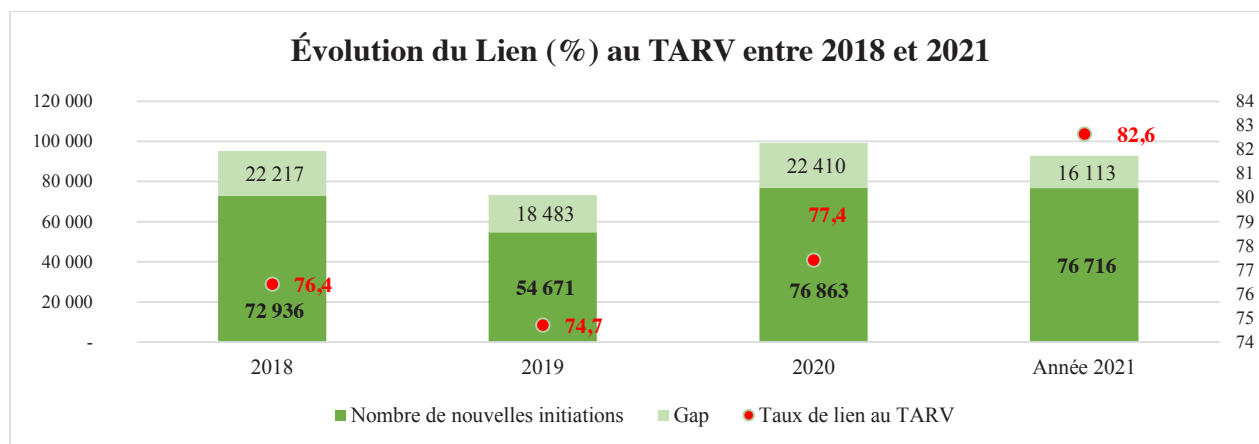


Figure 37 : Evolution du lien au TARV entre 2018 et 2021. **Source** : DHIS2, mars 2022 et rapports annuels 2018 à 2020.

On a observé des disparités en fonction de la stratégie de dépistage, du type de population ainsi que de la région.

- **Lien direct au TARV fonction de la région**

En 2021, on a observé une hausse du taux de lien direct au TARV dans toutes les régions hormis le Littoral. La figure ci-dessous montre l'évolution régionale de ce taux entre 2019 et 2021. La région de l'Adamaoua a présenté les meilleurs taux atteignant 94% en 2021 alors que la région du centre la moins bonne performance avec 75,3%.

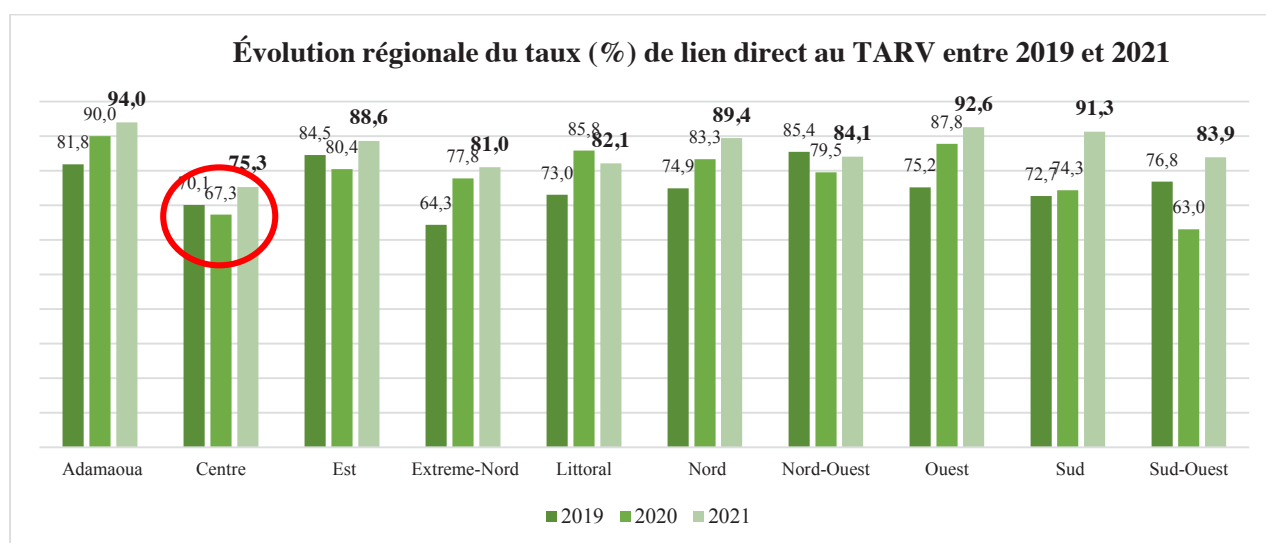


Figure 38 : Lien au traitement en fonction des régions. **Source** : Rapports annuels CNLS 2019 et 2020, DHIS2, Mars 2022.

Adamaoua. Malgré cette bonne performance, les DS de Tignere (87,8%), Ngaoundéré Rural (89,9%) et Urbain (93,8%), Dang (92,3%), Banyo (91,4%) et Bankim (92,4%) ont présenté les plus faibles taux.

Centre. Le taux de lien direct est évalué à 75,3% allant de 21,1% au DS de Mbankomo à 100 % au DS d'Esse. Plusieurs DS ont présenté de meilleures performances Efoulan (82,3%) Nkolndongo (81,5%), Nkolbisson (80,7%), et Soa (76,7%). En outre, les DS Mfou (72,6%), et Obala (68,2%), Djoungolo (62,0%), et Mvog Ada (58,4%) ont enregistré des faibles performances.

Extrême-Nord. Le taux de liaison était de 81,0% avec des disparités régionales. Les DS de Maroua 2 (82,1%), Maroua 1 (77,7%), Mora (69,3%), Maroua 3 (67,0%) et Yagoua (63,9%), ont présenté des performances en deçà de la moyenne régionale.

Sud-Ouest. Le taux de lien direct au traitement a été de 84%, en nette amélioration par rapport à 2020 (63%). Certains DS ont présenté de faibles performances pouvant s'expliquer par (i) l'absence de prise en charge dans certaines FOSA, Eyumojock (0%) et Mbonge (50%); (ii) absence d'approvisionnement en intrants dans certaines zones due à l'insécurité, Fontem (33%) et Bakassi (50%) et (iii) insuffisances dans le rapportage, Muyuka (56%).

• Lien au TARV selon les tranches d'âge

Selon la stratégie fixe, le lien au TARV était de 83%. Il se dégage de l'analyse approfondie en fonction de l'âge que, ce taux est meilleur chez les plus de 20 ans. La figure 39 ci-dessous détaille le lien au traitement par groupe d'âge.

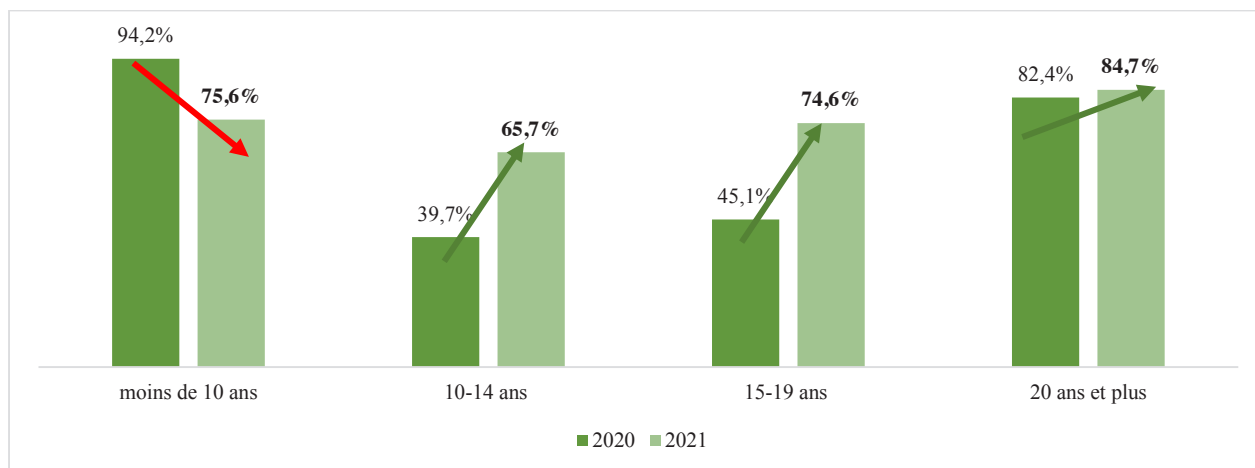


Figure 39 : Evolution du lien au traitement en fonction de l'âge entre 2020 et 2021. Source : Rapport annuel CNLS 2020, DHIS2, Mars 2022.

Moins de 10 ans. Seule tranche d'âge qui a présenté une baisse du taux de lien au TARV. Une des raisons de ce mauvais résultat est la difficulté d'avoir un adulte (parent, tuteur) pour le suivi de ces patients. De même, il faut noter la faible couverture en site de prise en charge pédiatrique, la délégation des tâches non effective et l'insuffisance de formation des prestataires dans l'annonce du statut sérologique. Les régions du Centre et du Littoral ont enregistré les plus faibles taux, 37% et 65% respectivement.

Adolescent de 10-14 ans. Augmentation d'environ 26 points entre 2020 et 2021 du taux de lien au TARV.

Adolescents de 15-19 ans : 74,6% des adolescents de 15-19 ans ont été liés à une FOSA, soit une progression de 29 points environ par rapport à 2020 (45,1%). Les régions du Centre, du Littoral et de l'Extrême-Nord ont présenté les plus faibles taux, 49%, 70% et 65% respectivement.

Tranche d'âge de plus de 20 ans : le lien est de 84,7%,

- **Lien au traitement des populations clés**

En 2021, s'agissant du lien au traitement chez les populations clés, il est presque similaire à celui de la population générale et oscille en fonction de la catégorie de 75,1% chez TS à 89,7% chez les HSH (figure ci-dessous). En comparant avec l'année précédente, on a observé une progression du taux de lien dans toutes les catégories, la meilleure performance étant celle des HSH (42,2% à 89,7%).

Concernant les TG et les UDI les données étaient disponibles pour les années 2020 et 2021. Les taux de lien au TARV pour ces deux sous-groupes respectifs sont passés de 54% à 85,1% et de 68,9% à 75,9%.

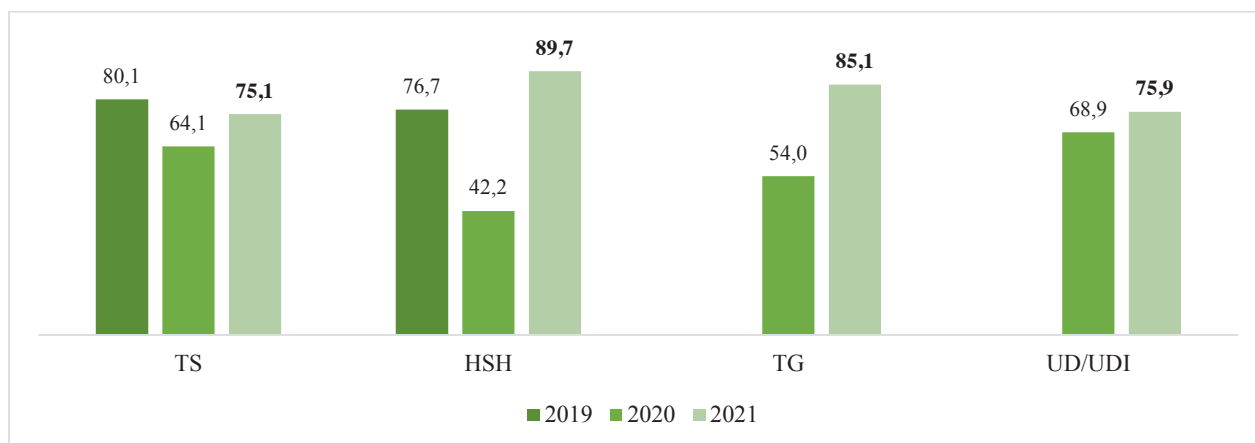


Figure 40 : comparaison du lien au traitement entre 2019 et 2021 chez les populations clés. Source : Rapports annuels CNLS 2019 et 2020, CAMNAFAW et CHAMP, 2021.

- **Lien au TARV chez les personnes vulnérables**

En 2021, le lien au TARV chez les populations vulnérables, était en deçà de la moyenne nationale pour toutes les catégories, variant de 60,6% chez les CTS (plus faible lien), 66,3% chez les AJFNS, à 70,1% chez les AJGNS. Il ressort de l'analyse de la figure ci-dessous que les AJGNS ont présenté une augmentation croissante de ce taux entre 2019 et 2021, de 63,6% à 70,1%.

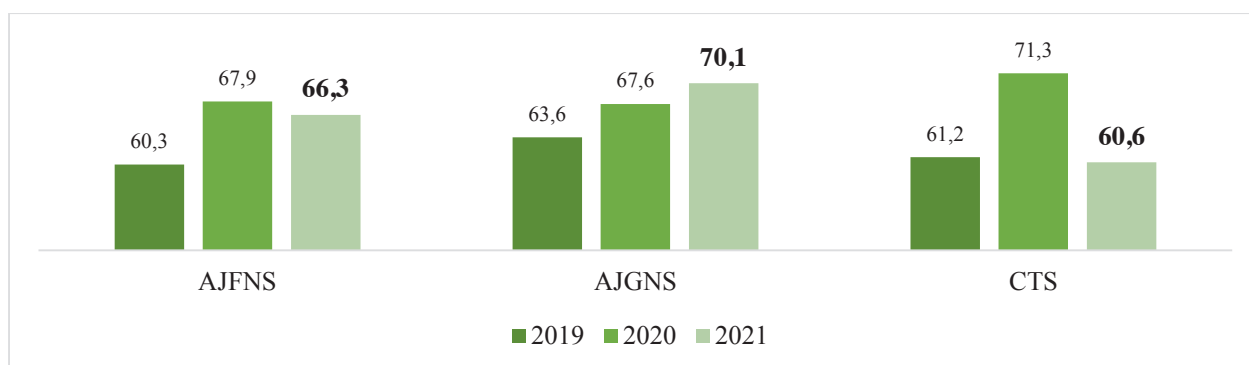


Figure 41 : Lien au TARV chez les populations vulnérables de 2019 à 2021. Source : Rapports annuels CNLS 2019 et 2020, CAMNAFAW et CHAMP, 2021.

III.2. Analyse des nouvelles initiations

L'analyse des nouvelles initiations nous montre que **76 716** personnes ont été enrôlées sous TARV parmi les **92 829** personnes dépistées positives, soit un taux de mise sous TARV de 82,6% en 2021. Le taux de mise sous TARV est meilleur par rapport aux années antérieures (75% en 2018 et 2019 et 80% en 2020). Le nombre de perdu de vues a été en légère baisse (19 238 en 2020 à 16 113 en 2021). La figure ci-dessous présente l'évolution de ces indicateurs entre 2018 et 2021.

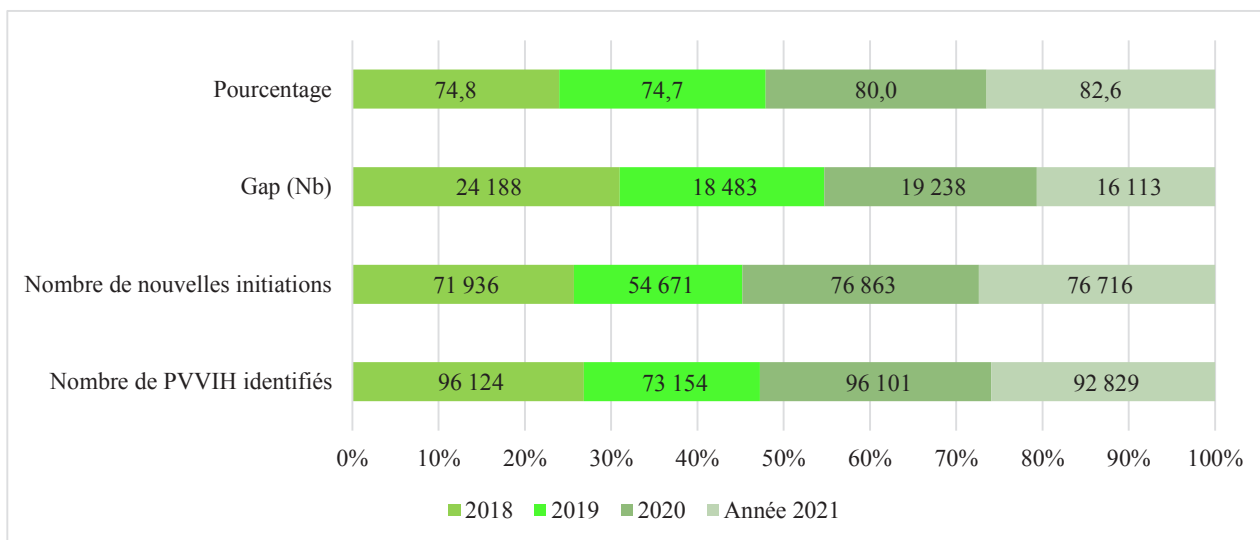


Figure 42 : Evolution des nouvelles initiations, des gaps au dépistage entre 2019 et 2021.

Source : Rapports annuels CNLS 2018 à 2020, DHIS2, Mars 2022.

III.3. Evolution mensuelle des nouvelles initiations

La mise sous TARV est une étape cruciale après le dépistage des cas. Avec les stratégies de dépistage ciblé implémenté par les prestataires de soins, le taux d'enrôlement au TARV des nouvelles personnes dépistées positives est évalué à 90,8% (76716/84449) au cours de l'année 2021. Ainsi, en 2021, 76 716 PvVIH ont été enrôlés au TARV avec une moyenne mensuelle de 6 329 nouvelles initiations sous ARV. Cette performance est stable par rapport à 2020, où nous avons enregistré 6 312 enrôlements en moyenne mensuelle. Au cours de l'année, deux pics ont été observés, le premier en Juin et le second au mois d'Août 2021 avec respectivement 7 112 et 6 919 enrôlements. Par contre, au cours du mois d'Octobre on a enregistré moins de personnes.

Extrême-Nord. En moyenne 441 patients ont été enrôlés par mois. Des baisses ont été observées au cours des mois de janvier, Mai, Juin-Juillet et Octobre 2021. Ces faibles-performances sont dues à : (i) Relâchement du suivi des patients en janvier 2021, (ii) Périodes des récoltes (iii) Initiations en communauté dont les patients ne reviennent plus en FOSAs, (iv) Fêtes religieuses telles que le ramadan avec mobilité /absence des patients, (v) Implication des APS dans la mise en œuvre des stratégies plutôt qu'au suivi des patients déjà sous TARV (HR Maroua près de 200 à 300 absents par mois en moyenne), (vi) Insuffisances dans la documentation des dispensations faites en communauté (HRA Yagoua 448 absents en moyen en S2 2021 et 141 dans le site de HD Kaélé) et (vii) faible disponibilité en intrants de lutte contre le VIH au niveau national qui ont limités la mise en œuvre des dispensations multi-mois.

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

Solutions : Dispensation communautaire des ARV par les APS (Yagoua, Mokolo, Mora, HR Maroua) et le suivi de proximité des APS au niveau de l'HR de Maroua par le point Focal APS en particulier ont permis d'améliorer les baisses observées. Il faut ajouter à cela l'impact des activités de recherche des absents et PDV réalisées au mois de novembre dans le site de CBCHS Meskine (63 absents/PDV retrouvé et remis sous TARV contre 93 à rechercher).

Pour réduire l'impact de la faible disponibilité des intrants sur les patients, le CNLS en collaboration avec ses partenaires ont mis en œuvre tout au long de l'année 2021, le Last Mile Delivery (LMD) de façon mensuelle au niveau des sites à fortes fréquentation des 10 régions. Cette stratégie des mises à disposition des intrants a permis de transporter et de distribuer des quantités d'intrants disponibles au niveau Central et régional sont transportés et distribués au niveau des sites de prise en charge pour les patients.

Féminisation de l'épidémie VIH

La figure 44 présente les variations des initiations mensuelles en fonction du genre. Il en ressort qu'environ 2/3 de patients initiés sur ARV tout au long de l'année 2021 sont du genre féminin.

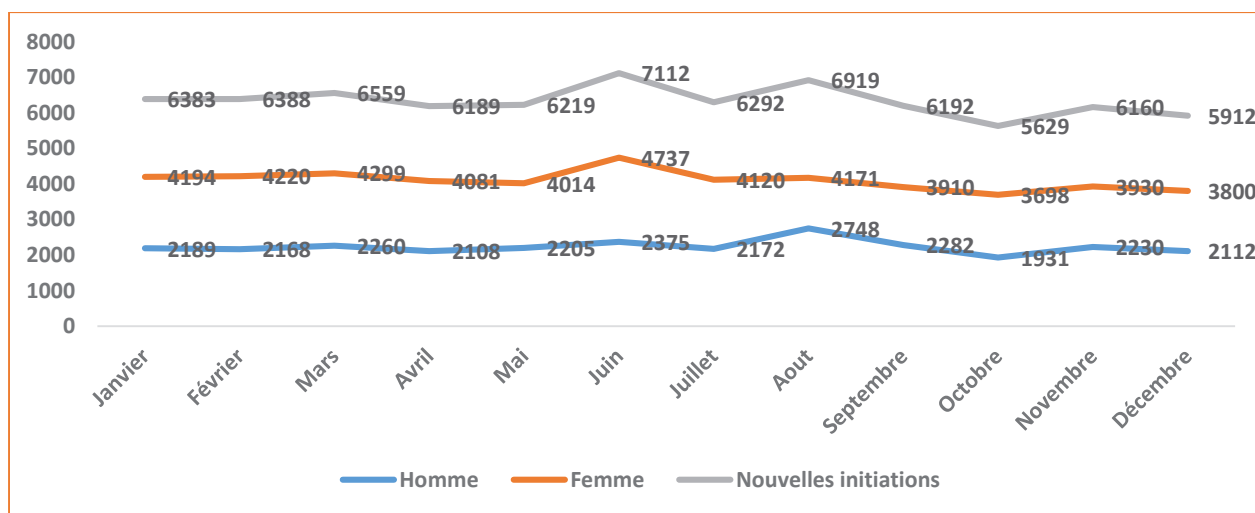


Figure 43 : Evolution mensuelle des nouvelles initiations en fonction du sexe au cours de l'année 2021. Source : DHIS2, Mars 2022

III.4. Evolution mensuelle de la file active nationale en fonction de la cible

Au cours de l'année, il a été observé un accroissement net de la file active de 37 440 patients. L'analyse de la figure ci-dessous nous révèle un dépassement de la cible de la file active de 101,78% en comparaison à 2020 ou la réalisation par rapport à la cible qui a été de 98%. Seules les régions du Centre et de l'Ouest n'ont pas dépassé leur cible, atteignant néanmoins respectivement des scores de 97% et 98%.

Cette bonne performance témoigne de l'ensemble des efforts consentis par les APS dans le suivi des cohortes et le traçage des absents. Cependant, des efforts doivent être fait pour améliorer le système de référence et contre référence (FOSA-FOSA et FOSA-OBC), soutenir les visites à domicile, améliorer les stratégies de traçage des perdus de vue et améliorer la communication avec les acteurs communautaires.

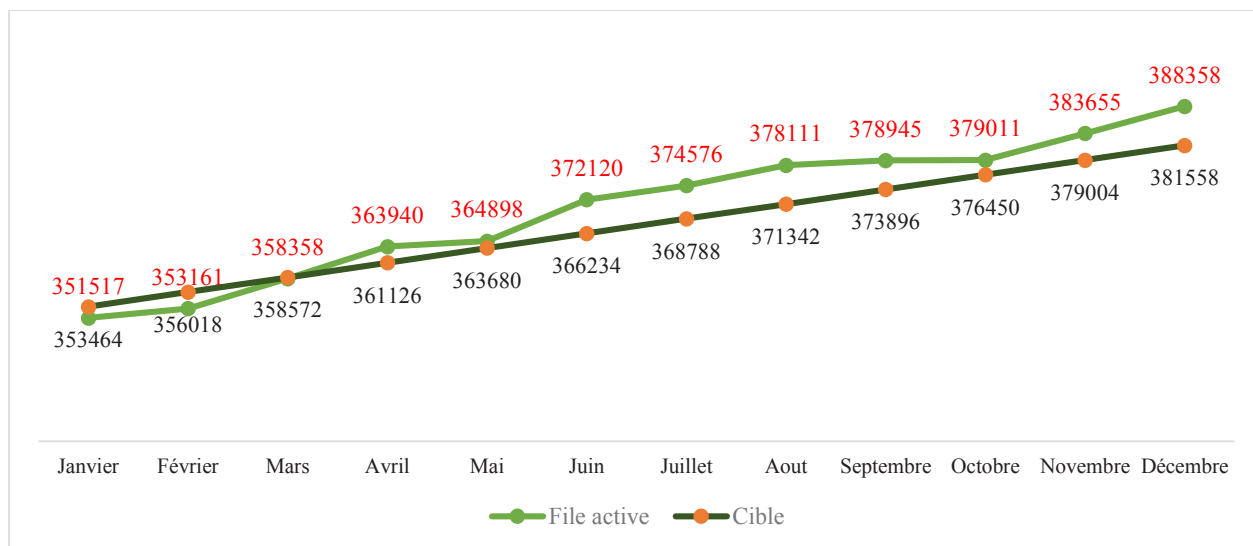


Figure 44 : Evolution de la file active en fonction des cibles au cours de l'année 2021.

Source : DHIS 2, Mars 2022

Adamaoua. La performance de 103,4% a été atteinte grâce à : (i) Disponibilité permanente des ARV, (ii) Système de dépannage inter FOSA, (iii) Poursuite des activités de recherche active des PDV initiée en juillet 2020 avec l'appui du partenaire technique ICAP et (iv) Mise sur pied des réunions hebdomadaires pour la recherche active des PDV et absents.

Est. Notons ici que le nombre de patients sous TARV a connu une baisse entre Janvier et Février 2021 et ce n'est qu'en mars 2021 que la région a rattrapé et dépassé le niveau précédemment atteint en décembre 2020. Les raisons expliquant cette baisse sont entre autres un nombre relativement élevé d'absences au traitement des PvVIH durant les mois de janvier et février et un relâchement du suivi des APS. Afin de rattraper le gap, plusieurs actions ont été mises en œuvre notamment : (i) la recherche active des patients absents et PDV avec l'appui du partenaire technique GUGHC, (ii) la mise en œuvre de la stratégie des dispensations multi-mois afin d'éviter les absences aux rendez-vous des patients qui sont éloignés des centres de prise en charge.

Nord. Evolution de la file active au-dessus de la cible assignée pour le mois pendant toute l'année. Cette performance résulte (i) de la bonne identification des nouveaux PvVIH par le dépistage ciblé et le bon taux de lien au TARV et (ii) du suivi effectué par les APS dans les sites permettant ainsi d'améliorer la rétention des patients.

Sud. L'évolution globale de la courbe de la file active était croissante, et on peut observer une réalisation supérieure à la cible de la file active à partir du mois de mars jusqu'au mois de décembre 2021. Cette performance a été principalement obtenu grâce à l'appui du partenaire technique EGPAF dans la recherche active et continue des PDV.

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

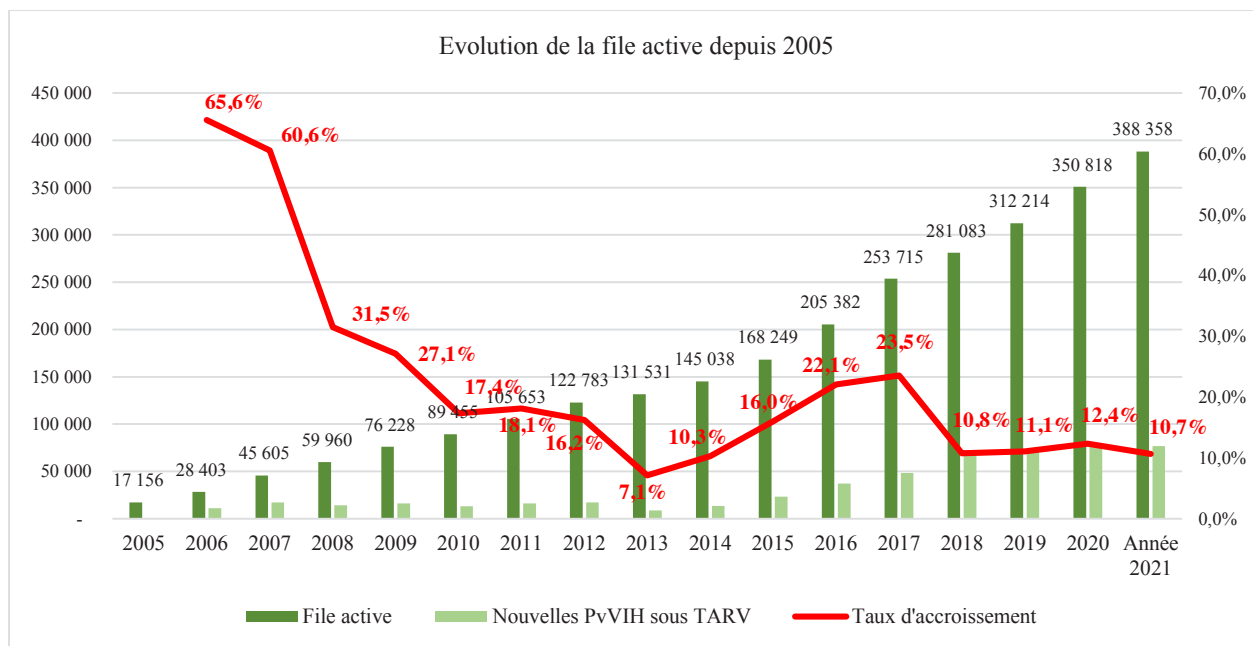


Figure 45 : Evolution de la file active depuis 2005.

On a observé une augmentation du nombre de patients sous TARV (file active). Depuis 2018, on constate une stagnation du taux de croissance traduisant une saturation du programme de prise en charge des PvVIH, aussi bien pour ce qui est de l'identification des personnes infectées, du lien au TARV ainsi que de la rétention.

III.5 Répartition de la file active par région

Les Régions du Centre (26,5%) et du Littoral (16,8%) représentent 43,3% de la file active nationale. Ceci pourrait être dû : (i) au nombre de FOSA que regorgent ces régions et (ii) à la densité populationnelle de ces régions qui abritent les principales métropoles du pays. La région du Sud possédait la plus petite file active alors qu'elle avait la prévalence la plus élevée du pays.

La figure ci-dessous présente la comparaison entre les files active de 2020 et de 2021 par région avec le taux d'accroissement :

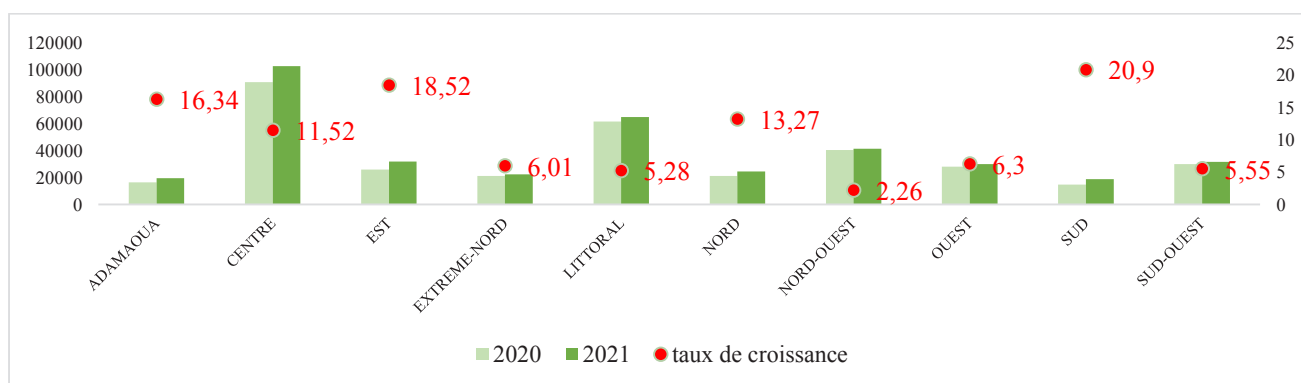


Figure 46 : comparaison entre les files actives régionales entre 2020 et 2021

La région du Sud a le meilleur taux d'accroissement soit 20,9%, suivie par la région de l'Est 18,52%, tandis que la région du Nord-Ouest a le plus faible taux d'accroissement 2,26%

Est. Au cours de l'année 2021, le nombre de PvVIH sous traitement ARV est passé de 26 104 à 32 041 soit une augmentation de 22,74% comme le montre le graphique ci-dessus. Ceci est dû

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

principalement à la stratégie communautaire mise en place par le partenaire clinique GUGH. En effet, cette stratégie a permis d'enrôler davantage de patients dans les sites qui mettent en œuvre cette stratégie. En outre, une amélioration de la rétention à 12 et à 24 mois sont passées respectivement de 71% en 2020 à 82,3% en 2021 et de 59% en 2020 à 62,3% en 2021. L'optimisation de la mise en œuvre de cette stratégie permettrait d'identifier un nombre élevé de PVVIH et de les mettre sur traitement.

III.6 File active régionale par sexe et par âge

En 2021, 69,4% des PvVIH adultes sont de sexe féminin, cette tendance est la même que celle de 2020 (70%). Dans les tranches d'âge de moins de 14 ans, la proportion de garçon est à peu près la même qu'avec celle des filles. A partir de l'âge de 15 ans, la proportion de femmes devient 2 à 3 fois plus importante.

Ces données démontrent de la nécessité de mettre en œuvre des stratégies ayant pour cibles les femmes et de définir des stratégies particulières permettant de : réduire les nouvelles infections, réduire les comportements sexuels à risque, offrir des soins et la prophylaxie post-exposition à toutes les victimes de violences sexuelles, intégrer les services de Planning familial, santé de la reproduction aux services VIH.

Tableau 42 : Répartition de la file active par sexe et par âge

Regions	Femmes	Hommes	Total	Enfants	% femmes	Poids région
Adamaoua	13 117	6 440	19 557	742	67.1%	5.0%
Centre	70 732	32 055	102 787	2 646	68.8%	26.5%
Est	21 957	10 084	32 041	1 023	68.5%	8.3%
Extrême-Nord	15 021	7 486	22 507	881	66.7%	5.8%
Littoral	45 722	19 330	65 052	1 480	70.3%	16.8%
Nord	16 939	7 571	24 510	735	69.1%	6.3%
Nord-Ouest	29 375	11 979	41 354	1 760	71.0%	10.6%
Ouest	21 231	8 743	29 974	892	70.8%	7.7%
Sud	13 101	5 651	18 752	558	69.9%	4.8%
Sud-Ouest	22 475	9 349	31 824	814	70.6%	8.2%
National	269 670	118 688	388 358	11 531	69.4%	100.0%

Source : Base de données DHIS2, Mars 2022.

La tranche d'âge 25-49 ans est la plus représentée dans la file active nationale, donnant un visage jeune à l'épidémie dans le pays, elle est majoritairement féminine.

La tranche des 50 ans et plus représente (23,56%) de la file active, les femmes y représentent 62,44%. Il apparaît une nécessité d'associer aux paquets de services actuels des prestations tels que le dépistage des cancers gynécologiques ou des maladies cardiovasculaires.

La file active des moins de 15 ans est de 11 531 soit 3% de la file active, elle est similaire à la proportion observée en 2020 qui était de 3,2%. La figure ci-dessous présente la file active par tranche d'âge et par sexe.

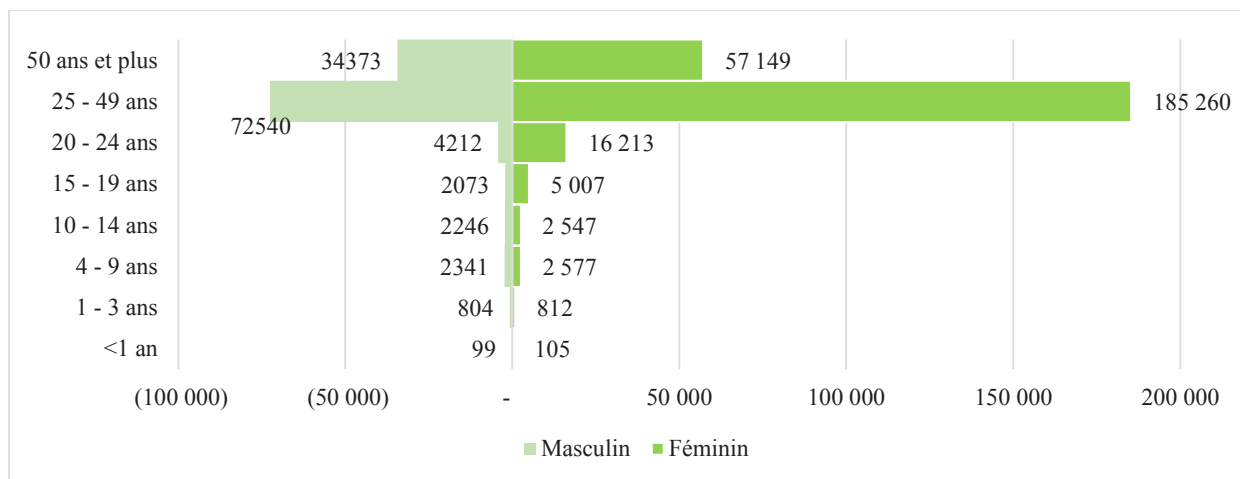


Figure 47 : Répartition de la file active par tranche d'âge et par sexe

Adamaoua. Le constat quant à la répartition par âge est que la file active est constituée d'environ 70% de la tranche d'âge 25-49. Cela démontre du fait que c'est la tranche d'âge la plus touchée par le phénomène. Les activités de sensibilisation devraient être orientées vers cette couche en vue de prévenir les nouvelles infections.

Centre. Au 31 décembre 2021 dans la région du Centre, la file active des PvVIH sous traitement paraît vieillissante dans les deux sexes. Le constat majeur fait ici est la proportion des PvVIH sous traitement dont l'âge est supérieur ou égal à 25 ans soit 91,9% chez les femmes et 90,5 % chez les hommes. Pour les PvVIH de 50 ans et plus, cette proportion est de 23,5 % chez les femmes et de 30,5 % chez les hommes. Pour les enfants de moins de 15 ans, cette proportion est de 2,0 % chez les filles et 3,9% chez les garçons.

Est. S'agissant de la file active par sexe, les données présentées dans le graphique ci-dessous nous révèlent que les femmes représentent 69,5% de la file active régionale. Cette répartition ne varie au cours de l'année. En outre, la tranche d'âge « 25-49 ans » est celle où il y a le plus de malades ; suivi de la tranche d'âge « 50 et plus ».

Nord. La baisse de la file active observée en septembre est du fait de la rupture des ARV enregistrée à l'hôpital de district de Touboro avec pour conséquence 593 absents au traitement pour ce mois. Parmi les 24447 patients venus chercher le traitement dans les formations sanitaires du Nord en décembre 2021, on a 16 898 femmes soit 69%. Le tableau ci-dessous présente le poids de la population féminine dans la file active par district de santé.

III.7. FA des moins de 15 ans

III.7.1. Analyse de la situation de la FA chez les moins de 15 ans

La FA pédiatrique a connu une nette progression depuis 2003 passant de 50 enfants de moins de 15 ans sous ARV à 11 531 en 2021. Cependant, cette croissance stagne depuis 2018 avec moins de 500 enfants enrôlés par an. Considérant l'accroissement de la file active au cours de l'année 2021, les enfants et jeunes de moins de 15 ans ne représentent que 0,8% (312/37 440) des nouveaux patients enrôlés dans la FA. Par ailleurs, les enfants de moins de 15 ans ne représentaient que 3% de la FA totale (11 531/388 358), comparé aux deux précédentes années, 3,2% (11 219/413 188) et 3,3% (10 405/312 214) respectivement en 2020 et 2019.

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

Des efforts supplémentaires devraient être fournis à travers l'intensification des stratégies d'identification des cas et l'implication des communautaires dans la recherche active en communauté des enfants EE non dépistés et des enfants dépistés positifs non lié au TARV.

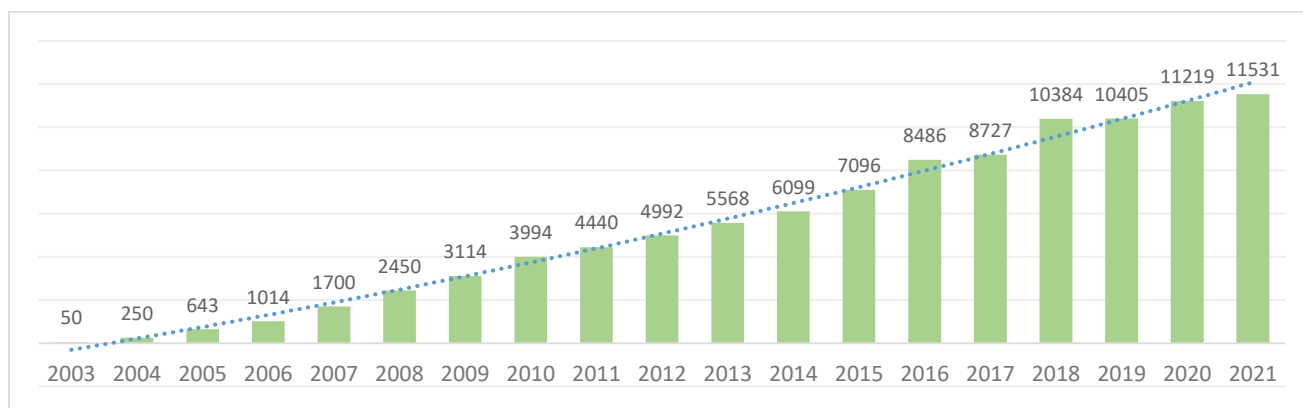


Figure 48 : Evolution de la file active des enfants de moins de 15 ans. Source : Rapports annuels CNLS, DHIS2, Mars 2022.

Le graphique ci-dessous met en évidence la FA des moins de 15 ans dans chaque région.

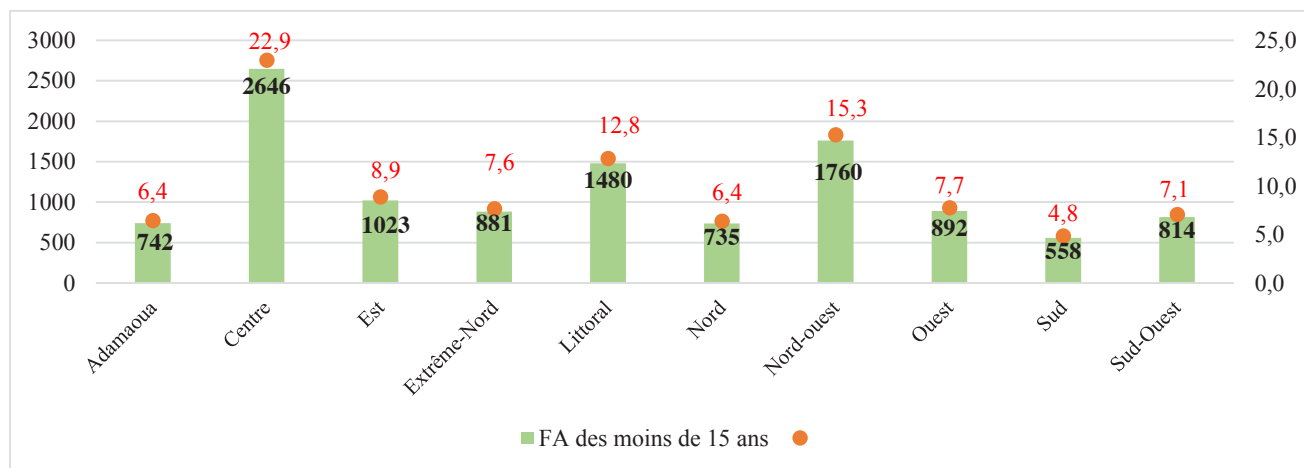


Figure 49 : Répartition de la file active des enfants et poids des régions. Source : DHIS2, Mars 2022.

L'analyse régionale montre que la région du Centre a la plus grande FA respectivement d'ordre de 2646 représentant 22,9% de la file active nationale. Par contre, la région du Sud a la plus faible FA de soit. 558 (4,8%) probablement dû à la densité en population forte pour la région du Centre et faible dans la région du sud.

III.7.2. Cascade nationale programmatique dans la population des moins de 15 ans

En 2021, plusieurs stratégies ont été mises en œuvre pour améliorer la de PECPA à savoir (i) le renforcement des capacités des prestataires sur l'optimisation et la recherche des PDV, (ii) l'intensification des stratégies d'identification des cas (dépistage familial, le dépistage systématique à certaines portes d'entrée telles que la TB, nutrition, vaccination...), (iii) l'amélioration en couverture en POC.

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

Il en ressort de l'analyse des données programmatiques qu'en fin d'année 2021, le statut de 49,2% (15 318/31 127) des enfants de 0-14 ans estimés (Spectrum 2021) est connu soit environ un enfant sur deux **NON identifié**. Parmi ceux dont le statut est connu, 75,3% (11 531/15 318) recevaient un traitement antirétroviral. La couverture en charge virale des enfants vivants avec les VIH sous TARV était de 65,3% (7 534/11 531). Parmi les enfants sous TARV ayant réalisé la CV 82,4% (6 211/7 534) ont atteint la suppression de leur CV (<1000 copies/ml).

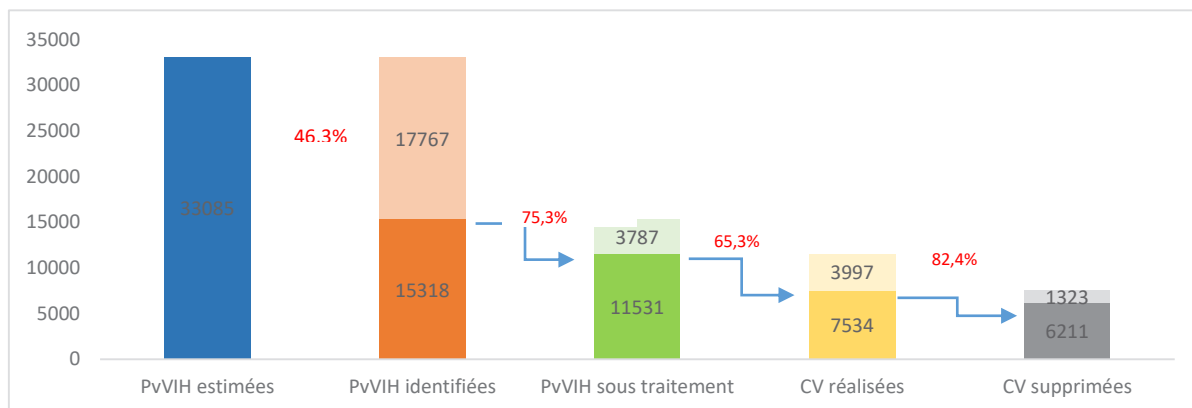


Figure 50 : Cascade de PEC des enfants de moins de 15 ans. Source : DHIS2, Mars 2022.

Ce résultat traduit un gap énorme qui reste pour atteindre les cibles 95-95-95 plus particulièrement le premier 95 en termes d'identification. Une intensification des stratégies mise sur pieds reste primordiale ainsi que la mise sur pieds du DSD pour adapter l'offre de service aux enfants pour l'amélioration des performances pédiatriques.

III.7.3 Evaluation régionale des 3 95-95-95 chez les enfants de moins de 15 ans

La figure ci-dessous présente la cascade des 3x95 pour les 10 régions du pays.

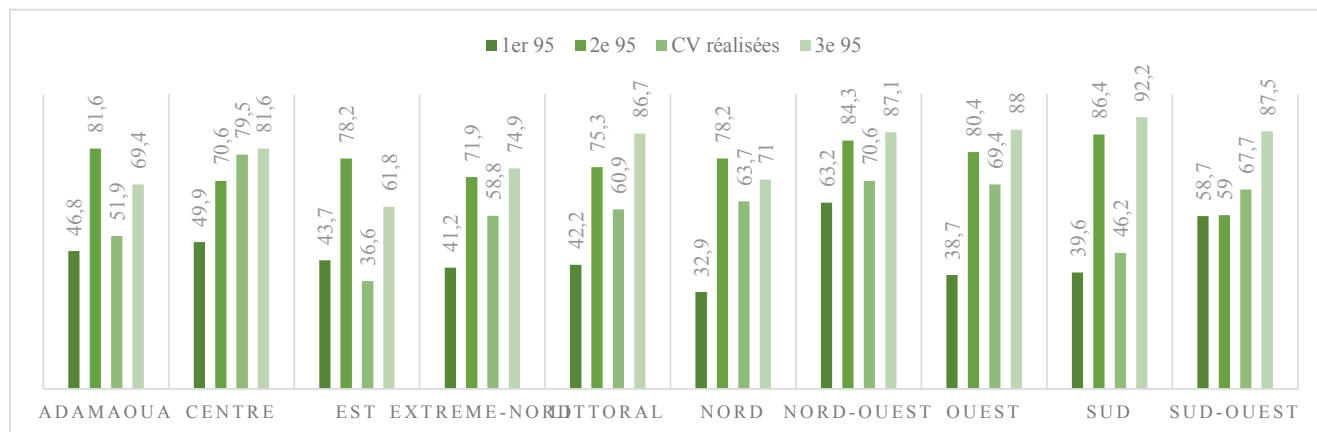


Figure 51 : Cascade de PEC des enfants de moins de 15 ans. Source : DHIS2, Mars 2022.

D'après la figure ci-dessus, l'évaluation de la performance permet de faire les observations suivantes :

- **L'identification des cas** : seule la région du Nord-Ouest réalise la plus grande performance de 65% et la région du Nord la plus faible à savoir 39%
- **La mise sous traitement** : le Sud réalise la meilleure performance en initiant 86,4% des enfants dépistés sous traitement et la région du Sud-Ouest met 59% des enfants dépistés sous traitement ;
- **La réalisation de la charge virale** : elle a été optimale dans la région du Centre avec 79,5% et a baissé dans la région du sud passant de 36,9% à 46,2% ;

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

- **La suppression de la charge virale** : elle montre que sur l'ensemble des enfants ayant effectué la CV la région du Sud enregistre la meilleure performance soit 92% de suppression contre 61% dans la région de l'Est (performance la plus faible).

Répartition de la FA par tranche d'âge

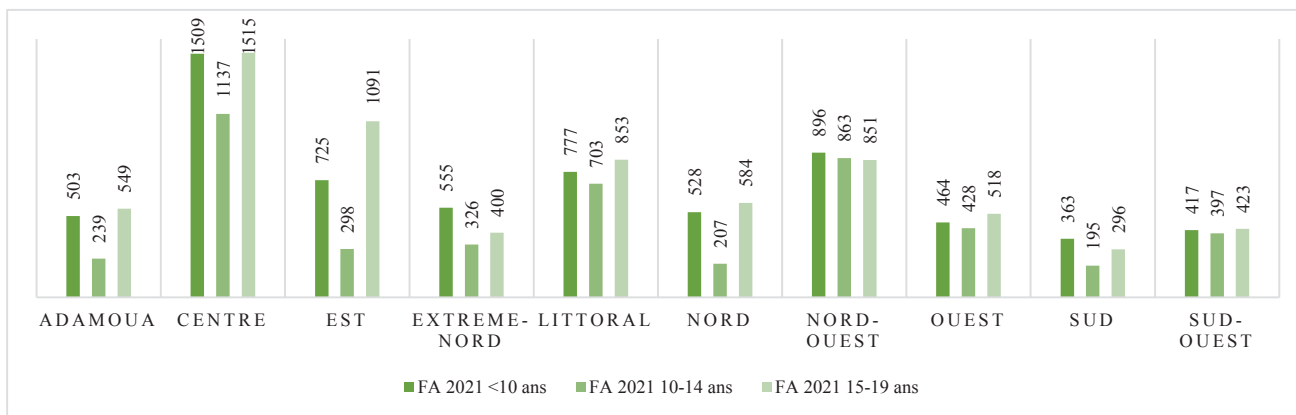


Figure 52 : File active régionale par tranche d'âge. Source : DHIS2, Mars 2022.

De cette figure, il ressort que la région du Centre a la plus grande FA sur les trois tranches d'âge. On observe une répartition similaire de la file active dans les 3 tranches d'âges dans toutes les régions à l'exception de celle du Nord-Ouest. La file active des 15-19 ans est la plus élevée des trois tandis que celle des 10-14 ans est la plus faible. Dans la région du Nord-Ouest la file active des moins de 10 ans est plus élevée que celle des 10-14 ans qui est plus élevée que celle des 15-19 ans. Une intensification des stratégies d'identification des cas à travers des approches de dépistage ciblées, le renforcement de la stratégie test and treat, des dispensations familiale et par les pairs reste primordiale ainsi qu'une mise sur pieds des stratégies DSD pour chaque tranche d'âge pour une atteinte des objectifs fixés

Evolution de la file active pédiatrique par tranches d'âge

Nous pouvons dire que la FA est quasi-stagnante depuis 2018, pour les tranches d'âge de moins de 10 ans et 10-19 ans et même le jeunes de 20-24 ans. La figure ci-dessous montre de façon désagrégée l'évolution de la FA sur 4 ans.

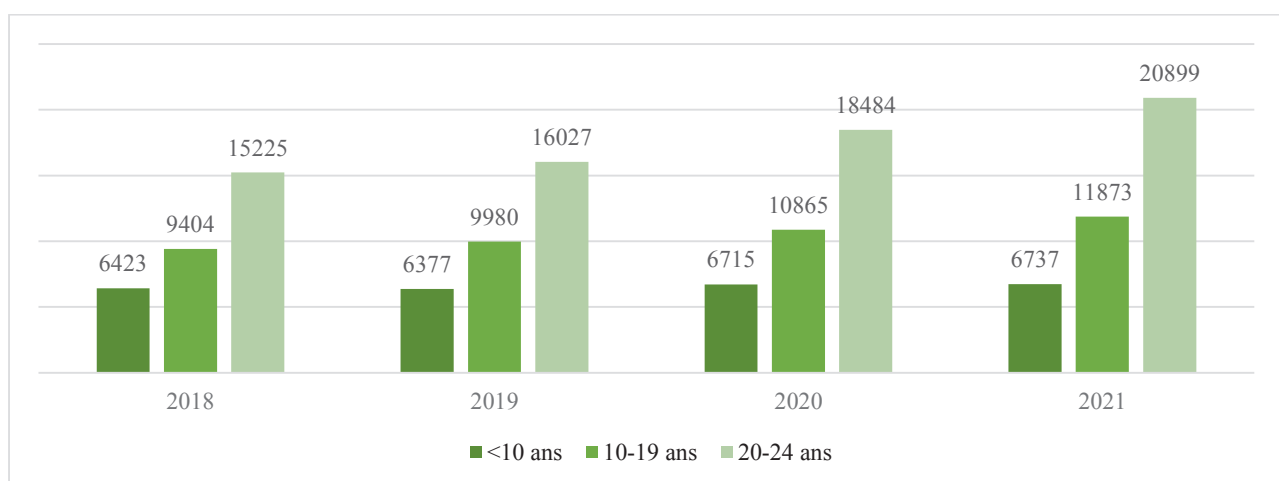


Figure 53 : Evolution de la File active par tranche d'âge entre 2018 et 2021. Source : Rapports annuels CNLS, 2018-2020, DHIS2, Mars 2022

Cascades nationale désagrégée par tranche d'âge

• Cascade des moins de 10 ans national

Le graphique ci-dessous montre que sur 20 667 enfants de moins de 10 ans estimés vivants avec le VIH, seul 9 556 ont été identifiés soit une performance de 46,2% avec 70,5% mis sous TARV (6 738/9 556). La charge virale avait été faite chez 57% d'enfants qui étaient sous ARV (3849/6738) et 80,4% avaient une CV supprimée soit 3093/3849.

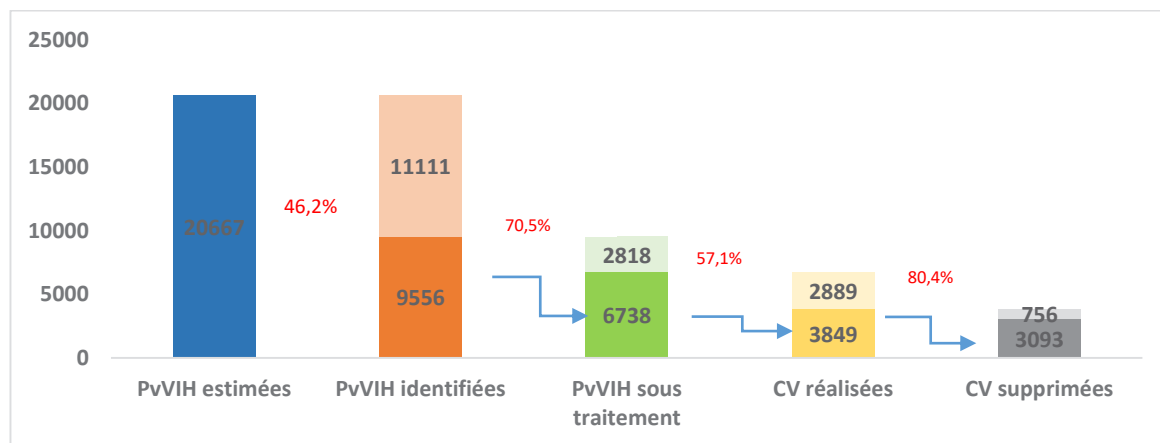


Figure 54 : Cascade enfants de moins de 10 ans 2021. Source : DHIS2, Mars 2022.

Cette performance reste faible pour atteindre les 3 95-95-95 malgré le lien au traitement supérieur à celui de 2020 et 2019 respectivement de 34,2% et 33% et l'évaluation de la suppression de la charge virale par la désagrégation de cet indicateur, des efforts doivent être fait dans cette thématique.

Cascade de 10-19 ans

Pour ce qui est des Adolescents, selon les estimations Spectrum 2021, il était attendu en 2021 30 461 jeunes de 10-19 ans vivants avec le VIH seuls 58% (17 666/30 461) ont été identifiés et 67% (11 873/17 666) mis sous traitement ARV et sur 63% (7 464/11 873) sous traitement ayant fait la charge virale seuls 86% (6 420/7 464) ont eu une suppression de la CV.

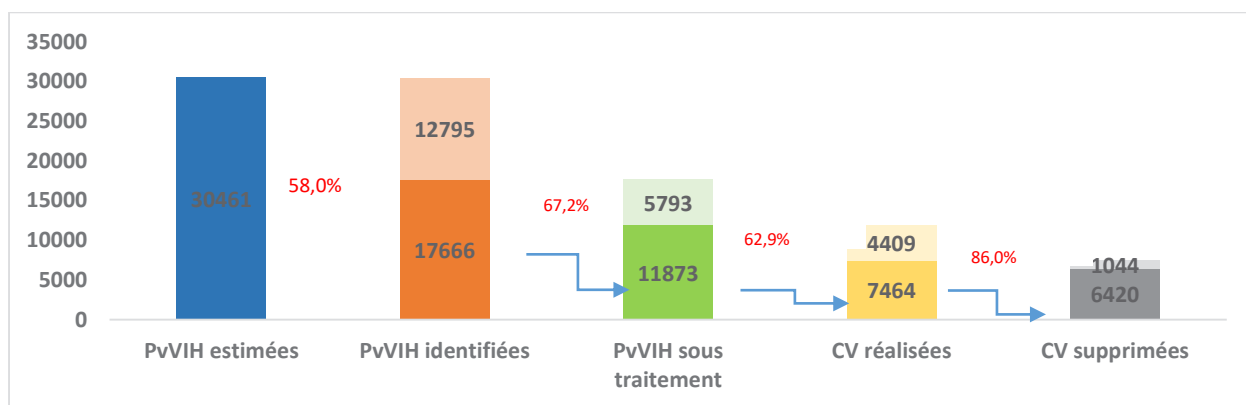


Figure 55 : Cascade de PEC des enfants de 10-19 ans. Source : DHIS2, Mars 2022.

Nous notons une faible identification dans cette tranche d'âge comparé en 2020 62,0% (19 991/32 247). Le taux d'AvVIH est en nette augmentation de 13 point comparé à l'année 2020 et 2019 où le lien était à 54,3% (10 865/ 19 991) et 56,9% (9 980/17 551). Une intensification des stratégies mise

sur pied de façon globale reste de vigueur mais beaucoup plus sur les stratégies d'identifications qui est en régression.

III.8. Répartition de la file active par protocoles ARV

Nous comptons 96,2% de notre file active sous protocole de 1^{ère} ligne, 3,66% en deuxième et 0,08% en 3^{ème} ligne. La transition des patients des protocoles sous-optimaux vers les protocoles à base de DTG est effective depuis 2020 toutefois, elle s'est faite avec des proportions dépassant les cibles. En fin d'année 2021 la cible de patients sous TLD était de 69,1%, la réalisation était de 80%, soit un écart de 13,95%. Quant au protocole TELE, la cible était 28%, réalisation de 16,86% soit un écart négatif de 69%.

Tableau 43 : Répartition des patients par protocoles

Protocoles	Nombre	Pourcentage
Tenofovir/Lamivudine/Efavirenz	63 142	16,26%
Zidovudine/Lamivudine/Efavirenz	2 893	0,75%
Zidovudine/Lamivudine/Dolutegravir	14 144	3,64%
Tenofovir/Lamivudine/Dolutegravir	276 474	71,19%
Abacavir/Lamivudine/Efavirenz	2 227	0,57%
Abacavir/Lamivudine/Dolutegravir	5 607	1,44%
Abacavir/Lamivudine/Lopinavir/ritonavir (enf)	3 193	0,82%
Zidovudine/Lamivudine/Lopinavir/ritonavir (enf)	268	0,07%
Tenofovir/Lamivudine/Lopinavir/ritonavir	2 057	0,53%
Total autres protocoles 1ere ligne	3 840	0,99%
Total L1	373 845	96,26%
Zidovudine/Lamivudine/Lopinavir/ritonavir	1 644	0,42%
Zidovudine/Lamivudine/Atazanavir/ritonavir	1 802	0,46%
Abacavir/Lamivudine/Lopinavir/ritonavir	826	0,21%
Abacavir/Lamivudine/Atazanavir/ritonavir	1 292	0,33%
Tenofovir/Lamivudine/Atazanavir/ritonavir	5 275	1,36%
Tenofovir/ Lamivudine + Lopinavir/ Ritonavir	2 190	0,56%
Abacavir/Lamivudine/Raltegravir (enf)	273	0,07%
Total autres protocoles 2eme ligne	907	0,23%
Total L2	14 208	3,66%
Dolutegravir/Tenofovir/Darunavir/ritonavir	35	0,01%
Dolutegravir/Abacavir/Darunavir/ritonavir	2	0,00%
Dolutegravir/Tenofovir/Lamivudine/Darunavir/ritonavir	102	0,03%
Dolutegravir/Abacavir/Lamivudine/Darunavir/ritonavir	9	0,00%
Raltegravir/Tenofovir/Lamivudine/Darunavir/ritonavir	9	0,00%
Tenofovir/Lamivudine/Darunavir/ritonavir	9	0,00%
Abacavir/Lamivudine/Darunavir/ritonavir	27	0,01%
Total autres protocoles 3eme ligne	112	0,03%
Total L3	305	0,08%

Source : DHIS2, Mars 2022.

III.9. Evolution des absents au traitement

Pour atteindre ou maintenir la suppression virale, l'observance au TARV doit être de 95%. Est considéré comme absent au traitement, tout PvVIH qui ne s'est pas présentée dans son site de prise en charge pendant une période allant d'un (01) à trois (03) mois. On a observé une courbe décroissante de 20763 en Janvier à 14952 en décembre.

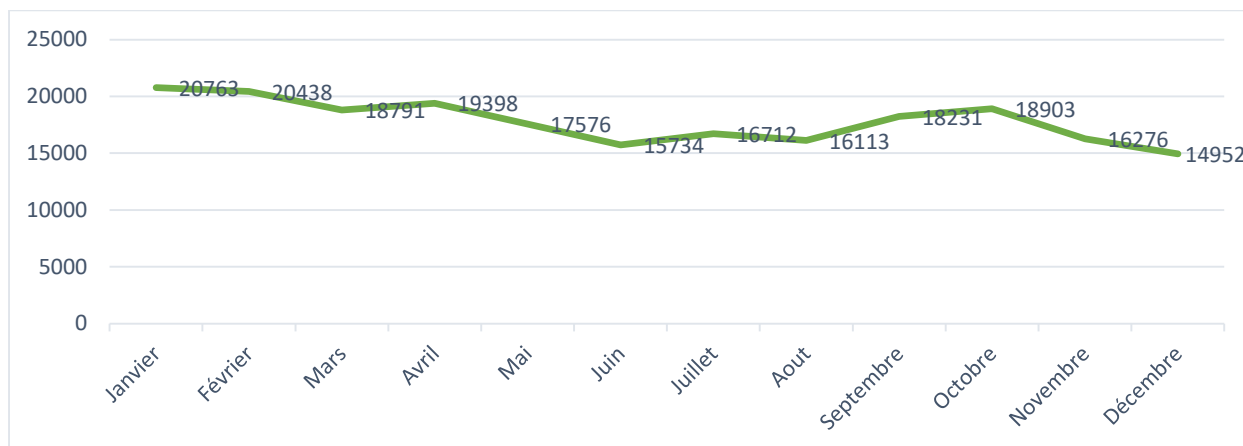


Figure 56 : Evolution des absents au RDV entre Janvier et Décembre 2021

Face à ce constat les efforts pour prévenir les absents au Traitement doivent s'intensifier à travers : l'évaluation des facteurs de risques individuels de la non observance, le profilage des cas, élaboration des plans personnalisés pour surmonter ces problèmes, le suivi actif des cohortes, l'optimisation du lien au traitement, la création et le suivi des groupes de soutien.

III.10 Répartition des décès

Le logiciel SPECTRUM estimait à 12 604 le nombre de décès lié au VIH en 2021. Il est en baisse par rapport aux 14 140 décès notifiés en 2020. Les données de routine ont rapporté un nombre de décès de 10 087 (DHIS2) en baisse par rapport aux 14 005 rapporté en 2020.

Il est à noter que les données de routine ne permettent pas d'apprécier les décès liés au VIH, de plus elles méritent d'être désagrégées par sexe et tranche d'âge.

S'agissant de la répartition géographique des décès, la région du Centre enregistre le quart des décès, suivie par la région du Littoral (12%), et du Nord-Ouest (10%), la région de l'Adamaoua a enregistré le moins de décès (4%).

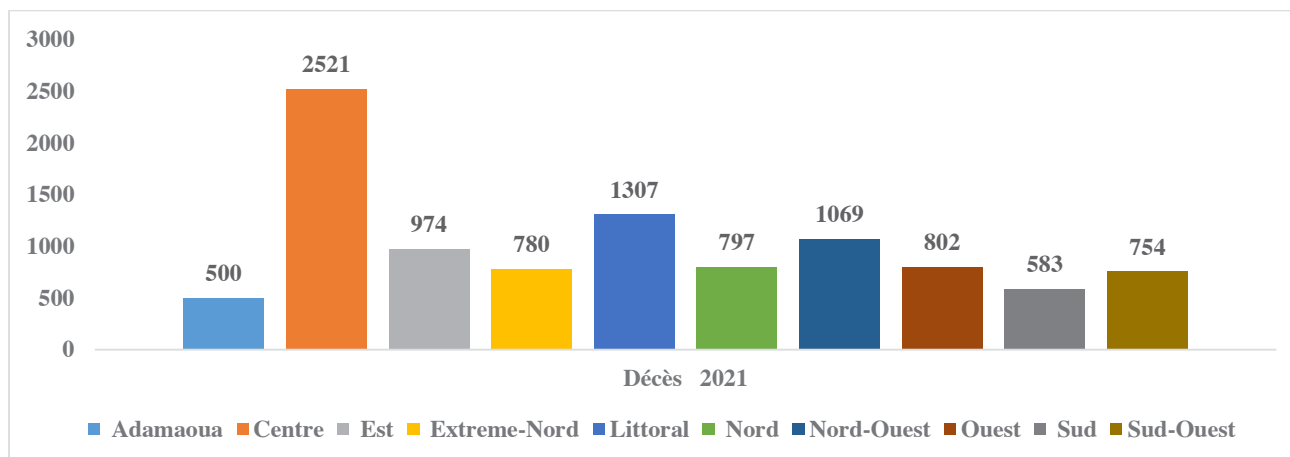


Figure 57 : Répartition géographique des décès en 2021. Source DHIS2, 2021.

III.11. Surveillance et prise en charge de la coinfection TB/VIH

La Surveillance de la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux se fait à travers le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux. En effet, le CNLS dote les Centres de Diagnostic et Traitement de la Tuberculose (CDT) en réactifs et forme les prestataires pour le conseil dépistage du VIH.

III.11.1. Recherche de la Tuberculose chez les PvVIH

La recherche des cas de tuberculose chez les PVVIH se fait à chaque visite de routine du patient ou lors de la dispensation des ARV en utilisant l'approche syndromique. Ceci permet d'identifier les cas suspects pour une confirmation par des examens bactériologiques. Toutefois, la mise en place des services différenciés et surtout la dispensation multi mois est un défi au screening et nécessite des adaptations. La figure 12 présente l'évolution mensuelle de la recherche de la tuberculose.

La courbe de la recherche de la tuberculose est presque stationnaire en dehors des pics observés en Octobre, Novembre, et Décembre, le nadir étant en février. Au total 227 333 PVVIH sous ARV ont bénéficié de la recherche active de la tuberculose en 2021, soit 58% est supérieure à la même période en 2020 (50,76%).

Après la recherche des signes de la TB, les personnes présentant au moins un symptôme sont soumises au diagnostic biologique de la tuberculose (GeneXpert, Microscopie BAAR) suivie de l'initiation aux antituberculeux en cas de résultat positif. L'analyse de la cascade de dépistage de la tuberculose est déclinée dans la figure ci-dessous :

Cascade de dépistage de TB chez PvVIH

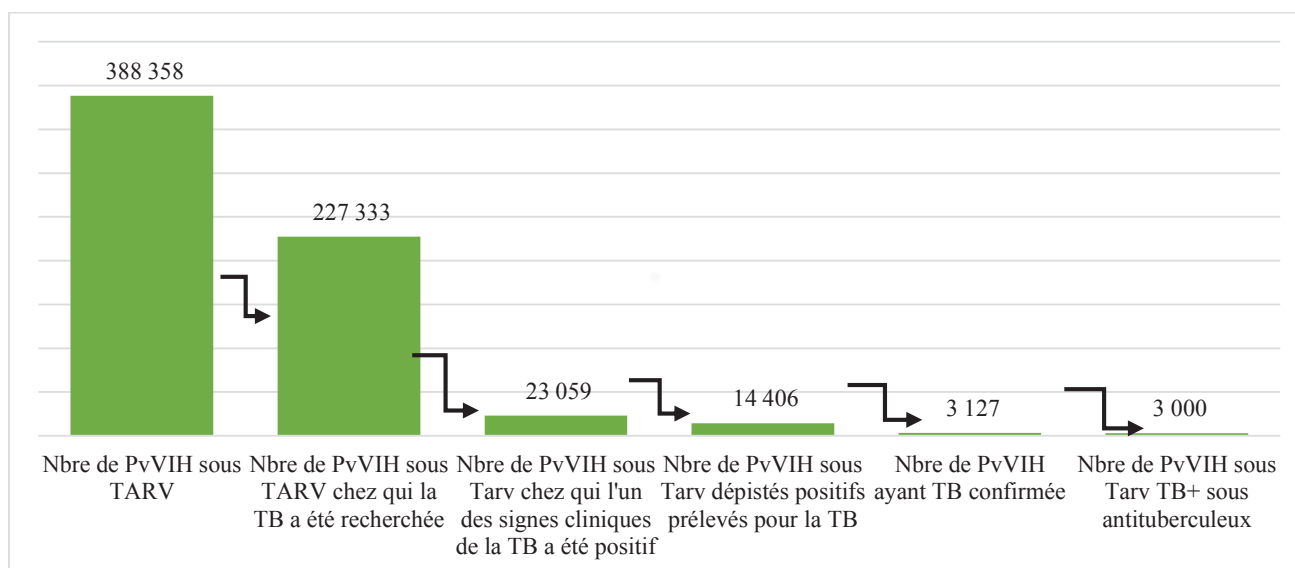


Figure 58 : Cascade de dépistage de la tuberculose chez les PvVIH sous TARV

La prise en charge des infections opportunistes chez les patients séropositifs reste un défi majeur au Cameroun. Malgré les efforts consentis, on note un faible taux de screening des patients séropositifs sous TARV en 2021, soit 23 059 parmi lesquels 14 406 ont été testés VIH+ et 3 127 confirmés positifs avec une bonne couverture antiTB (95%). Nous constatons un fort taux de coinfection TB/VIH.

- **58%** des PvVIH sous TARV ont été screenés à la tuberculose

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

- **10,1%** des PvVIH sous TARV screenés présentaient au moins un signe de la tuberculose, nette augmentation par rapport en 2020 (7,1%)
- **37,5%** des PvVIH avec un signe clinique de TB n'ont pas bénéficié d'un examen pour la confirmation ou pas d'une TB, baisse par rapport à 2020 (31,6%)
- **21,7%** des PVVIH prélevés ont eu un diagnostic confirmé de tuberculose, baisse par rapport à 2020 (23, 5%)
- **95,9%** des PvVIH avec un diagnostic positif à la tuberculose ont été mis sous antituberculeux

De nombreuses lacunes ressortent de cette cascade elles peuvent s'expliquer par :

- Absence de screening des patients lors des visites ; patients sous dispensation multi mois, ou en dispensation communautaire ;
- Insuffisance du nombre de patients prélevés pour la tuberculose : exemption des frais d'examens biologiques non effective, réseau de laboratoire réalisant les examens biologiques de la TB limité, circuit du transport des échantillons non mutualisé par les deux programmes

Tableau 44 : Cascade de la recherche de la tuberculose par région. Source : rapports annuels des régions

	Tb screening	Tb screening +	Prélèvement TB	Tb confirmé+	Tb initié
Adamaoua	1373	93	88	64	59
Centre	ND	ND	ND	ND	ND
Est	ND	ND	ND	ND	ND
Extrême-Nord	1 607	54	0	0	0
Littoral	ND	ND	ND	ND	ND
Nord	17 209	294	248	85	85
Nord-Ouest	ND	818	ND	314	304
Ouest	15 487	1 483	ND	110	78
Sud	7 134	1 413	524	85	73
Sud-Ouest	163 368	3 674	1 689	734	705

Comme préalable à cela les personnels des CDT et UPEC doivent bénéficier des renforcements de capacité. A cet effet, le PNLT a organisé des formations en direction 110 APS des régions : 40 Adamaoua, 30 Sud-ouest, 20 Extrême-Nord, 20 Ouest pour la recherche active de la tuberculose.

III.11.2. Le Traitement préventif de l'INH

Devant le risque élevé d'infection TB chez les PVVIH, un traitement préventif de la tuberculose (TPT) est prévu. Le protocole actuellement utilisé au Cameroun est constitué par l'isoniazide (INH) en prise quotidienne pendant 06 mois. Après une phase pilote, le Cameroun a décidé de passer à échelle cette intervention en prenant pour cible les PVVIH sous TARV chez qui on a éliminé une TB active et qui n'ont jamais reçu de l'INH. Suite au screening les personnes ne présentant pas de signes sont mises sous TPT.

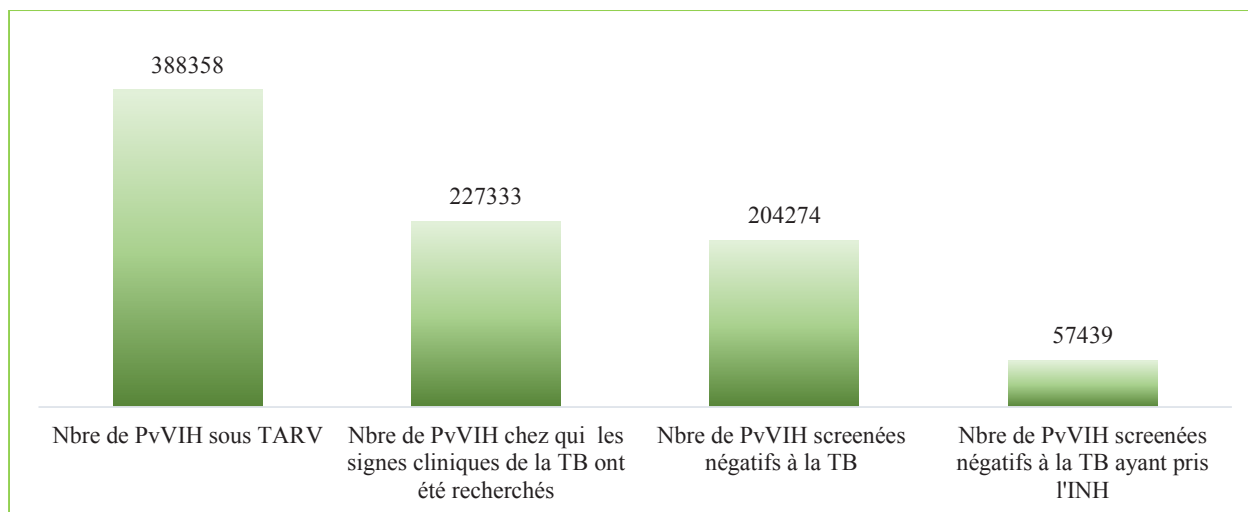


Figure 59 : Cascade du traitement préventif par l'INH chez les PvVIH sous TARV. Source : DHIS 2, Mars 2022

Parmi les 227 333 PVVIH sous TARV qui ont été screenés pour la TB, chez 204 274 PVVIH ont éliminé une TB évolutive. Cependant, seuls 28% ont été initiés à l'INH.

Les défis du traitement préventif à l'INH sont :

- Stocks d'INH limités
- Absence de suivi opérationnel des données du TPI
- Complétude du TPI non connue
- Mauvaise gestion des stocks
- Ambiguïté dans l'éligibilité des PvVIH sous TARV chez les prestataires

IV. Suivi psycho-social et continuum de soins des PvVIH

La prise en charge psychosociale des PVVIH est un volet important de la prise en charge globale. Cependant ce volet reste un maillon faible et nécessite une redynamisation. L'accompagnement psychosocial est assuré principalement par les APS recrutés depuis 2016 et ils représentent un maillon important de la riposte sur le plan opérationnel. Leur paquet de services contient :

- Suivi du couple mère-enfant jusqu'à la fin de la PTME
- Suivi journalier des RDV des patients de la cohorte
- Répertoire, le devenir de chaque patient de la cohorte (avec les ACRR)
- Animer les sessions individuelles ou collectives d'accompagnement psycho-social pour les nouveaux et/ou anciens patients sous ARV (les groupes de paroles)
- Organiser des séances d'aide à l'observance et/ou d'éducation thérapeutique sur le VIH

Il existe deux grands groupes : APS pédiatriques et APS adultes. Le ratio un APS/250 PvVIH est largement dépassé pour plusieurs régions ce qui crée une surcharge de travail pour certains et pourrait conduire à une baisse de leur performance.

Les défis de l'accompagnement psychosocial sont :

- Rapportage insuffisant des activités menées;
- Insuffisance de monitoring de recherche active des PDV
- L'absence de système de suivi et évaluation national des données produites par les APS ;
- Problème de renforcement de capacités des APS y compris la santé mentale ;

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

- L'absence de SOP (ETP, aide à l'observance...)
- L'absence de système de référence et contre référence
- L'insuffisance de supervision de leurs activités
- Absence de contrôle de qualité des données APS
- Insuffisance de coordination des activités et intervenants de l'accompagnement psychosocial

IV.1. Cartographie des APS

La cartographie des APS est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 45: Cartographie des APS (pédiatriques et adultes)

Régions	APS Pédiatriques	APS Adultes	Total
Adamaoua	39	110	149
Centre	100	286	386
Est	30	110	140
Extrême-nord	86	154	240
Littoral	43	184	227
Nord	32	122	154
Nord-ouest	50	112	162
Ouest	79	111	190
Sud	35	58	93
Sud-ouest	43	99	142
Total	537	1346	1883

IV.2. Activités de dépistage

Les APS ont participé de manière directe ou indirecte au dépistage à travers :

- Promotion des services de prévention / dépistage et de prise en charge du VIH ;
- Réalisation des séances D'IEC ;
- Réalisation du counseling pré et post-test au dépistage du VIH ;
- Accompagnement physique des PvVIH nouvellement identifiés vers les services de PEC ;
- Liaison des personnes VIH + identifiées vers les services de prise en charge ;
- Traçage des patients VIH+ dépisté qui ne sont pas encore sous traitement antirétroviral ;

La synthèse des données du dépistage est contenue dans le tableau suivant :

Tableau 46 : Synthèse des données du dépistage par les APS

Région	Nombre de personnes testées	Nombre de personnes testées positives	Taux de séropositivité	Nombre de personnes testées positive mis sous traitement ARV	Taux de mise sous TARV
Adamaoua	18163	891	4,9%	770	86,41
Centre	107935	4887	4,5%	4436	90,8%
Est	88678	4583	0,51%	4081	89,05%
Extrême-nord	81499	3135	3,84%	2575	85,94%
Littoral	146010	5875	4,02%	4806	81,8%
Nord	40063	1806	4,50%	1657	91,74%
Nord-ouest	358412	3366	0,9%	2926	86,9
Ouest	125106	2889	2,30%	2742	94,91%
Sud	78883	5216	6,61%	4789	91,81%
Sud-ouest	94437	4456	4,71%	2901	65,10%

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

TOTAL	1139186	37104	3,25%	31683	85,38
--------------	----------------	--------------	--------------	--------------	--------------

- Les APS ont participé au dépistage de 1139186 personnes parmi lesquels 37104 personnes dépistées positives
- Quatre personnes sur cinq dépistées ont été liées au traitement par les APS
- La région de l'Ouest a les meilleures performances en termes de lien : 94,91%

IV.3. Activités de rétention

- Les activités de la rétention consistent en :
 - Organisation du suivi journalier des RDV des patients de la cohorte (liste journalière des RDV)
 - Répertoire, le devenir de chaque patient de la cohorte (avec les ACRR)
 - Animer les sessions individuelles ou collectives d'accompagnement psycho-social pour les nouveaux et/ou anciens patients sous ARV (les groupes de paroles ou groupes de soutien)
 - Organiser des séances d'aide à l'observance et/ou d'éducation thérapeutique sur le VIH
- Recherche des absents et perdus de vue : son but est de ramener les PDV dans le système des soins.

Elle se fait par plusieurs étapes :

- Identification des PDV
- Appels téléphoniques
- Visites à domicile

Le tableau 47 ci-dessous présente les résultats des activités de recherche des absents et perdu de vue :

Tableau 47 : Résultats des activités de recherche des absents et des perdus de vue par région en 2021

Régions	Nombre de perdu de vu	Nombre de perdu de vu ramenés	% de perdue de vue ramenés
Adamaoua	2653	384	14,47
Centre	8762	1999	22,81
Est	1187	174	14,65
Littoral	15720	8034	51,10
Extrême-nord	4116	1183	28,74
Nord	600	434	72,33
Nord-ouest	2727	1158	42,46
Ouest	221	39	17,64
Sud	7373	855	11,59
Sud-ouest	9110	2843	31,20
Total	52303	17269	33,01

On constate qu'en général, 52303 PvVIH ont été enregistrés comme PDV 33% ont été retrouvés, les performances sont différentes en fonction des régions comme le présente le tableau ci-dessus. Les APS font face à de nombreux défis dans la recherche des PDV liés à :

- Auto-transfert des PvVIH entre les FOSA
- Patients « VIP »
- Absence d'identifiant unique
- Numéros de téléphones indisponibles
- Absence de Protocole de recherche des PDV

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

- Plan de localisation non actualisé dans les dossiers
- Dénier

Pour prévenir le phénomène de PDV il faut :

- Implémenter l'identifiant unique
- Implémenter le dossier médical électronique
- Encadrer et suivre le transfert des patients
- Identifier le profil des patients susceptibles d'être PDV
- Renforcer l'adhérence au traitement

V. Approches différenciées de la dispensation des ARV

Avec l'introduction de la recommandation « test and treat » publiée en 2015 par l'OMS qui préconise d'étendre le traitement antirétroviral à toute personne séropositive, les systèmes de santé, sont soumis à une pression extrême leur empêchant de fournir des soins de santé de qualité à tous les PvVIH. Face à la rareté de ressources financières et humaines, il est nécessaire de réorganiser la prestation des soins délivrés aux PvVIH.

La prise en charge différenciée est donc une approche axée sur le client qui vise à simplifier et à adapter la cascade des services liés au VIH en vue de tenir compte des préférences et des attentes des différents groupes de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) tout en réduisant les charges inutiles pesant sur le système de santé. Elle s'applique à tout le continuum des soins du VIH du dépistage des personnes ne connaissant pas leur statut VIH à la suppression virale des clients séropositifs inscrits dans les soins.

Au Cameroun, les modèles suivants ont été retenus dans le cadre du passage à échelle de la prestation des services différenciés :

- Dépistage différencié : dépistage familial, dépistage par cas index ; auto dépistage, conseil et dépistage initié par le prestataire, dépistage communautaire ciblé
- Dispensation des ARV : visites accélérées (dispensation rapide), dispensation familiale, dispensation hors heure de services, dispensation multi mois, dispensations lors des réunions des groupes de soutien, groupe de thérapie antirétrovirale
- Suivi du succès thérapeutique : Prélèvement de charge virale en communauté à l'OBC

Au cours de l'année 2021, plusieurs modèles de dispensation ont été utilisés pour satisfaire les PvVIH sous ARV. Il s'agissait principalement de la dispensation à l'OBC et des autres modèles DSD.

V.1. Dispensation communautaire des ARV

La dispensation communautaire participe à l'amélioration de la prise en charge globale des PvVIH stables à travers la démedicalisation. Cette approche permet de rapprocher le traitement ARV des patients, aussi de désengorger les FOSA, en réduisant la charge de travail sur les prestataires.

Au cours de cette année 154 OBC ont participé à la dispensation communautaire des ARV (100 OBC avec plusieurs représentations dans les régions). Le nombre de personnes prises en charge dans les OBC est de 24 552 soit 6, 2% de la file active nationale. Depuis 2019, l'objectif de la file active des OBC est d'atteindre 30% de la file active stable des FOSA affiliées aux OBC. Cependant l'évaluation de la file active stable repose sur l'hypothèse de la suppression virale. Au fil du temps la file active des patients suivis dans les OBC augmentent tel que le démontre le graphique ci-dessous : 7 365 en 2017 à 24 552 en 2021.

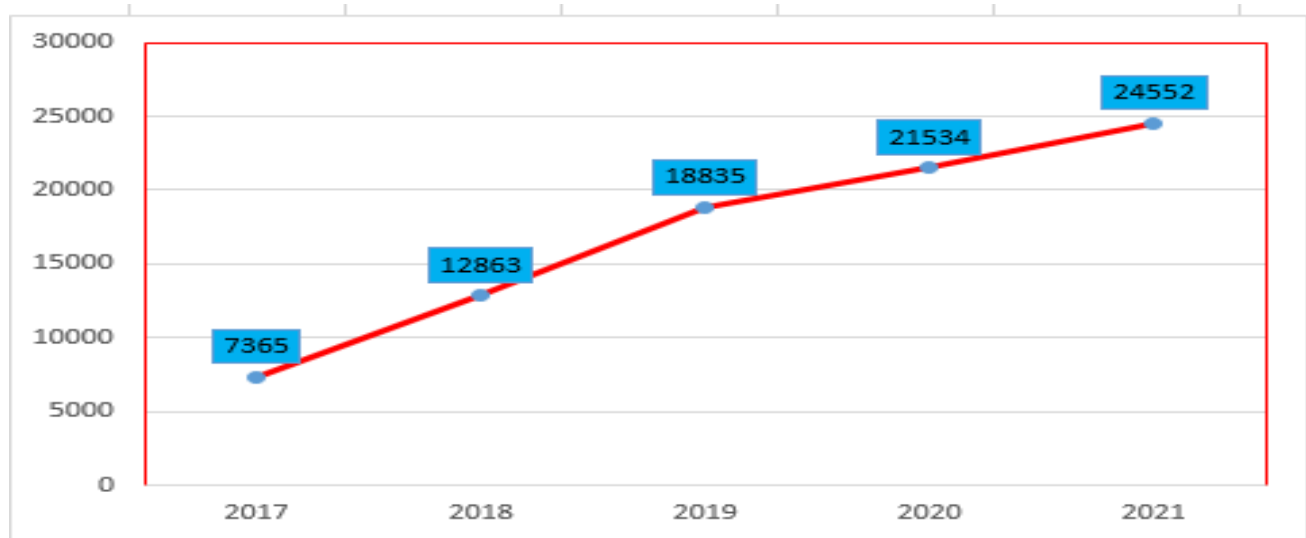


Figure 60 : Evolution de la file active suivie à l'OBC en fonction du temps (années)

Tableau 48 : Répartition de la file active des patients suivis dans les OBC par région

Régions	DS	FOSA	FA FOSA	OBC	FA OBC	Ratio patient OBC
Adamaoua	2	3	7 900	4	1 415	17,9%
Centre	11	17	49 423	35	8 514	17,2%
Est	2	2	7 807	4	1 286	16,5%
Extrême-Nord	4	4	8 368	6	1 072	12,8%
Littoral	9	14	37 749	21	5 230	13,9%
Nord	2	2	5 510	3	838	15,2%
Nord-ouest	8	10	19 580	12	1 372	7,0%
Ouest	5	7	15 380	7	1 254	8,2%
Sud	5	6	7797	6	766	9,8%
Sud-Ouest	6	6	16683	8	1512	9,1%
Total	54	71	176197	106	24552	13,9%

Le calendrier du suivi biologique des patients suivis à l'OBC respecte la périodicité prévue dans les directives de prise en charge. Ainsi en cas de non suppression de la charge virale, le patient est retourné à la FOSA pour un suivi adéquat. Le tableau 34 ci-dessous nous présente le résumé du suivi biologique des patients suivis dans les OBC par région :

Tableau 49 : Suivi biologique des patients suivis à l'OBC

Régions	CV éligible	CV prélevée	Résultat disponible	CV supprime	CV non supprimée	Retour FOSA
Adamaoua	920	310	272	257	15	25
Centre	6 507	6046	5934	5569	365	365
Est	1 910	1288	400	324	76	76
Extrême Nord	726	204	106	99	7	4
Littoral	5 510	4624	3568	3520	48	48
Nord	648	648	135	132	3	3

Régions	CV éligible	CV prélevée	Résultat disponible	CV supprime	CV non supprimée	Retour FOSA
Nord-Ouest	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Ouest	1 092	921	917	895	22	22
Sud	560	490	490	485	5	5
Sud-Ouest	1 880	2582	2490	2784	27	27
Total	19 753	17 113	14 312	14 065	568	575

Dans l'ensemble les OBC respectent les critères de retour FOSA en cas de non suppression virale, bien que les performances de suivi des OBC s'améliorent, il faut adresser certaines difficultés : insuffisance d'adhésion des prestataires à la stratégie de dispensation communautaire, insuffisance du nombre d'OBC dans certaines régions, réticence des patients à être suivi dans les OBC, absence de cadrage des activités réalisées par les OBC, insuffisance de renforcement des capacités des prestataires des OBC, définition du nombre de patients à suivre par OBC en fonction de sa capacité d'accueil.

La stratégie de la dispensation communautaire des ARV, participe à l'amélioration de la prise en charge globale des PvVIH et surtout à la décentralisation de la prise en charge par les ARV.

Est. Le constat majeur est que la file active évolue de manière instable. Cette instabilité s'explique par le fait que certaines OBC n'enregistrent pas la moindre orientation des patients sur une période alors parfois jusqu'à de 3 à 4 mois (MOPAFEJ), L'OBC NOLFOWOP au mois d'Avril a subi un recomptage de données qui a été renseigné depuis la FOSA (d'où la chute de leur file active au cours de ce mois mais également des renvois à la FOSA (au cours du mois de Septembre) de certains patients jugés difficiles et dont on s'est rendu compte qu'un suivi à l'OBC serait complexe, après une descente sur le terrain pour vérification, des réajustements ont été fait. De plus d'autres OBC (Espoir+ et ASAD) ont dû renvoyer des patients à la FOSA après réception des résultats de charge virale élevée. Quelques cas d'absence ont été également signalés dans les OBC (Espoir + et NOLFOWOP).

Extrême-Nord. A côté de ces 5 OBC qui sont sous financement Fonds Mondial, une autre OBC fait dans la dispensation communautaire des ARV à fonds propre, il s'agit de NOLFOWOP, avec pour FOSA tutrice l'hôpital régional annexe de Mokolo. De janvier jusqu'en fin Décembre 2021, 237 nouveaux patients ont été enrôlés pour la dispensation communautaire par les 5 OBC sous financement fonds mondial plus 79 patients par l'OBC NOLFOWAP, passant la file active de 993 à 1072, soit 727 Femmes et 345 Hommes. Le taux d'enrôlement de ces différentes OBC est de 12,48%.

Nord. Dans la Région du Nord, trois OBC ont été recrutées dans le cadre de la dispensation communautaire des ARV et sont fonctionnelles depuis 2017. De manière générale, la file active des OBC a été croissante entre janvier et décembre 2021 (759 à 838 patients, soit un taux d'accroissement de 10,4%). La forte hausse observée en septembre résulte de l'appui de ICAP dans la sensibilisation des patients du CTA sur les avantages à retirer son traitement au sein des OBC. La contribution de ces trois OBC à la réalisation des files actives de leurs structures tutrices est de 15,2% en 2021.

Quest. Au cours de l'année 2021, la file active des patients a considérablement augmenté dans les OBC tel que LEDUCANET, ACASEPO, RANEMI et Etoile MANGWA par contre dans les autres tels que Colibri et YODECO, on observe une file active décroissante tout au long de l'année avec des performances de 5,76% et 4,13%. Ceci peut s'expliquer par le transfert des patients vers la FOSA tutrice à cause (i) PTME (PVVIH enceintes) et (ii) CV élevée (renforcement ETP).

V.2. Dispensation par les autres modèles DSD

En 2021, les informations relatives à la dispensation par les modèles DSD ont été pour la plupart collectées dans les Fosa appuyées par les partenaires PEPFAR. Sur les 324 144 PvVIH sous Arv dans les sites appuyés par PEPFAR, 67,5% étaient stables dont éligible pour les modèles DSD dans le cadre de la dispensation. Parmi ces éligibles, 30,6% (66977) ont été enrôlés aux modèles DSD.

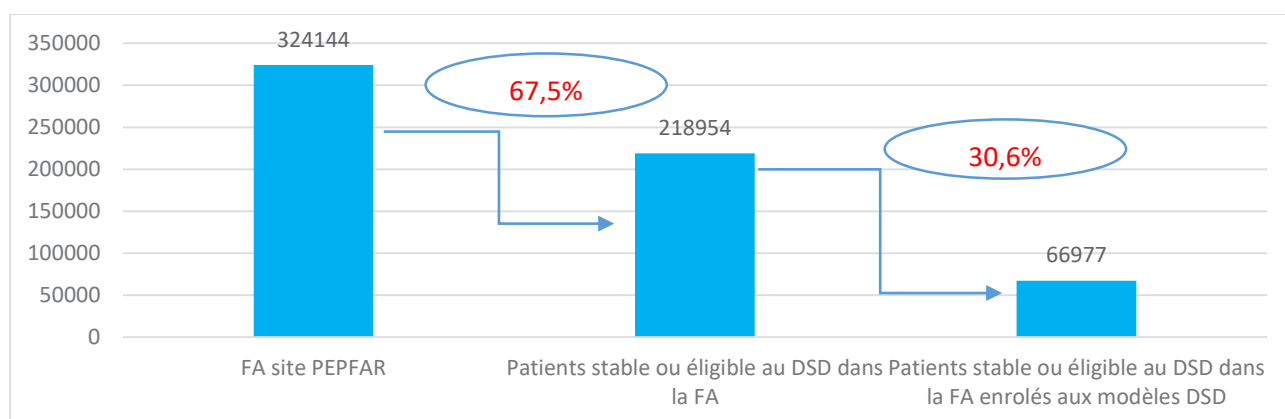


Figure 61 : PvVIH sous Tarv Dans les sites PEPFAR enrôlés dans les modèles DSD

Source : données DSD Cameroun 2021.

Les modèles DSD de dispensation les plus utilisés d'après le graphique présenté ci—dessous sont : le modèle de dispensation communautaire et les visites accélérées. Les modèles DSD les moins utilisés sont les dispensations hors des heures de services, les dispensations dans les groupes de soutien.

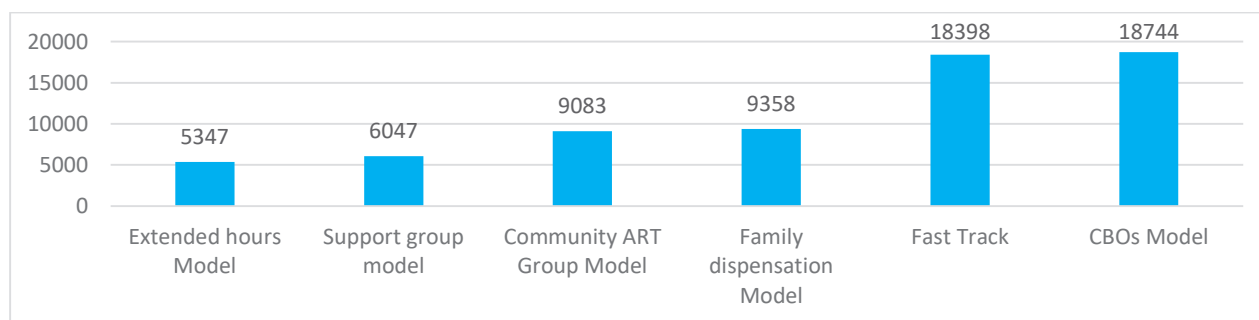


Figure 62 : Modèle DSD de dispensation communautaire

Source : données DSD Cameroun 2021

VI. Suppression de la charge virale

L'OMS recommande, comme gold-standard pour le suivi biologique du TARV, La mesure de charge virale (CV). L'analyse de la charge virale est essentielle pour surveiller le traitement antirétroviral (TAR) et identifier le succès ou l'échec de la suppression virale. Grâce à la politique d'exemption des frais de charge virale et l'augmentation du plateau technique, l'accès à la charge virale a été augmenté. Ainsi en 2021, **317 571** charges virales ont été réalisées (**203 905** en 2020), avec une suppression de

84,50% (268 283). La suppression virale est stagnante depuis plusieurs années : 88% en 2019, 84,5% en 2020 et 2021, et reste inférieure au 95% escompté.

La couverture en charge virale est disparate entre les régions, l'Est étant la moins desservie avec 30,10%, tandis que les régions du Centre, Nord-Ouest, Ouest et Sud-Ouest sont à 65%.

Tableau 50 : Répartition de la couverture en charge virale, et de la suppression virale par région

Régions	Nombre de CV réalisées	File active	Pourcentage de CV réalisées	Nombre de charge virale supprimée	Pourcentage de suppression virale
Adamaoua	13126	19557	67,1%	10167	77,5%
Centre	100883	102787	98,1%	86814	86,1%
Est	14373	32041	44,9%	10499	73,1%
Extrême-Nord	15246	22507	67,7%	11998	78,7%
Littoral	45178	65052	69,4%	38538	85,3%
Nord	16324	24510	66,6%	12858	78,8%
Nord-Ouest	40191	41354	97,2%	34962	87,0%
Ouest	29725	29974	99,2%	26113	87,8%
Sud	11460	18752	61,1%	9529	83,2%
Sud-Ouest	31066	31824	97,6%	26803	86,3%
National	317571	388358	81,8%	268283	84,5%

La suppression virale est moyenne dans toutes les régions mis à part la région de l'Est qui a 73, 1%.

Plusieurs activités ont été menées pour améliorer les résultats de la charge virale notamment :

- Renforcement des capacités sur le suivi des patients avec charge virale élevée,
- Renforcement de l'offre de CV à travers la formation des ACRR, APS et personnel médical au transport des échantillons de CV
- Distribution des kits de prélèvement de CV en communauté
- Actualiser le circuit de transport des échantillons dans les régions

Adamaoua. Les données analysées dans cette partie sont issues de quatre POC (CTA de Ngaoundéré, l'Hôpital Protestant de Ngaoundéré, l'Hôpital de District de Meiganga et l'Hôpital de District Galagala) et des laboratoires de référence. Les POC de l'Hôpital de District de Tignere et l'Hôpital de District de Banyo, bien qu'installés depuis octobre, n'ont pas mené des activités jusqu'en fin d'année 2021. 67,1% des PVVIH ont bénéficié d'un examen de CV. Il faut noter que la réalisation de la CV rencontre beaucoup des difficultés au niveau de la région notamment :

- La capacité limitée des Point Of Care
- La panne du POC du CTA/HRN ayant endommagé deux modules ;
- L'absence d'une plateforme conventionnelle permettant de réaliser la CV sur place ;
- Les délais de rendu des résultats par les laboratoires de référence jugés très longs ;
- L'insuffisance du personnel qualifié dans le prélèvement de la CV ;
- Les ruptures récurrentes de réactifs aux POC.

Est. La région de l'Est a été dotée en fin d'année 2021 de 8 appareils permettant de faire la CV au PVVIH. Auparavant, seul l'appareil POC de l'HR de Bertoua permettait de faire la CV dans la région. Faible couverture en CV causée par (i) présence d'un seul POC et (ii) Rupture en intrants.

Extrême-Nord. Dans le cadre du projet BID, la régions à reçu 09 appareils de CV/EID durant la deuxième moitié du semestre. Ces appareils ont retrouvés ceux de Maroua, Pétété, Yagoua et Koza déjà sur place. Aussi, les appareils des sites de Mokolo, Djarengol kodek et de Mora n'ont pas pu fonctionner du fait que l'installation n'a pas été finalisée.

Nord. Augmentation de la couverture en CV de 51% en 2020 à 66,6% en 2021. Les analyses ont été faites par 05 laboratoires à savoir CPAG, DREAM de Nkonlondon, le CRESAR, Muntenguene et PETE. Parmi les 16 324 CV réalisées pour les patients du Nord en 2021, 12 858 sont supprimées soit un taux de suppression de 78,8%.

VII. Analyse situationnelle et perspectives

VII.1. Analyse situationnelle

Aspect d'analyse	Forces	Contenu
Prise en charge par les ARV	Forces	4424 sites fonctionnels de Prise en charge des PvVIH (enfants et adultes)
		Initiations au traitement ARV en 2021
		Couverture des besoins estimée à
		Disponibilité des directives nationales de prise en charge du VIH
		Optimisation de la prise en charge des adultes, transitions vers le protocole TLD
		Dépistage différencié du VIH
		Mise en place des services différenciés : dispensation communautaire (existence de 101 OBC impliquées dans la dispensation communautaire des ARV)
Prise en charge de la coïnfection TB/VIH	Faiblesses	Absence de prise en charge nutritionnelle des PvVIH
		Absence de guide de prise en charge nutritionnelle des PvVIH
Prise en charge de la coïnfection TB/VIH	Forces	Intensification de la recherche de la TB à chez les PvVIH à tous les contacts avec la FOSA
		Intégration de la prise en charge TB/VIH dans les UPEC et CDT
		Traitement préventif de la tuberculose disponible : Isoniazide
		Formation des APS à la recherche des signes de la tuberculose dans les régions de l'adamaoua, l'Extrême-Nord, Ouest, , Sud-Ouest en 2021
	Faiblesses	Faible ration CDT/UPEC (307/3277)
		Stocks d'INH ne couvrant pas toutes les PvVIH éligibles
		Diagnostic biologique de la Tuberculose non disponible dans toutes les FOSA
		Intégration insuffisante des services TB/VIH
		Faible tracking des cas contacts
		Faible suivi des cas présumés TB/VIH
		Données manquantes sur la couverture en TPT (taux d'achèvement de la thérapie,

Prise en charge psychosociale des PvVIH	Forces	2250 Accompagnateurs psychosociaux (pédiatriques et adultes) pour le suivi des patients : Education thérapeutique, aide à l'observance, dispositifs de rappels des patients, recherche des irréguliers et PDV, Existence d'APS recrutés par les partenaires
		Encadrement des APS par les équipes des partenaires à travers des renforcements de capacités, mentorat,
		Evaluation des performances des accompagnateurs psychosociaux
		Mise en place d'un dashboard pour le suivi des activités des APS
		Présence des points focaux APS pour le suivi des activités
	Faiblesses	Nombre d'APS constant face à l'évolution de la file active
		Formation insuffisante des APS en : prise en charge psychosociale, éducation thérapeutique, santé mentale, tracking des patients, ICT
		Absence de suivi opérationnel des APS dans les FOSA
		Outils des APS obsolètes
		Suivi opérationnel des APS non effectif (absence de supervision)
		Absence de validation des données produites par les APS en région
Prise en charge nutritionnelle des PvVIH	Forces	Soutien du PAM à travers le programme de prise en charge nutritionnelle des PvVIH malnutris sous ARV (NACS entendu Nutrition assessment counseling and support) dans 09 sites dont 07 sites dans la région de l'EST et 02 sites dans la région de l' Adamaoua
	Faiblesses	Guide de prise en charge nutritionnelle obsolète
		Evaluation nutritionnelle des PvVIH non systématique en consultation
Soutien socioéconomique aux PvVIH	Forces	Soutien économique aux PvVIH sortis guéris du programme de prise en charge nutritionnelle par le PAM
	Faiblesses	Absence de financement

VII.2. Perspectives

- Elaboration des directives du DSD
- Passage à échelle du DSD
- Amélioration de la qualité des services
- Renforcement de l'ICT
- Renforcement du système de traçage des absents et PDV au traitement
- Renforcement du soutien nutritionnel des PvVIH
- Renforcement de la rétention
- Renforcement du suivi psychosocial
- Harmonisation des outils de suivi évaluation de la coinfection TB/VIH

VIII. Gestion des approvisionnements et des stocks

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités du plan stratégique de lutte contre le VIH 2021-2023, le CNLS grâce aux efforts conjugués de l'ensemble des acteurs de la réponse à l'épidémie, doit garantir l'accès en qualité et en quantité des produits de santé VIH. La gratuité de ces produits sur l'étendue du territoire implique que leur approvisionnement est d'une importance capitale pour le programme. Le Cameroun bénéficiant de la subvention du fonds mondial et d'autres financements comme le PEPFAR, a ainsi pu assurer une couverture totale en ARVs, réactifs et consommables en 2021 au bénéfice des PVVIH.

VIII.1. Système de gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé VIH/SIDA

VIII.1.1. Le système conventionnel

Le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé VIH/SIDA est décliné en 3 niveaux notamment ; le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

- Le niveau Central est représenté par la DPML, la CENAME et le Groupe Technique Central du CNLS.

Le CNLS en collaboration avec la DPML organise des réunions de quantification des produits VIH/SIDA à l'issue desquelles les besoins du pays sont estimés et passés en commande en fonction du financement disponible. Les acquisitions des intrants effectuées à travers le financement du Fonds mondial sont réceptionnées à la CENAME, qui assure la distribution, au niveau des dix FRPS du pays. Ces derniers assurent le relais jusqu'aux formations sanitaires avec pour objectif de rendre accessible les ARVs jusqu'auprès du bénéficiaire final qui est le patient.

Les réactifs et les consommables des laboratoires acquis principalement par le financement du PEPFAR et le Fonds Mondial sont réceptionnés au LNSP pour un acheminement direct vers les laboratoires réalisant la charge virale et le diagnostic précoce du VIH.

- Le niveau intermédiaire est représenté par les FRPS, et a pour rôle d'acheminer les produits vers les FOSA avec l'appui logistique, financier et technique du CNLS et du partenaire GHSC-PSM.
- Le niveau périphérique est constitué des Points de Prestations de Services (PPS) qui sont des structures de dispensation, telles que les formations sanitaires (FOSA) et la communauté.

VIII.1.2. Les systèmes parallèles

Ici il faudrait évoquer les circuits parallèles des intrants, car il s'agit du rapport annuel de la lutte contre le VIH, et non du rapport annuel du GTC/CNLS. En effet il y'a des partenaires qui s'approvisionnent et distribuent en dehors du circuit ci-dessus décrit (PEPFAR, CAMNAFAW, BID, les ONG, les sectoriels ...)

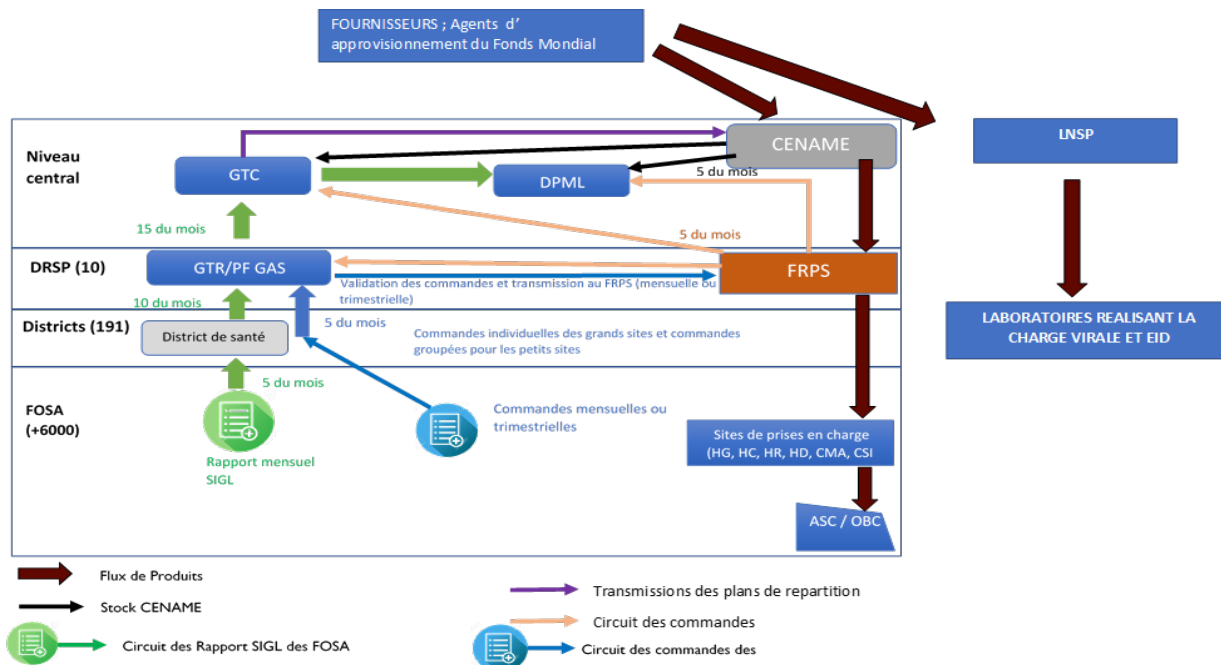


Figure 63: système de gestion des ARV et des réactifs et consommables du laboratoire de la santé VIH

VIII.2. Les acquisitions

Les acquisitions des intrants de la lutte contre le VIH se sont faites grâce à plusieurs financements selon les tableaux ci-après :

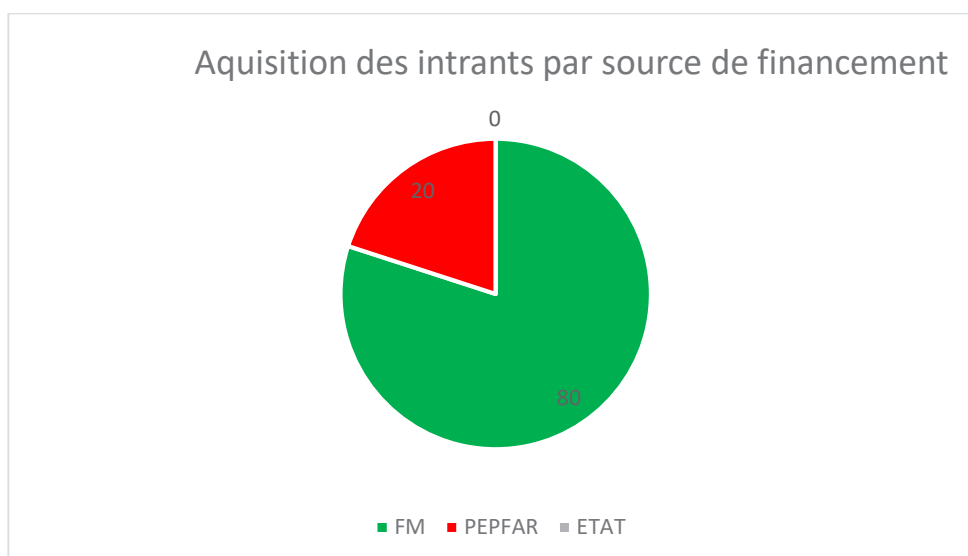


Figure 64 : aquisition des intrants par source de financement

➤ *Acquisitions en ARVs*

Le besoin en ARVs de 2021 a été couvert par le stock disponible en décembre 2020 et les commandes en cours.

Tableau 51 : Acquisitions de Névirapine SP par source de financement et analyse des GAP de 2021

DESIGNATION	STOCKS DISPONIBLE FIN DEC 2020	TOTAL commande 2021
ABC+3TC 120/60 - tab - dispersible & scored – 30	44,220	148500
ABC+3TC (600/300) - 30 tab	7,807	123816
ATV/r (300/100) - 30 tab	25,631	133593
AZT+3TC 60/30 - tab - dispersible – 60	7,284	5100
AZT+3TC (300/150) - 60 tab	52,938	3637
DRV (600) - 60 tab	1,934	1728
DTG (50) - 30 tab	8,674	183216
DTG10 10 - tab - disp, scored – 90		1147
LPV/r 40/10 - pellets 120	4,290	25008
LPV/r 100/25 - tab - heat stable – 60	47,337	42073
RTV (100) - 30 tab	7,929	2828
TDF+3TC (300/300) - 30 tab	17,520	63144
TDF+3TC+DTG (300/300/50) - 30 tab	135,791	947766
TDF+3TC+DTG (300/300/50) - 90 tab	36,133	129100
TDF+3TC+EFV400 (300/300/400) - 30 tab	39,895	416024
TDF+3TC+EFV400 (300/300/400) - 90 tab		288443

➤ *Acquisition en NVP SP*

Tableau 52: Acquisitions de Névirapine sp par source de financement en 2021

Période	Acquisition de NVP SP sous financement PEPFAR	Acquisition de NVP SP sous financement FM	total
2021	7,000	6804	13804

➤ *Acquisition en INH*

Afin de déterminer les besoins réels en INH 300mg et 100 mg, le stock disponible au 31 Décembre 2020 et les commandes en cours ont été pris en compte. On remarque que pour INH 100 mg, la quantité disponible selon l'inventaire de la CENAME/FRPS (10, 928,000 comprimés) et en cours, (1, 688,040 comprimés) est à même de pouvoir couvrir les besoins en INH 100 mg pour toute l'année 2021 (5, 504,498 comprimés). Quant à l'estimation des besoins en INH 300 mg, ont été pris en compte un stock disponible de 8, 969,856 comprimés et des commandes en cours de 27, 388,800 comprimés. Le besoin 2021 a été couvert par le stock disponible et les commandes en cours d'une valeur total de **2,137, 805 USD**. Les livraisons attendues ont été acquises sous financement PEPFAR.

Tableau 53 : Données logistiques en INH de 2021

	2021
Besoins INH 100 B/100	24,168
Besoins INH 300 B/672	44,471
Stock de sécurité INH 100 B/100 (10%)	2,417
Stock de sécurité INH 300 B/672 (10%)	4,447
Commande en cours INH 100 B/100	16,880
Commande en cours INH 300 B/672	40,757
Stock disponible INH 100 B/100	109,280
Stock disponible INH 300 B/672	13,348

➤ Acquisitions des TDRs

Tableau 54 : Aquisition des TDRS par bailleurs

Année 2021		
	HIV-1/2, Determine, 100 Tests	Diagnostic kit for HIV (1+2) antibody (Colloidal gold) V2, 50tests/kit (KHB Shanghai)
Conditionnement (tests) par kit	100	50
GF	9269	859
PEPFAR	14140	1530
total	23409	2389

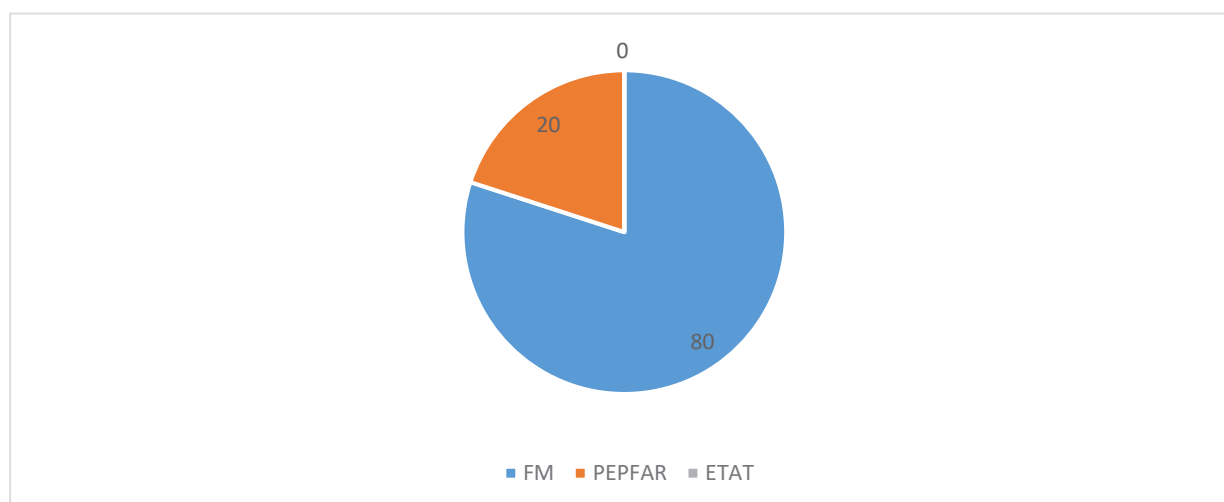


Figure 65 : Repartition des acquisitions des tests par financement

VIII.3. La coordination

L'organisation de réunions hebdomadaires GAS par le Groupe Technique Central a permis d'anticiper les interruptions de la chaîne d'approvisionnement des intrants VIH. L'appui logistique (LMD) permanent accordé par le projet PSM-GHSC a quant à lui permis de raccourcir les délais de livraison des FRPS aux FOSAS.

L'organisation des réunions régionale mensuelles GAS, a favorisé l'implication de tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement au niveau régional. Plusieurs initiatives ont découlé de ces réunions

notamment la validation des bons de commandes des FOSA, et l'élaboration des plans de répartitions mensuels au niveau de la région, conduisant in fine à une meilleure visibilité du stock en périphérie. En outre le paramétrage d'un outil en ligne permettant d'accélérer l'émission de la commande de la FOSA vers le FRPS correspondant, a amélioré la disponibilité des produits de santé VIH.

VIII.4. Les défis

En résumé le CNLS afin d'atteindre son objectif d'améliorer l'observance au traitement des PvVIH, s'est approvisionné en produits de santé VIH, grâce à l'appui technique et financier des partenaires. Ces produits ont été rendus disponibles à tous les niveaux par l'intermédiaire des structures d'approvisionnement compétentes. 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. Depuis 2019 l'acquisition des produits de santé VIH est principalement assurée par le financement du Fonds mondial et du PEPFAR, bien que les FCP 2019 à 2021 soient disponibles. Le pays n'a malheureusement pas atteint depuis ces périodes, le stock minimum recommandé qui est de 3 mois au niveau des formations sanitaires.

Le nombre de patients vivant avec le VIH, qui est en croissance continue au fil des années, nous permet de prédire que pour l'année 2022 les financements du Fonds mondial et des autres PTFs destinés à l'achat des intrants VIH, ne seront plus en mesure de couvrir les besoins de la file active attendue.

CHAPITRE 5 : INFORMATION STRATEGIQUE

Le système d'information sanitaire est un dispositif constitué d'acteurs, d'outils et de méthodes qui interagissent à différentes étapes du processus de production de l'information sanitaire que sont la collecte des données individuelles ou primaires ; l'agrégation, le stockage, l'analyse et la diffusion des données ainsi que la production et la diffusion de l'information stratégique proprement dite. Le Plan Stratégique National 2021 – 2023 a consacré un axe important à la production de l'information stratégique de qualité et son utilisation pour la prise de décision de manière routinière. La production de l'information stratégique est organisée selon les différentes entités de mise en œuvre de la riposte au VIH. Elle se fait en deux grandes étapes par des acteurs intervenant à différent niveau de la chaîne des résultats. Au point de l'offre de service, les données dites primaires sont collectées auprès des bénéficiaires, elles sont ensuite transformées en données secondaires, analysées et traduites en informations destinées à la prise de décision aussi bien au niveau primaire (opérationnel) qu'au niveau stratégique.

I. Renforcement du système d'information sanitaire

I.1. Collecte des données primaires

La collecte des données primaires ou individuelles se déroule généralement au point de prestation des services. Elle se fait à partir des outils de collectes primaires, généralement des registres de services, les dossiers des clients, ou des fiches individuelles de collecte de données.

Pour les données captées à la suite des soins offerts aux PvVIH dans les formations sanitaires, il existe différents outils de collectes selon les services :

- Les données de laboratoire sont collectées via les registres de laboratoire et les registres d'assurance qualité des laboratoires.
- Au niveau des services de prise en charge (UPEC, CTA, hôpital du jour, etc.) chaque patient possède un **dossier médical** qui est ouvert à l'initiation du traitement qui contient les informations cliniques sur le patient et est mis à jour à chaque consultation.
- Au point de dispensation des ARV, plusieurs registres sont renseignés à savoir le **registre de dispensation**, le **registre TARV** et le **registre de charge virale**. Ces outils sont tenus par les personnels chargés de la dispensation et les Agents chargés de Remplissage des Registres (ACRR) là où il en existe. Le registre de dispensation permet de capter les sorties de médicament par patient chaque mois. Le registre de TARV est un registre de cohorte utilisé pour le suivi du retrait des médicaments par les patients chaque mois.
- Le programme de PTME dispose de trois registres pour la collecte des données auprès des femmes enceintes et allaitantes. Il s'agit du **registre de Consultation Périnatale (CPN)** en maternité servant à capter les actes offerts lors des consultations prénatales, le **registre de salle d'accouchement** et le **registre de consultations post-natal/Cohort Monitoring du couple mère-enfant**. Ces registres sont les documents sources à partir desquels est faite la collecte des données primaires. Les données secondaires sont collectées mensuellement via des fiches de synthèse et transmises au DS pour analyse et saisie dans le DHIS2 qui est l'outil national de stockage et de transmission des données agrégées des formations sanitaires.
- **Les données communautaires**, outre le registre d'assurance qualité plusieurs autres outils sont utilisés en fonction du partenaire (Camnafaw, Care/Champ). Camnafaw utilise les registres de Causeries éducatives, les tickets d'orientation, les fiches de suivi individuelles et les fiches de

compilation des données. Care-Champ quant à lui, utilise les fiches IEC, fiches de dépistages, registre de linkage, registre ICT, registre de logbook.

L'avènement des nouvelles stratégies en 2021, (auto dépistage) et initiatives s'inscrivant dans la différenciation des services (DSD) a engendré la révision et l'harmonisation des outils de collectes. En effet, il a été question de prendre en compte les variables relatives aux aspects DSD y compris l'auto dépistage dans les différents outils de collecte. Dans le processus de cette révision, un premier atelier de révision des outils réunissant tous les acteurs majeurs de la lutte contre le VIH a été organisé en décembre 2021 avec l'appui financier du FM et du PETVISIDAME. A l'issue dudit atelier, seuls les outils primaires ont pu être révisés. Les autres modifications majeures qui ont impacté les outils primaires validés étaient

- Pour les outils de la PECG : l'ajout et la suppression de certains protocoles, les motifs de passage en 3^{ème} ligne (initial, et changement), le changement de certains libellés dans les outils.
- Pour les outils du Diagnostic des cas : il y'a eu Ajout de la modalité communauté comme porte d'entrée, ajout d'une nouvelle colonne intitulé : cas connu VIH (oui/non), l'ajout des variables "évaluation du risque de violence lié aux partenaires et résultat du risque des violences lié aux partenaires ", l'ajout de la modalité : partenaires de population clé ; jeunes femmes de 18 ans en situation de vulnérabilité ; hommes a partir de 18 ans en situation de vulnérabilité a la population cible. Le changement des libellés a été fait ainsi que la suppression des variables non pertinentes.
- Pour les outils de la PTME : il a été convenu que les paramètres d'identifications (nom du client, de l'enfant etc.) soient enlevés, l'ajout et la suppression de certaines modalités dans la légende, la modification de certains protocoles dans l'outil ; le changement de libellé a été également fait ainsi que la suppression de certaines variables jugées non pertinentes.

I.2. Outils électroniques :

Au cours de l'année 2021, pour améliorer le système d'information sanitaire, la Cellule d'information Sanitaire (CIS) a entrepris la digitalisation des outils de collecte y compris les outils de collecte VIH (primaires et secondaires). Cette activité a conduit à la digitalisation des principaux outils primaires et secondaires selon les axes d'interventions (PECG, PTME, Diagnostic des Cas). Cet exercice se faisait à l'aide du module DHIS Tracker de l'application DHIS2 du minsanté.

Outre le DHIS2, d'autres outils électroniques notamment EMR, DAMA et Vindata déployés dans certains sites avec l'appui du Minsanté et des partenaires techniques et financiers de la lutte ont continué d'être utilisés dans les sites déjà enrôlés. La Répartition du nombre de site fonction des outils électroniques de collecte de données.

Tableau 55 : utilisation des outils électroniques

Région	Nombre de sites DAMA	Nombre de sites VINDATA	Nombre de sites EMR
Adamaoua	3	1	0
Centre	54	11	4
Est	0	1	19
Extreme-Nord	3	1	1
Littoral	51	6	4

Nord	3	1	0
Nord-Ouest	30	1	0
Ouest	25	5	0
Sud	21	1	0
Sud-Ouest	25	1	0
Total	215	29	28

Pour l'amélioration de l'utilisation de ces outils, et l'amélioration de la qualité des données qui s'y trouve, les activités de renforcement de capacités des acteurs ont été faites ainsi que les supervisions DQA.

Le renforcement de capacité sur EMR concernait les prestataires des sites et elle portait sur l'utilisation du logiciel, elle a permis de capaciter 167 prestataires dans les régions utilisant le logiciel notamment 40 dans la région du centre, 40 dans la région du littoral, 85 dans la région de l'EST et 02 dans la région de l'Extrême-Nord. Les activités de supervision semestrielles (02) ont été faite dans les régions du Centre et du Littoral, elles ont permis d'évaluer la qualité de donnés dans tous les sites EMR de ces régions.

Le renforcement de capacité sur Dama concernait les acteurs du niveau central, elle portait sur l'utilisation des fonctionnalités de DAMA. Elle a permis de capaciter 20 acteurs du niveau central.

Par ailleurs, une Formation du personnel du ministère de la santé et du CNLS a été faite sur l'administration de DAMA en prélude à la transition du logiciel de CBCHS vers le Ministère de la santé avant le transfert vers le ministère de la santé.

I.3. Assurance qualité des données

Les activités menées dans le cadre de l'assurance qualité des données portent essentiellement sur le suivi routinier de la qualité des données produite et les feedbacks auprès des sites pour relever le niveau de complétude et de promptitude dans la base DHIS 2, les formations des prestataires, les missions de supervision sur sites, les réunions de validation et d'harmonisation des données. Les missions de supervision de la qualité des données (DQA) dans les formations sanitaires ont été planifiées à une fréquence trimestrielle du niveau régional vers les sites, et semestriellement du niveau central vers les régions.

I.3.1. Suivi de routine

Concernant le suivi routinier des données, les activités mise en œuvre étaient à fréquence hebdomadaire et mensuelles, il s'agissait :

- Des Réunions de validations mensuelles de données sur site (Fosa, OBC) ;
- Les réunions de validations mensuelles de données au niveau des DS ;
- Les réunions de validations hebdomadaires des données sur site (sites appuyés par les IPs PEPFAR et les OBCs) ;
- L'analyse de la situation hebdomadaire des données au niveau central et feedback auprès des régions ; l'analyse des données au niveau régional et Feedback auprès des DS et sites ;

I.3.2. Accompagnement des sites pour l'amélioration de la qualité des données

Comme de tradition, le programme a accompagné les sites avec les ateliers de validations de données, les ateliers de revues régionales de données et les missions de supervisions de la qualité des données.

i. Ateliers régionaux de validation

Validation des données cliniques

Les ateliers de validation de données régionales ont été organisés à fréquence semestrielle dans toutes les régions du pays, ils réunissaient les responsables chargés du remplissage des outils primaires des différents sites invités. Seuls 403/3337 sites offrant la prise en charge du VIH ont été invités Compte tenu des insuffisances budgétaires. Il faut dire que la file active des sites invités représentaient au moins 80% de la file active ; aussi d'autres sites ont bénéficié des supervisions DQA pour valider leurs données. Les points d'attentions au cours de ces activités étaient :

- Procéder au recomptage de la file active tout en désagrégeant par sexe ; par âge et en faire ressortir le nombre de nouvelles initiations ;
- Évaluer la cohérence entre les résultats obtenus des recomptages des données dans les registres (Tarv, dispensation, assurance qualité, CPN etc) et les fiches de synthèses des données habituellement transmises au GTR ;
- Analyser la corrélation entre file active et protocole dispensés par malade, tout en illustrant les gaps relevés ;
- Évaluer le screening de la TB chez les nouveaux patients dans chaque site ;

Validation des données communautaires :

Tout comme les données cliniques, les données communautaires ont été validé par le biais des ateliers régionaux de validation. Ces ateliers étaient mis en œuvre sous la Coordination des GTRs et sur le lead du PR Camnafaw et de l'IP USAID à travers son SR Care-Champ/CHP. Les acteurs de ces activités sont les représentants des différentes OBCs, et l'équipe régionale des différents Ips. Ces efforts conjoints ont permis de valider les données de 137 OBC (123 par Camnafaw ; 14 par care-Champ) au cours de l'année 2021. Les activités de validation de données communautaire portaient sur les indicateurs tel que: le nombre de personnes dépistées ayant retirés leurs résultats , le nombre de personnes testés positifs , le nombre de nouveaux cas testés positifs , le nombre de nouveaux cas référés à l'UPEC , nombre de nouveaux cas positifs pris en charge , le nombre de préservatifs masculins et féminin distribués , le nombre de gels lubrifiants distribués , le nombre de cas d'IST traités par syndrome , le nombre de personnes ayant participé aux programmes de prévention.

ii. Ateliers nationaux de validation des données.

Ateliers de revue des indicateurs VIH

Les ateliers de revue des indicateurs ont été organisés à plusieurs niveaux de la pyramide sanitaire notamment au niveau central et régional.

Au niveau régional, les ateliers ont été organisés dans toutes les régions du pays au premier trimestre avec l'appui du PEPFAR, au deuxième et quatrième trimestre avec l'appui du Fond mondial.

Les responsables conviés à cet atelier étaient les PF DHIS2 des DS/Sites. Les points d'attentions qui explorés dans cette activité étaient :

- L'amélioration de la complétude des données de tous les formulaires dans la base DHIS2 ;
- La correction des incohérences de données dans la base DHIS 2 ;
- La rédaction des rapports épidémiologiques des DS.

Au niveau central, les ateliers de revue nationale DHIS2 ont été organisés à fréquence semestrielle, ils regroupaient tous les acteurs (niveau central et régional) majeures de la lutte contre le VIH. Cette activité a permis de valider les données du programme pour le semestre 1 et le semestre 2. A côté de cela, les rapports épidémiologiques des régions et du pays ont été rédigés et validés.

☐ Ateliers nationaux de validation de données Communautaires :

Au niveau national, les ateliers sont organisés à fréquence semestriel entre les IPs et leurs SR. Tout comme au niveau régional, ce sont les mêmes indicateurs qui sont validés au niveau national sauf que le format des données est celui des données agrégées au niveau régional.

iii. Supervisions DQA.

Le programme a effectué six missions de supervisions de la qualité des données avec l'appui financier du PEPFAR et du FM dans les dix régions. Deux de ces missions portaient sur la qualité des données de prise en charge globale, une sur la qualité des données des intrants, une sur la qualité des données de dépistage du VIH et une sur la qualité des données de prise en charge pédiatrique.

Les objectifs spécifiques pour les missions DQA sont généralement entre autres :

- La vérification de la disponibilité des outils ¹de collecte ;
- La triangulation des données² entre les différentes sources ;
- L'évaluation de la complétude de certaines informations sur les variables importantes dans les outils primaires³
- L'évaluation de la complétude/promptitude des données ;
- Le recomptage des données ⁴;
- Le renforcement de capacité des personnels en cas de besoin.

Spécifiquement pour le DQA intrant, il était aussi question de vérifier la corrélation entre les médicaments dispensés et les patients ayant retiré le médicament tout en enlevant l'effet multi mois. Particulièrement pour le DQA dépistage il était aussi question de vérifier si le nombre de test utilisé se rapprochait du nombre de personne testées, une marge d'erreur de 5% avait été retenue

¹ La disponibilité des outils concerne les outils primaires et secondaires qui sont liés à l'objet de la supervision. Pour mesurer le score de disponibilité, plusieurs variables sont pris en compte pour chaque outil notamment (la disponibilité physique, l'utilisation de l'outil, le stock disponible de l'outil, la tenue de l'outil, l'état de remplissage)

² La triangulation/Cohérence des données renvoie au cross check entre plusieurs outils primaires (2 ou 3) pour vérifier s'il y'a concordance entre les informations pour variables sélectionnées, ces variables peuvent être le sexe, le code tarv, l'âge etc.

³ L'évaluation de la complétude des informations dans le registre consiste à savoir si l'information sur une variable est renseignée dans l'outil

⁴ Le recomptage des données consiste à faire le décompte sur site in situ dans les outils primaires et comparée avec celles rapportées par le dans les outils secondaires

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

• Complétude des données dans la base DHIS 2

De manière globale, la complétude des données au 31 décembre 2021 varie de 95,48% pour les données de suivi des stocks à 97,8% pour les données PTME. La région du Sud-Ouest, présente les complétudes les plus faibles globalement pour tous les types de données. Par rapport aux autres régions, celle du Sud-Ouest a la plus petite complétude et cela sur tous les formulaires. Cette situation s'explique par les sites qui ne fonctionnent plus mais qui ont les formulaires activés.

Tableau 56: Complétude des données en décembre 2021

Régions	STOCKS (%)	Dépistage (%)	Dispensation (%)	PECG (%)	SMNI/PTME (%)
Adamaoua	98,8	98,8	97,8	98	100
Centre	93,6	96,4	96,5	96,6	95,7
Est	98,8	99,6	99,4	99,6	99,6
Extreme Nord	95,9	97,8	97,7	97,9	98,4
Littoral	94,8	98,5	98,3	98,9	99,2
Nord	97,4	97,3	96,4	96,7	97,4
Nord-Ouest	91,8	96	96,4	97	96,1
Ouest	98,8	99,5	99,3	99,1	99,3
Sud	99,5	100	100	100	100
Sud Ouest	85,4	89,6	88,2	89,6	92,3
National	95,48	97,35	97	97,34	97,8

Sur l'année, on a observé une baisse de la complétude pour tous les types de données, passant de plus de 99% en janvier à moins de 94% en décembre. De manière globale, la cible (93,3%) du cadre de performance du fond mondial en matière de complétude a été atteinte ou dépassée dans tous les formulaires et cela pour tous les mois.

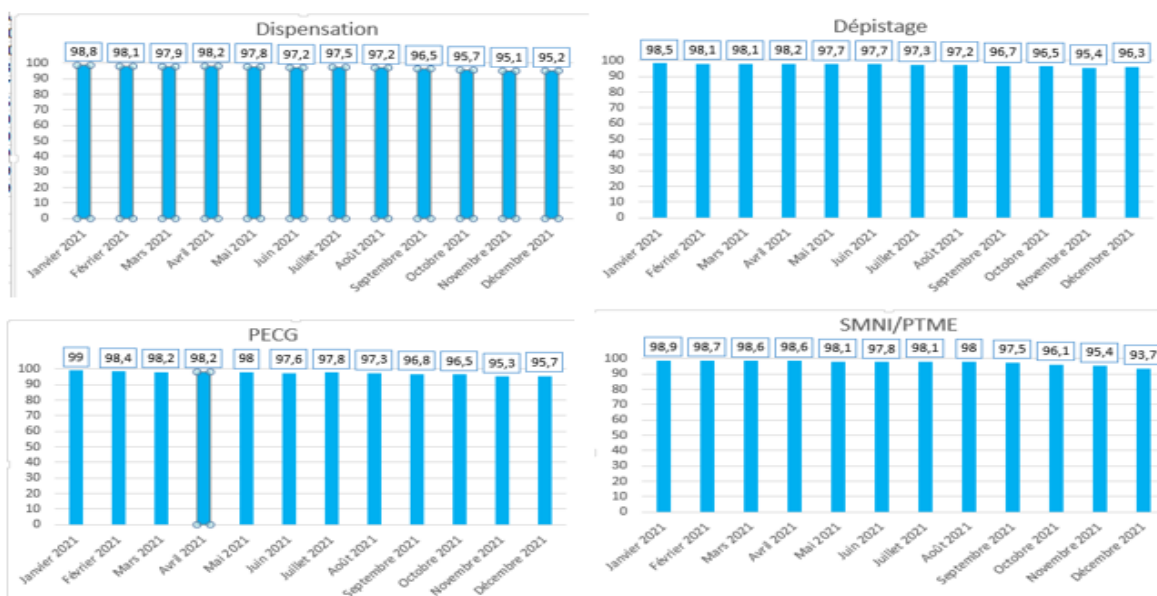


Figure 66: Evolution de la complétude des données au cours de l'année
Source : Dhis2

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

• **Promptitude des données dans la base DHIS 2 :**

La promptitude des données au 31 décembre 2021 varie de 60,14% pour les données de suivi des stocks à 65,33% pour les données de dispensation. La région du Sud-Ouest, présente les promptitudes les plus faibles globalement pour tous les types de données. Par rapport aux autres régions, celle du Sud-Ouest a la plus petite promptitude et cela sur tous les formulaires. Toutefois il faut dire que par rapport à la cible de promptitude qu'il fallait atteindre en 2021, aucun formulaire n'a eu la promptitude requise.

Tableau 57 : Score de promptitude des données

Région	STOCKS (%)	Dépistage (%)	Dispensation (%)	PECG (%)	SMNI/PTME (%)
Region Adamaoua	59,6	65	65,2	65,4	69
Region Centre	44,3	39,2	44,5	42,9	46,4
Region Est	75,7	77,7	80,6	77,2	78,7
Region Extreme Nord	57,2	60,9	62	61,2	62,3
Region Littoral	60,3	67,4	71,5	68,1	69,4
Region Nord	67,9	69,9	73,1	69,8	68,5
Region Nord-Ouest	47,3	49,2	52,1	50,7	47,3
Region Ouest	79,8	78,9	86,2	85,6	82,8
Region Sud	67	63,4	73,6	69,2	71,7
Region Sud Ouest	42,3	38,9	44,5	43,1	40,5
National	60,14	61,05	65,33	63,32	63,66

Source : Dhis 2

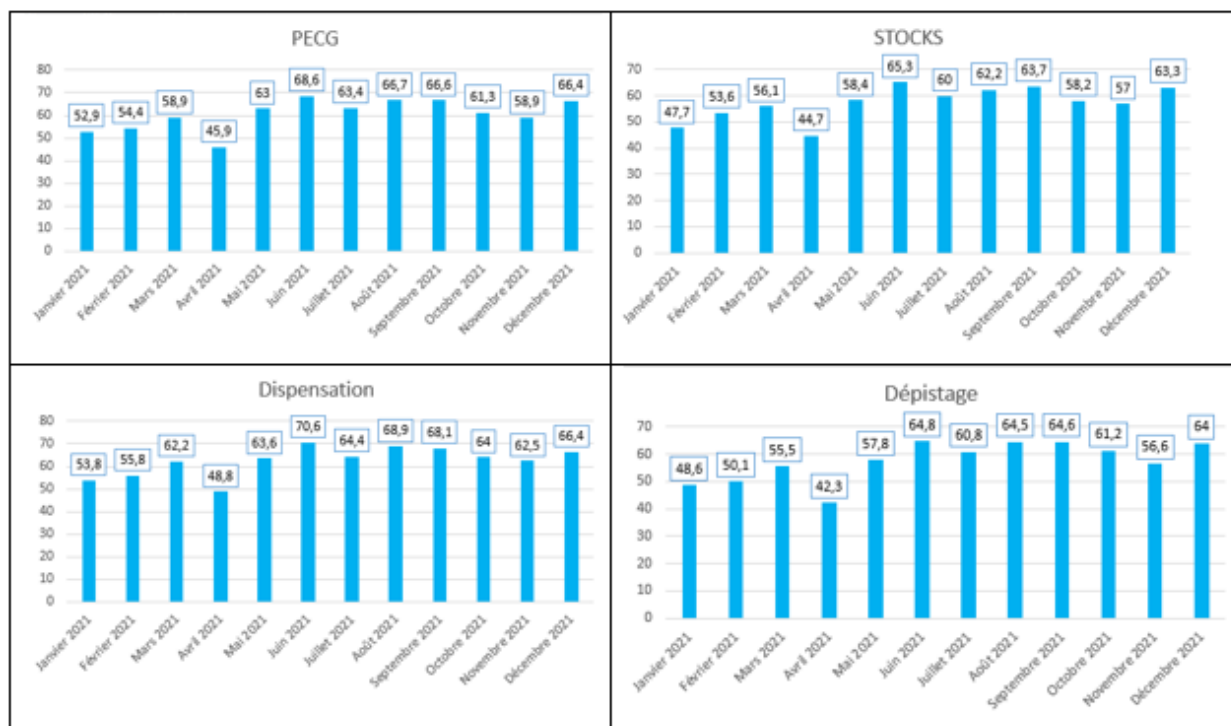


Figure 67 : évolution des promptitudes des données ; Source : Dhis 2

Au cours de l'année 2021, on a observé une cassure dans l'évolution de la promptitude au mois d'avril 2021 et cela pour tous les formulaires de données. En effet, cette cassure s'explique par les instabilités de DHIS.

- **Supervisions**

L'indice de qualité est un indice composite évalué à partir des indicateurs de qualités que sont ; la disponibilité des outils, la complétude des informations primaires, la qualité de la triangulation et la qualité du rapportage.

➤ **Qualité des données de PECG**

Au cours de l'année 2021, 90 formations sanitaires pour évaluer la qualité des données de Prise en charge globale dans les 10 régions du pays. Les points d'attentions dans le cadre de cette supervision étaient : l'évaluation de la disponibilité des outils de collecte, l'évaluation de la complétude (variables tel que le sexe, le code tarv, investigation TB, l'âge, la date du prochain rendez vous, le protocole dispensé, la date de dispensation) dans les registres de dispensation et tarv, le recomptage des données, et triangulation des données.

Les résultats découlant de cette activité révèlent que, le niveau de qualité des données de PECG en 2021 se situe à 88%, spécifiquement, il existe des disparités d'une région à une autre ; la région du SUD enregistre le plus grand score (94,3%) et celle de l'Extrême-Nord le plus petit score (83,6%). 05 régions (Adamaoua, Sud-Ouest, Ouest, Est et Sud) ont un score supérieur au score national et les reste des régions ont score légèrement inférieur ou égal au score national. Toutefois il faut dire que de manière générale, le score est bon (supérieur à 80%) dans chaque région mais des efforts restent encore à faire, notamment dans la cohérence des données, et le recomptage des données pour ce qui est des sites des régions de l'Extrême-Nord et du Nord. D'autres part, les efforts doivent être également fait par le programme dans la disponibilité des outils et cela dans toutes les régions pour anticiper sur les ruptures d'outils de collecte.

Tableau 58 : score global DQA PECG 2021 par région et par dimension d'assurance qualité

Région	Disponibilité des outils (primaires et secondaires)	Complétude des données dans les outils primaires	Recomptage des données	Triangulation/cohérence des données
Adamaoua	83,0%	97,0%	88,0%	87,5%
centre	81,5%	93,5%	84,0%	80,0%
Est	76,0%	99,0%	92,5%	90,0%
Extrême-nord	82,5%	89,5%	91,0%	71,5%
Littoral	86,0%	99,0%	81,0%	86,0%
Nord	91,0%	90,0%	83,5%	75,0%
Nord-Ouest	86,5%	90,0%	85,5%	83,5%
Ouest	78,5%	99,5%	89,5%	90,5%
Sud	86,0%	96,5%	99,5%	95,0%
Sud-Ouest	94,5%	95,0%	92,0%	81,5%
National	84,6%	94,9%	88,7%	84,1%

Niveau de la qualité globale des données au cours de l'année 2021

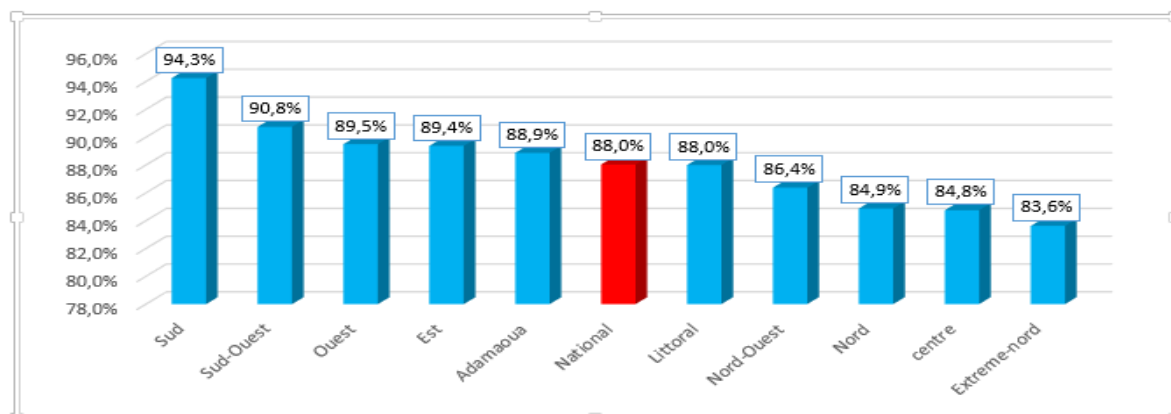


Figure 68 : score global RDQA PEGC 2021; Source : RDQA PEGC 2021

➤ Qualité des données de dépistage

L'évaluation de la qualité de données de dépistage a été faite dans 53 sites. Elle avait pour but vérifier la disponibilité des outils de collecte (registre de PCR, Screening TOOL, Linkage, Assurance qualité, fiche de synthèse mensuelle des données de dépistages, fiche de stock des intrants de dépistage, registre du), l'évaluation de la complétude des informations pertinentes (sexe, âge, date de sérologie, code dépistage, résultat du test, N° lot du kit de test, les quantités de début de mois, utilisé et stock restant) dans le registre d'assurance qualité et les fiches de stocks de dépistage, le recomptage par indicateur et l'évaluation de la cohérence.

A l'issue de cette activité, les résultats révèlent que :

- Le niveau de confiance des données de dépistage dans les sites supervisés se hisse à 75% ;
- Les sites rencontrent plus les difficultés au niveau du recomptage des données particulièrement pour la désagrégation par porte d'entrée ;
- Les spécificités par régions révèlent que les régions du Nord-Ouest et du Sud-ouest ont les plus grands scores dans la qualité des données de dépistages et la région du centre encaisse la plus petite performance

Les principaux goulots d'étranglements qui plombent la qualité des données de dépistage sont :

- ✓ L'absence du registre PCR (disponible dans 60% des sites visités), Screening tool (disponible dans 77% des sites visités) dans la plupart des sites ;
- ✓ L'usage d'un registre noir autre que le registre d'assurance qualité pour les sites qui en disposent, ce qui entraîne les omissions dans le rapportage de l'outil standard ;
- ✓ Le problème de compréhension des outils par les prestataires des sites ;
- ✓ La non mise à jour systématique des outils après l'enrôlement d'une nouvelle personne testée ;
- ✓ La non tenue systématiques des fiches de stock de test au niveau chaque porte d'entrée ;
- ✓ La non pris en compte des kits de tests provenant des partenaires d'implémentations ou des achats effectués parfois par les sites qui ne sont pas souvent pris en compte dans le stock global du site.

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

- ✓ Le manque de validation des données au niveau du site avant transmission au niveau du GTR ;
- ✓ Le manque de concentration lors de l'élaboration des rapports mensuels.

Tableau 59 : score RDQA dépistage par dimension et par région

Région	Disponibilités des outils	Complétude dans les outils primaires	Recomptage des données	Triangulation des données/Cohérence des données
Adamaoua	71,0%	97,2%	6,7%	65,0%
centre	54,0%	90,0%	82,2%	28,0%
Est	90,3%	100,0%	35,6%	87,0%
Extreme-nord	70,2%	95,8%	35,2%	66,0%
Littoral	57,8%	100,0%	46,7%	38,0%
Nord	87,5%	92,2%	18,5%	80,0%
Nord-Ouest	98,2%	99,5%	38,9%	ND
Ouest	84,7%	89,0%	33,3%	62,0%
Sud	91,2%	92,0%	28,9%	99,0%
Sud-Ouest	99,3%	97,0%	22,2%	91,0%
National	80,4%	95,3%	34,8%	68,4%

Source : Rapport RDQA dépistage 2021

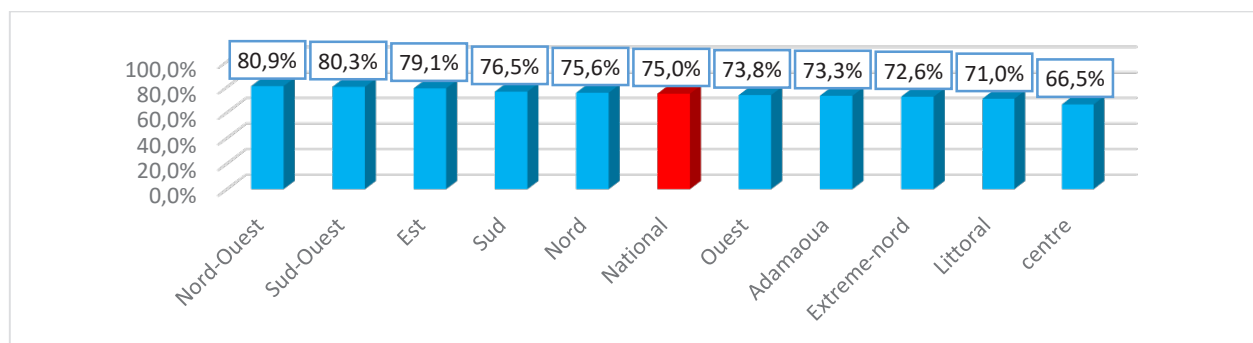


Figure 69 : Score Global RDQA dépistage 2021 par région

Cas particuliers des régions du centre et du Littoral :

Les sites de ces régions connaissaient une rupture de stock dans pratiquement quatre outils (registre de PCR, Screening TOOL, Linkage et Assurance qualité). Au centre, 3/6 disposaient du screening tool, (1/6) disposaient le registre de PCR, et (3/6) disposaient du registre de linkage. Outre La disponibilité physique, les sites du centre rencontraient les difficultés dans la cohérence des données et la triangulation des données.

Au Littoral, 3/5 des sites visités disposaient du registre d'assurance qualité, seulement 1/5 disposait du screening tool, aucun site ne disposait du registre PCR, et 1/5 disposait du registre de linkage. Outre la disponibilité physique de l'outil les sites qui disposaient de l'outil rencontraient les difficultés dans la cohérence des données et la triangulation des données.

➤ **Qualité des données des intrants :**

L'évaluation de la qualité des données des intrants, a porté sur 45 sites dans les 10 régions du pays. Les points d'attention lors de cette évaluation étaient la disponibilité des outils (registre

de dispensation, fiches de stock des protocoles, registre Tarv, bon de commande, bon de livraison etc), le recomptage des données de médicaments, la complétude dans les outils primaires, l'analyse de la corrélation file active protocoles dispensés et l'évaluation qualitative de la gestion des médicaments dans les sites et pour la mise en œuvre

- Disponibilité des outils

D'une manière générale, les outils qu'on retrouvait le plus dans les formations sanitaires étaient les registres TARV, de dispensation, les bons de commandes et de livraison, ainsi que les fiches de synthèse. Le registre TARV était présent dans tous les sites supervisés. Par contre, ceux qu'on retrouve le moins sont les rapports d'inventaires et les fiches d'inventaires. En effet, les rapports d'inventaires et les fiches d'inventaires étaient présents respectivement dans 38% et 64% des sites supervisés ; cela s'explique par le fait que les fiches d'inventaires et les rapports d'inventaires sont des documents de la gestion logistique dont la production mensuelle a été exigée aux sites au cours de l'année du coup, il y'a plusieurs sites dans les régions qui peinent encore à s'aligner à cette nouvelle exigence.

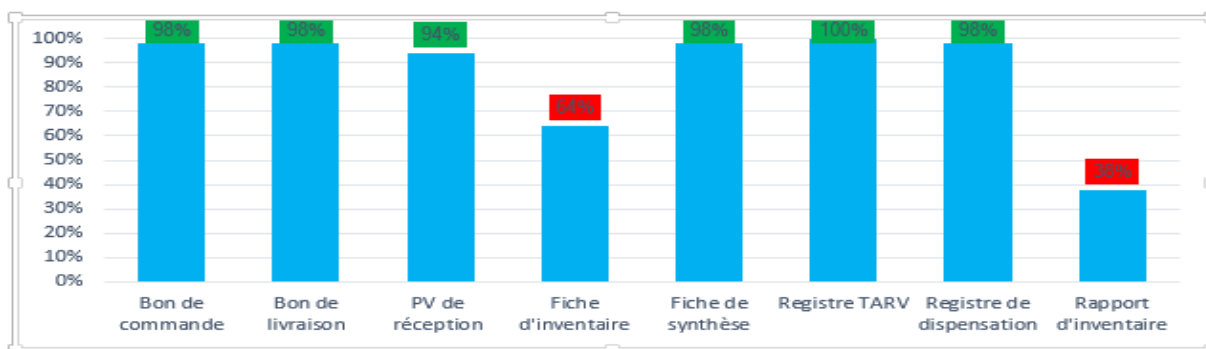


Figure 70 : disponibilité des outils RDQA intrants 2021 ; source : Mission RDQA intrants 2021

La non disponibilité de la fiche d'inventaire ne concernait pas toutes les régions, en effet, les sites de régions du Sud-Ouest et du Nord produisaient les fiches d'inventaires ; dans les régions du centre, de l'Est, de l'Extrême-Nord, du Nord-Ouest et du Sud, au moins 65% des sites visités disposaient le document. Par ailleurs, on relève tout de même que, dans les régions du Littoral et de l'ouest il y'a que 33% des sites supervisés qui disposaient le document ; aussi, dans la région de l'Adamaoua aucun site supervisé ne disposait les fiches d'inventaires.

- Complétude dans les outils primaires :

Les scores de complétude globale par région révèlent que la complétude est globalement bonne dans toutes les régions ; cependant c'est la région qui du Sud qui enregistre la plus petite performance en termes de complétude de registre de dispensation et de fiche de stock.

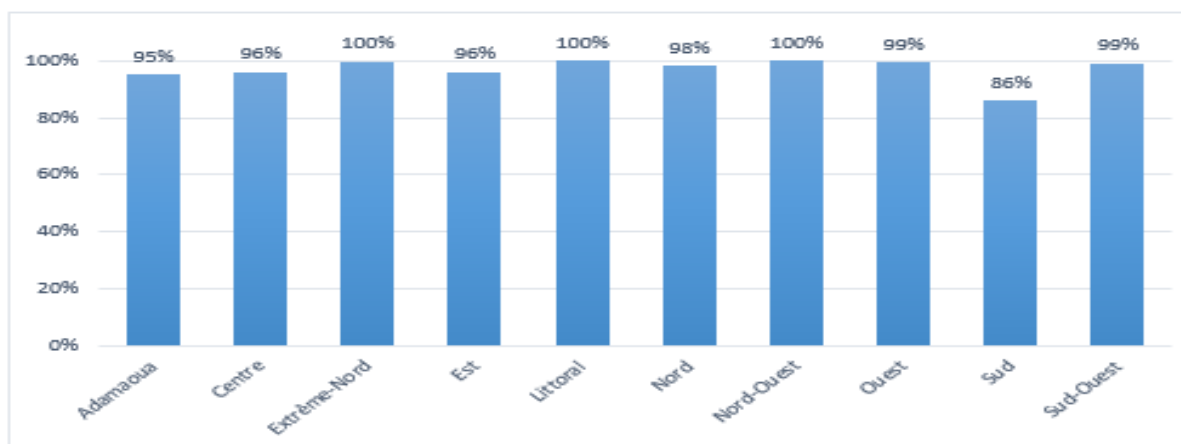


Figure 71 : score complétude dans les outils RDQA intrants 2021

De manière spécifique, l'évaluation de la complétude du registre de dispensation concernait les champs (code Tarv, date de dispensation, âge, sexe, médicament reçu) ; cette évaluation a permis de révéler que tous les sites ne renseignent pas systématiquement la date de dispensation dans le registre de dispensation. Ce sont les sites supervisés dans la région du Sud qui ne remplissent pas systématiquement ce champ ; en effet seul 25% des sites supervisés renseignent systématiquement ce champ. Dans la fiche de Stock, on a constaté que ce sont les quantités de médicaments consommées dans le mois, les quantités prêtées et empruntées qui ne sont pas systématiquement renseignés par les prestataires des sites.

- Corrélation file active vs protocoles dispensés :

Dans le cadre de cet exercice, il était question dans chaque site visité de décompter pour le mois de juin et de reconstituer une file active à partir du nombre de boîte de médicament sortis par protocole en tenant compte du multi-mois et comparé aux quantités dispensées. Il ressort de cet exercice que tous les sites supervisés s'en sortent avec les discordances, le niveau de concordance est présenté dans le graphique ci-dessous. Les raisons de ces discordances sont entre autres : le mauvais suivi des stocks et les erreurs de reportages, non tenu des fiches de stock à chaque point de dispensation des ARVs.

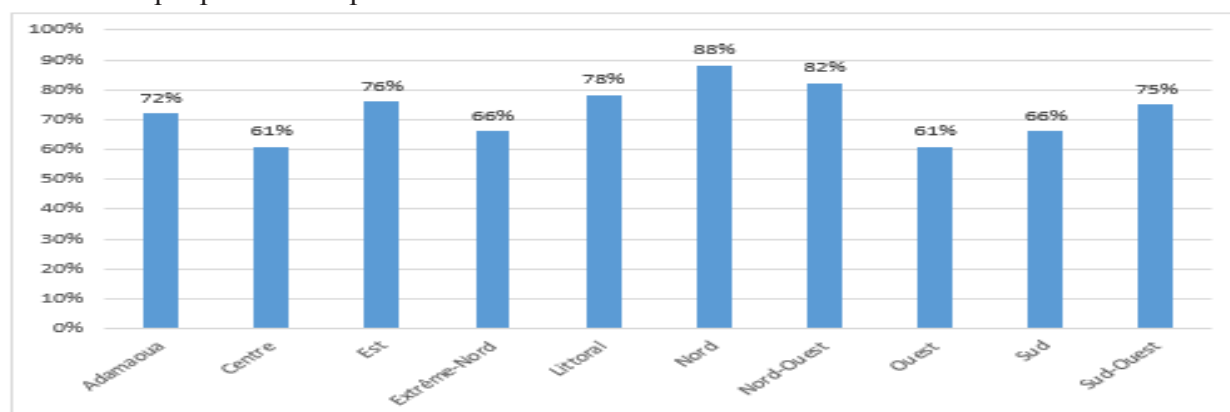


Figure 72 : score corrélation file active VS protocoles dispensés RDQA intrants 2021

- Recomptage des données :

L'audit a permis d'évaluer les discordances entre les rapports des formations sanitaires et les fiches de stocks au niveau de la formation sanitaire. Les insuffisances dans le suivi du

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

mouvement des stocks et dans la disponibilité des fiches aux différents points de dispensation sont les causes majeures de ces discordances.

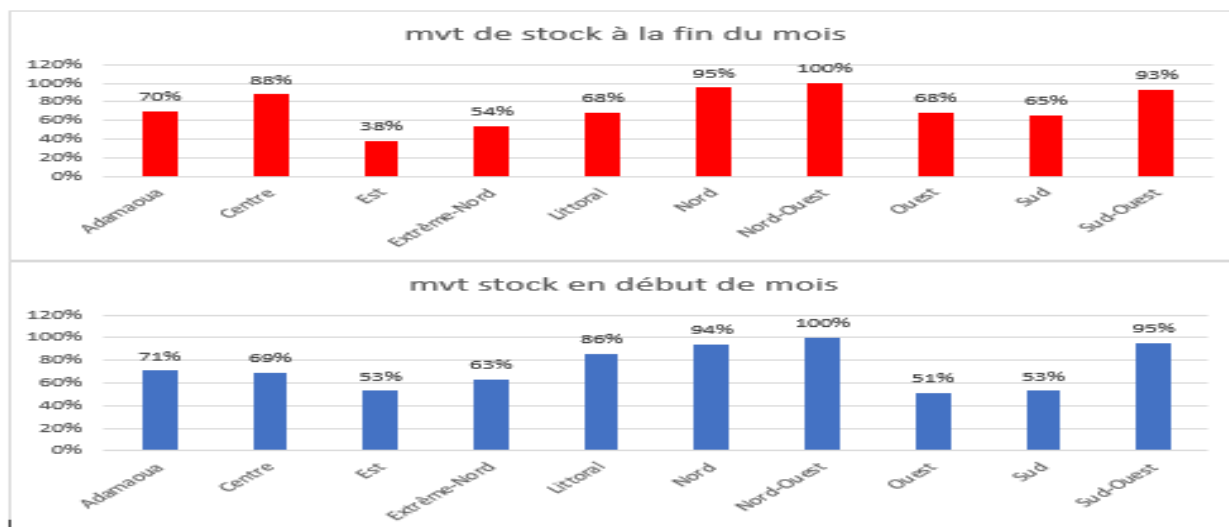


Figure 73 : score recomptage des données RDQA intrant 2021

- Evaluation qualitative.

L'évaluation qualitative révèle que pour chacune des questions posées, les prestataires des sites ont pour la majorité aucune difficulté pour les éléments de gestions de stocks ; toutefois, les items ou les prestataires avaient le plus de difficulté sont sur l'inventaire mensuel, le calcul de l'indicateur de consommation moyenne mensuelle, et la compréhension d'un autre élément dans la gestion des intrants VIH ; par ailleurs il faut également dire qu'aucun prestataire ne rencontre de difficulté pour passer les commandes des produits.

C'est sur la base de ces difficultés que le renforcement des capacités était fait et sur la base de toute autre préoccupation posée sur site par les prestataires.

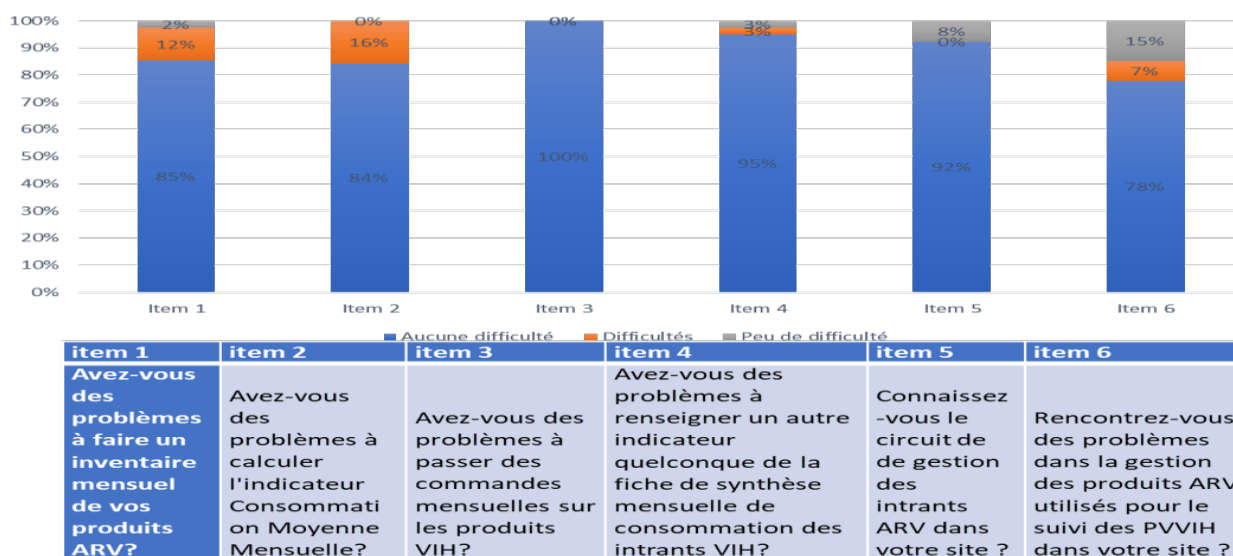


Figure 74 : score évaluation qualitative RDQA intrants 2021

De manière plus détaillée ce sont les sites de la région de l'Extrême-Nord qui rencontrent plus de difficulté dans la rédaction du rapport narratif d'inventaire, après ce sont les sites de la région de l'Adamaoua qui emboitent le pas. Aussi on peut noter que certains sites des régions de l'Adamaoua (20%), du Centre (20%), de l'Est (20%), du Littoral (20%), de l'Extrême-Nord (25%) et du Sud (33%) ont des difficultés pour le calcul de la consommation moyenne mensuelle.

I.3.3. ANALYSE FFOM renforcement SI

Faiblesses

- Absence des outils harmonisés pour la collecte des données communautaires ;
- Difficultés dans la production des rapports d'inventaires au niveau des sites ;
- Mauvaises pratiques dans la gestion des stocks dans certains sites
- Les problèmes au niveau du rapportage des données dans certains sites ;
- Faible promptitude des données ;
- L'absence de mise à jour du RMA dans la base DHIS 2

Forces

- Disponibilité des outils de collecte ;
- Digitalisation des registres
- Présence des outils électroniques ;
- Prise en compte des nouvelles stratégies et approches dans les outils de collecte

Menaces

- Rupture des outils de collecte de données ;
- Altération du niveau de qualité des données ;
- Insuffisance budgétaire pour la validation des données ;
- Insuffisance budgétaire pour la production des outils de collectes (primaires et secondaires) ;
- Absence de budget pour les supervisions relatives à l'assurance qualité de données en direction des OBC par le programme ;

Opportunités

- Transition du DAMA de CBCH vers le Minsanté ;
- Présence des partenaires d'implémentation.

II. Recherche et Surveillance

Plusieurs études et activités de recherche ont été réalisées en 2021 sur le VIH. Les résultats de certains de ces études ont fait l'objet de présentation au cours des conférences internationales (ICASA, Interest, etc) et de publications scientifiques. Les études réalisées ont porté sur des thématiques diverses, notamment, sur les aspects de prise en charge du VIH, les résistances au ARV, la prise en charge pédiatrique, la prévention de la transmission mère-enfant, etc. Quoique les systèmes de suivi des activités de recherche et de surveillance soient encore en cours de développement, les informations sur certaines activités de recherche réalisées au Cameroun sont disponibles à la direction de la recherche opérationnelle et à travers la recherche

documentaire via les moteurs de recherche. Au cours de l'année 2021 quatre projets de recherche ont obtenu une clairance administrative.

Tableau 60: Projets de recherche ayant bénéficié d'une clairance administrative

TITRE	
1	Protecting women from economic shocks to fight HIV in Africa (POWER) : Evidence of a longitudinal study
2	TRIO long-term evaluation of risk-benefit for Dolutegravir in three randomized trials
3	Etude de la vérification d'un algorithme à trois tests pour le dépistage du VIH au Cameroun
4	Santé mentale des adolescents vivant avec le VIH au Cameroun : évaluation d'un modèle d'intervention psychologique et sociale

Protecting women from economic shocks to fight HIV in Africa (POWER)

Un nombre croissant d'études montrent que les risques pris lors de rapports sexuels transactionnels et de rapports sexuels rémunérés- en plus de la susceptibilité biologique - sont responsables des inégalités entre les sexes en matière de VIH/SIDA. Toutefois, on ne comprend que superficiellement les principales causes des comportements sexuels à risque des femmes qui se livrent à ces pratiques en Afrique. Des études récentes ont montré que les femmes adoptent principalement des comportements sexuels à risque pour faire face à des chocs négatifs de revenus (par exemple, les chocs agricoles et climatiques, la maladie ou le décès de membres de la famille) et suggèrent que les chocs économiques sont une pièce importante du puzzle du VIH en Afrique. Si les femmes adoptent des comportements sexuels à risque pour faire face aux chocs économiques négatifs, la mise en place de stratégies formelles de réduction des risques pourrait être une approche très prometteuse pour prévenir le VIH/SIDA en Afrique. Cependant, il existe encore d'importantes lacunes dans les connaissances, principalement parce qu'aucune étude antérieure n'a été conçue pour répondre spécifiquement à cette question de recherche. L'objectif général de cette recherche est de comprendre le rôle des chocs économiques (par exemple, la maladie, COVID-19) en tant que facteur de vulnérabilité accrue des femmes au VIH afin d'éclairer la conception de nouvelles interventions de santé publique pour lutter contre les IST et le VIH. Plus précisément, l'étude vise à :

- Estimer l'effet des chocs économiques affectant les ménages sur les comportements sexuels et l'acquisition des IST et du VIH par les jeunes femmes ;
- Identifier les canaux par lesquels les chocs économiques affectent les IST et le VIH ;
- Estimer l'efficacité de l'assurance maladie en tant que stratégie de protection des femmes contre les chocs économiques afin de prévenir les IST et le VIH ; et
- Mesurer la coût-efficacité d'une intervention qui protège les femmes contre les chocs économiques pour prévenir ces femmes et la population générale du VIH/SIDA.

L'étude proposée suivra une nouvelle cohorte de femmes au Cameroun. L'étude recrutera 1,500 adolescentes et jeunes femmes non mariées pratiquant le sexe transactionnel ou le sexe commercial. Sur une période d'un an, l'étude recueillera trois enquêtes bio-comportementales et socio-économiques ainsi que des journaux intimes hebdomadaires (n=78,000). Un essai contrôlé randomisé (ECR) sera intégré à l'étude de cohorte et fournira aux femmes allouées au groupe de traitement une stratégie officielle de lutte contre le choc économique principale, la maladie d'un membre du ménage, à travers une assurance maladie familiale. La recherche est nécessaire dans l'immédiat pour relever un défi de santé publique vital de notre époque et a le potentiel d'avoir un impact durable sur l'élaboration du programme de recherche 12 sur le VIH/SIDA. L'impact économique et sociétal est finalement atteint grâce à des politiques de santé mieux informées pour faire face au fardeau du VIH/SIDA en Afrique.

TRIO long-term evaluation of risk-benefit for Dolutegravir in three randomized trials

Cette étude avait pour objet de mesurer l'efficacité, la tolérance et le risque d'apparition de résistance de nouvelles combinaisons thérapeutiques contre le VIH. Cette étude a été la première du genre à comparer deux traitements pour l'infection par le VIH dans un contexte spécifique des pays Africains. L'une de ces alternatives étant une adaptation de la combinaison de référence Efavirenz 600 mg (EFV600) avec réduction de la posologie à 400 mg (EFV400) en vue de réduire les effets secondaires de cette molécule sans perte d'efficacité. L'autre alternative s'agissant d'une combinaison à base de Dolutegravir 50 mg (DTG), un inhibiteur d'intégrase, ayant des propriétés intéressantes en termes d'efficacité et surtout de résistance. Ces schémas sont largement prescrits dans les pays Européens mais n'étaient pas disponibles et accessibles dans la plupart des pays d'Afrique sub-Saharienne. Le projet NAMSAL a été mis en œuvre en partenariat avec les équipes scientifiques tels que le SESSTIM pour l'évaluation coût-efficacité des alternatives thérapeutiques et l'impact économique de l'introduction d'une première ligne à base de DTG dans les pays à ressources limitées.), l'IAME pour l'évaluation pharmacologique et pharmacocinétique lors de la co-infection par tuberculose et chez les femmes enceintes et le CREMER pour la virologie (Evaluation des résistances). Evaluer la non-infériorité de DTG vs EFV 400 en combinaison avec TDF/XTC en traitements de 1ère ligne à 48 semaines chez l'adulte naïf de traitement antirétroviral (ARV) infecté par le VIH-1 vivant dans des pays à ressources limitées

- Comparer la réponse immuno-virologique
- Comparer la mortalité et la progression de la maladie
- Comparer le risque d'apparition de résistances aux ARV pendant
- Évaluer et comparer la durabilité, la sécurité d'utilisation et les risques de toxicité des deux 1^{ères} lignes
- Evaluer l'observance au traitement
- Évaluer les changements de qualité de vie

Un essai de phase 3 multicentrique, randomisé, ouvert, dans trois hôpitaux de Yaoundé, au Cameroun, a été réalisé chez les adultes naïfs d'antirétroviraux infectés par le VIH-1 groupe M avec une charge virale en ARN du VIH supérieure à 1000 copies par mL à comparer le DTG avec l'EFV400 (à faible dose). Le critère principal était la proportion de participants avec une

charge virale inférieure à 50 copies par mL à la semaine 48 (marge de non-infériorité de 10%). Suivi d'une extension des procédures d'essai jusqu'à la semaine 192 afin d'évaluer la suppression de la charge virale à moyen terme. L'étude a obtenu l'approbation initiale du CNERSH en novembre 2015.

Etude de la vérification d'un algorithme à trois tests pour le dépistage du VIH au Cameroun

Dans les contextes épidémiologiques de faible prévalence (inférieur à 5%), l'OMS recommande l'utilisation d'une séquence de trois tests réactifs consécutifs pour poser un diagnostic de VIH positif. Ce changement est une réponse à la diminution progressive de la séroprévalence dans les services de dépistage. Avec la mise sous TARV à vie des patients, les conséquences d'un diagnostic faussement positif sont néfastes pour l'individu, l'entourage, le programme et tout le système de santé. L'objectif principal de ce travail est d'optimiser les stratégies de dépistage de l'infection à VIH au Cameroun à travers le choix d'un algorithme national de dépistage performant au regard de l'évolution de l'épidémie dans le pays. A cet effet, huit kits de diagnostic rapide de VIH ont fait l'objet d'une vérification, et parmi lesquels trois duo tests VIH/syphilis. L'étude a été menée dans quelques sites de dépistage de la Région du Centre. La phase de vérification et la phase opérationnelle impliqueront des sites qui offrent des services de dépistage du VIH à la population générale. Les sujets volontaires seront invités à participer après information. L'évaluation a porté sur la spécificité de chacun des huit kits de dépistage en 2 lots présélectionnés ; le taux de réactivité commune entre les kits sera calculé pour obtenir une combinaison de trois tests sans réactivité croisée. Des tests de remplacement pour pallier les éventuels problèmes d'approvisionnement seront également identifiés. Une phase opérationnelle pilote verra l'utilisation en parallèle de l'algorithme actuel à deux tests et du nouvel algorithme à trois tests, et la VPP de chacun des deux algorithmes sera calculée sur cette période. Les problèmes observés avec la mise en œuvre du nouvel algorithme seront documentés dans le registre des résultats sous forme de rapport quotidien/hebdomadaire des équipes, à l'instar de la complexité des étapes, la facilité d'interprétation, la nécessité d'infrastructures et d'équipements spécifiques, la variabilité inter opérateurs, des exigences spécifiques de conservation, et bien d'autres.

Santé mentale des adolescents vivant avec le VIH au Cameroun : évaluation d'un modèle d'intervention psychologique et sociale

Les adolescents vivant avec le VIH (VIH+) présentent fréquemment des problèmes de santé mentale (anxiété et dépression), d'adaptation (défaut de soins personnels et de communication sociale) et comportementaux, ainsi que des problèmes d'insertion (ou acceptation) scolaire et professionnelle. En Afrique Australe, la mise en place d'interventions de soutien psychologique et social en direction des adolescents VIH+ améliore la rétention dans les soins et le bien-être psychologique et social. Cependant la réponse aux interventions d'accompagnement psychologique et social peut être influencée par les facteurs culturels. Au Cameroun, les directives nationales recommandent le suivi des personnes VIH+ par des accompagnateurs psychosociaux comprenant un conseil spécifique d'aide à l'observance et des visites à domicile le cas échéant. L'éducation thérapeutique est très faiblement mise en œuvre. D'après l'enquête d'évaluation de l'impact du VIH sur la population du Cameroun (CAMPHIA) conduite en 2018,

le nombre d'adolescents VIH+ âgés de 10 à 14 ans était estimé à 7221 et environ 24% parmi eux étaient effectivement pris en charge dans les formations sanitaires. Dans ce cadre, nous proposons de mener une étude de recherche interventionnelle visant à mettre au point et évaluer un modèle d'interventions d'accompagnement psychologique et social adapté aux réalités culturelles locales.

Tableau 61: Quelques articles publiés en 2021 sur le VIH

Titre	CONCLUSION/RECOMMANDATION
Heavy episodic drinking and HIV disclosure by HIV treatment status among People with HIV in IeDEA Cameroon	The prevalence of recent HED was high among PWH in care. HED prevalence was highest among men and recent ART initiators. Longitudinal analyses should explore how HIV disclosure may support PWH in reducing or abstaining from HED through social support. Systematic HED screening and referral to care should be included in routine HIV clinical care, particularly for men, to improve engagement in the HIV care continuum in Cameroon.
Quantifying the Evolving Contribution of HIV Interventions and Key Populations to the HIV Epidemic in Yaoundé, Cameroon	Condom use and recent ART scale-up mitigated the HIV epidemic in Yaoundé and changed the contribution of different partnerships to onward transmission over time. Findings highlight the importance of prioritizing HIV prevention and treatment for MSM and clients of FSW whose unmet needs now contribute most to onward transmission, while maintaining services that successfully reduced transmissions in the context of commercial sex.
Depressive Symptoms, Gender, Disclosure, and HIV Care Stage Among People Living with HIV in Cameroon	Integration of screening and treatment of depression into HIV care should be prioritized and may be particularly relevant for PLWH initiating ART.
Gender, Mental Health, and Entry Into Care with Advanced HIV Among People Living with HIV in Cameroon Under a National 'Treat All' Policy	Future research should examine gender-specific pathways between mental health symptoms and entry into care with advanced HIV, particularly for men in Cameroon. The extent to which untreated mental health symptoms drive gender disparities throughout the HIV care continuum should be explored further.
Intimate partner violence by men living with HIV in Cameroon: Prevalence, associated factors and implications for HIV transmission risk (ANRS-12288 EVOLCAM)	IPV perpetrators had a higher risk of transmitting HIV and having lifetime and recent risky sexual behaviors. Perpetrating IPV was more frequent in those with socioeconomic vulnerability and self-perceived HIV-related stigma. These findings highlight the need for interventions to prevent IPV by MLHIV and related HIV transmission to their(s) partner(s).
Alarming rates of virological failure and HIV-1 drug resistance amongst adolescents living with perinatal HIV in both urban and rural settings: evidence from the EDCTP READY-study in Cameroon	Poor adherence, late adolescent age, female gender, and advanced clinical staging worsen IF. The VF rate is high and consistent with the presence of HIVDR in both settings, driven by poor adherence, NNRTI-based regimen, and advanced clinical staging.
Mental health and initiation of antiretroviral treatment at enrolment into HIV care in Cameroon under a national "treat all" policy: a cross-sectional analysis	Symptoms of depression and PTSD were associated with lower prevalence of ART initiation at enrolment into HIV care among this sample of individuals initiating HIV care in Cameroon under a "treat all" policy. Research should examine barriers to timely ART initiation, whether incorporating mental health services into HIV care improves timely ART initiation, and whether untreated symptoms of depression and PTSD drive suboptimal HIV care outcomes

<p>Virological failure and antiretroviral resistance among HIV-infected children after five years follow-up in the ANRS 12225-PEDIACAM cohort in Cameroon</p>	<p>These results show high resistance to NNRTI and emphasize the need of VL and resistance tests for optimal follow-up of HIV-infected people especially children.</p>
<p>Virological failure and antiretroviral resistance among HIV-infected children after five years follow-up in the ANRS 12225-PEDIACAM cohort in Cameroon</p>	<p>These results show high resistance to NNRTI and emphasize the need of VL and resistance tests for optimal follow-up of HIV-infected people especially children.</p>
<p>Correlation between the immuno-virological response and the nutritional profile of treatment-experienced HIV-infected patients in the East region of Cameroon</p>	<p>In this RLS, with patients having about five years of ART-experience, malnutrition appears to be driven mainly by a poor BMI, indicating that about one of ten patients falls within this severe condition. However, the largely normal nutritional profiles should be interpreted with caution, considering local realities and food support programs in place.</p>
<p>High performance of integrase genotyping on diverse HIV-1 clades circulating in Cameroon</p>	<p>The developed in-house integrase-genotyping is highly effective on both pure and recombinant viral clades, even at low-level viremia. This performance underscores its usefulness in monitoring integrase-resistance mutations and supporting the scale-up of dolutegravir-based regimens in LMICs.</p>
<p>Common mental disorders and intimate partner violence against pregnant women living with HIV in Cameroon: a cross-sectional analysis</p>	<p>Pregnant women living with HIV in Cameroon had a high prevalence of probable CMD and IPV. Screening and services to address IPV and mental health are urgently needed for this population. Integrated interventions to both prevent and screen and address IPV and probable CMD should be developed, implemented, and evaluated.</p>
<p>Measuring adherence to ARVs among HIV-positive adolescents in Cameroon: a comparative assessment of self-report and medication possession ratio methods</p>	<p>adherence from the self-report measure was higher than from MPR, but there was substantial agreement between the scales. Although there is no gold standard for adherence measurement, self-report or medication possession ratio could be used and complemented with laboratory markers like viral load counts.</p>
<p>Baseline integrase drug resistance mutations and conserved regions across HIV-1 clades in Cameroon: implications for transition to dolutegravir in resource-limited settings</p>	<p>The low baseline of INSTI-DRMs (<1%) in Cameroon suggests effectiveness of dolutegravir-based regimens. In spite of high conservation across clades, the variability of accessory mutations between major circulating strains underscores the need for monitoring the selection of INSTI-DRMs while scaling up dolutegravir-based regimens in RLS.</p>
<p>Underestimation of potentially traumatic events resulting from underreporting of physical and sexual violence among people entering care for HIV in Cameroon</p>	<p>PTE assessment tools should assess exposure to behaviorally specific acts of violence to ensure appropriate referral to services among survivors of IPV. (PsycInfo Database Record (c) 2021 APA, all rights reserved).</p>
<p>The syndemic effects of mental ill health, household hunger, and intimate partner violence on adherence to antiretroviral therapy among pregnant women living with HIV in Yaoundé, Cameroon</p>	<p>Suboptimal ART adherence, CMD, and IPV were common among pregnant WLWH in Cameroon. Pregnant WLWH experiencing IPV and hunger may be especially vulnerable to suboptimal ART adherence.</p>
<p>Does HIV infection affect growth and puberty of Cameroonian children?</p>	<p>In the Cameroonian setting, growth was mainly affected by stunting, but pubertal development was normal in all patients. This may reflect the benefits of HAART in children with HIV infection.</p>
<p>Free access to antiretroviral treatment and protection against the risk of catastrophic health expenditure in people living with HIV: evidence from Cameroon</p>	<p>Our findings suggest that Cameroon's free ART policy is pro-poor. As it only benefitted PLHIV with the lowest socioeconomic status, increased comprehensive HIV care coverage is needed to substantially reduce the risk of CHE and the associated risk of impoverishment for all PLHIV.</p>

Evaluation of quality of life and associated factors among HIV patients on antiretroviral therapy in North West region of Cameroon	PLHIV fairly agreed to have good QoL. The QoL was driven by mainly psychological and physical factors and not level of independence. However, the mean score perceptions for the investigated domains were low. Mental health services should consider these predictors when designing strategies to improve the QoL of PLHIV. While this study provides useful insights, other possible drivers of QoL among PLHIV should be investigated.
Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected adolescents aged 15-19 years: a snapshot from the mother and Child Center in Yaoundé, Cameroon	at this reference pediatric center, 4 out of 10 adolescents aged 15-19 years on ART are non-adherent, driven by missing dosage of drug intake. Strategies for enhanced adherence for late age adolescents are therefore warranted, by prioritizing interventions on defaulters and duration on ART > 5 years.
Killer-Cell Immunoglobulin-Like Receptors (KIR) in HIV-Exposed Infants in Cameroon	Our study demonstrates that KIR genes may have differential effects with regard to MTCT of HIV-1.
Outcomes of the first meeting of the CAMEROON HIV RESEARCH FORUM (CAM-HERO)	The occurrence of INSTI RAMs among the sequences at baseline needs to be monitored carefully.
Research priorities for accelerating the achievement of three 95 HIV goals in Cameroon: a consensus statement from the Cameroon HIV Research Forum (CAM-HERO)	the research priorities resulted from a consensus amongst a multidisciplinary team and were based on current data about the pandemic and science to prevent, treat, and ultimately cure HIV. These priorities highlighted critical areas of investigation with potential relevance for the country, funders, and regulatory bodies.
Hypertension among people living with HIV/AIDS in Cameroon: A cross-sectional analysis from Central Africa International Epidemiology Databases to Evaluate AIDS	About a quarter of these Cameroonian PLWH had HTN, driven among others by age and adiposity. Appropriate integration of HIV and NCDs services is needed to improve early detection, treatment and control of common comorbid NCD risk factors like hypertension and safeguard cardiovascular health in PLWH.
Protective Effect of the Combination of Wild-Type Genotypes (G/G and G/G) of CCR2-64V and SDF1-3A' Genes in Serodiscordant Couples in Yaounde-Cameroon	HIV negative partner protection against HIV/AIDS infection may be attributed to the combination of wild-type genotypes (G/G and G/G) of CCR2 and SDF1 genes in HIV serodiscordant couples.
Mass screening for hepatitis B and C viruses in a population of persons with disabilities with and without HIV status in Cameroon	The seroprevalences of HIV, HBV and HCV infections in the Menoua Division of the West region of Cameroon were 1.0%, 4.5% and 6.3%, respectively. Preventive measures against these health threats need to be reinforced in this setting.
Determinants of retention in HIV antiretroviral treatment (ART) in the Cameroon International epidemiology Database to Evaluate AIDS (IeDEA) study clinics: the context of the HIV treat all strategy in Cameroon	about a quarter of the participants were not retained in ART after 24 months. Patient-level factors determined ART retention. These factors should be considered in designing strategies to improve ART retention. More research is needed to identify other determinants of ART retention under the HIV treat all strategy.
High HIV-1 Virological Failure and Drug Resistance among Adult Patients Receiving First-Line ART for At least 12 Months at a Decentralized Urban HIV Clinic Setting in Senegal before the Test-and-Treat	At decentralized urban settings, there is need for enhanced virological monitoring and adherence support. HIV programs in Senegal should intensify early HIV diagnosis for effective test-and-treat. These interventions, in addition to the superiority of efavirenz-based therapies provide a favorable framework for transitioning to the recommended potent drug dolutegravir, thereby ensuring its long-term use.
Individual and healthcare supply-related barriers to treatment initiation in HIV-positive patients enrolled in the	Our findings provide a better understanding of the role played by healthcare supply-related factors in ART initiation. In HIV services with limited capacity, task-shifting and support from

Cameroonian antiretroviral treatment access programme	community-based organizations may improve treatment access. Additional funding is required to relieve healthcare supply-related barriers and achieve the goal of universal ART access.
Clinical profile and factors associated with COVID-19 in Yaounde, Cameroon: A prospective cohort study	Most COVID-19 cases in this study were benign with low fatality. Age (40-70), male gender, HIV infection, lung disease, dyspnoea and fatigue are associated with severe COVID-19. Such findings may guide public health decision-making.
Social and individual factors associated with condom use among single youths: an analysis of the 2018 Cameroon Demographic and Health Survey	These findings support Cameroon's multisectoral approach to HIV/AIDS prevention among youths, and emphasize the importance of involving parents, teachers, and youths.
Alteration of the gut fecal microbiome in children living with HIV on antiretroviral therapy in Yaounde, Cameroon	Further studies investigating the role of this altered gut microbiome in increased disease susceptibility are warranted for individuals who acquired HIV via mother-to-child transmission.
Prevalence of integrase strand transfer inhibitor resistance mutations in antiretroviral-naive HIV-1-infected individuals in Cameroon	Pretreatment HIV-1 resistance to INSTIs was low in the study sites, which supports the use of INSTIs in Cameroon. Nevertheless, further studies are necessary to assess the impact of polymorphic accessory INSTI DRMs on INSTI-based ART regimens.
Tertiary hospitals physician's knowledge and perceptions towards antibiotic use and antibiotic resistance in Cameroon	Confidence of prescribers in their ability to appropriately use antibiotics conflicts with the low level of knowledge on antibiotic use in this group of doctors. Moreover, the opinion of the majority, that ABR is not a problem in their own backyard is in keeping with similar studies in other countries and is of significant concern. Introduction of formal antibiotic stewardship programmes in Cameroon may be a useful intervention.
Influence of HIV infection on the distribution of high-risk HPV types among women with cervical precancerous lesions in Yaounde, Cameroon	Our study suggested differential expressions in high-risk HPV types with HIV status and cervical precancerous lesions and warrants more extensive studies.
Cervical cancer screening prevalence and its correlates in Cameroon: secondary data analysis of the 2018 demographic and health surveys	Cervical cancer screening programs and policies should target Cameroonian women who are younger, less educated, and those in poor households and rural areas.
Mobile clinics in conflict-affected communities of North West and South West regions of Cameroon: an alternative option for differentiated delivery service for internally displaced persons during COVID-19	Mobile clinics are a model of care which could be leveraged in fragile and conflict-affected settings as an alternative model of care for HIV DSD to ensure continuum of HIV care and treatment. However, this should be integrated within the benefit package of primary health care services offered by mobile clinics.
The Effect of HBV/HCV in Response to HAART in HIV Patients after 12 Months in Kumba Health District in the South-west Region of Cameroon	There were differences in response to HAART between the mono-infected compared with the co-infected, taking into consideration the weight, CD4 count, and viral load. In addition, there was also a variation in the different biomarkers of liver and renal function between mono-infected and co-infected patients.
Ownership and Utilization of Long-Lasting Insecticidal Nets in Tiko Health District, Southwest Region, Cameroon: A Cross-Sectional Study	The ownership LLINs failed to guarantee utilization and effective control of malaria in the THD, as expected. Continuous and appropriate use of LLINs is indispensable, in addition to periodic sanitation, booster campaigns of LLIN distribution, and evaluation research for effective prevention and control of malaria.
Cardiovascular risk and stroke mortality in persons living with HIV: a longitudinal study in a hospital in Yaoundé	stroke mortality was high in this population of PLWH. Most patients had a low Framingham score, suggesting that this risk estimation tool underestimates cardiovascular risk in PLWH.

Screening for acute disseminated histoplasmosis in HIV disease using urinary antigen detection enzyme immunoassay: A pilot study in Cameroon	There is an acute need to improve awareness and management of HIV patients with respect to H. capsulatum infection.
Correlates of self-reported history of mental health help-seeking: a cross-sectional study among individuals with symptoms of a mental or substance use disorder initiating care for HIV in Cameroon	Prior mental health help-seeking was associated with psychosocial stressors. Help-seeking from informal networks was more common than formal help-seeking. Training in the provision of evidence-based mental health support for informal networks could improve access to mental health care for PLWH with MSDs in Cameroon.
Virological response and resistance profile in highly treatment-experienced HIV-1-infected patients switching to dolutegravir plus boosted darunavir in clinical practice	In highly treatment-experienced patients, the use of dual therapy based on DTG + bDRV appears to be a very good regimen for switch therapy, with a high rate of virological control in both viraemic and virologically suppressed patients. Among non-responding patients, the selection of further resistance is a rare event.
Cost-Utility Analysis of a Dolutegravir-Based Versus Low-Dose Efavirenz-Based Regimen for the Initial Treatment of HIV-Infected Patients in Cameroon (NAMSAL ANRS 12313 Trial)	At 2020 antiretroviral drug prices, a DTG-based first-line regimen should be preferred over an EFV400-based regimen in sub-Saharan Africa.
Predictors of antiretroviral therapy interruptions and factors influencing return to care at the Nkolndongo Health District, Cameroon	Structural barriers like exposed health facility, and dispensing ARVs in open spaces stigmatizes clients and increases odds of attrition. Attrition of patients on ART will be minimized through implementation of client centered approaches like multiplying proxy ART pick points, devolving stable clients to community ARV model.
Mapping the evidence of intimate partner violence among women living with HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: a scoping review	This study found evidence of IPV among women living with HIV/AIDS. The HIV-positive women were at considerable risk of IPV after disclosure of their serostatus to a male partner. Therefore, further research is needed to promote action to reduce IPV among HIV-positive and HIV-negative women and to determine healthcare workers' IPV screening experience.
Incidence and impact of hospital-acquired complications in an internal medicine unit of a reference hospital in Cameroon: a prospective cohort study	The incidence of HACs is high in our setting and leads to increased length of hospital stays as well as greater direct medical costs. Thus, there is a need for effective preventive strategies.
Association Between Ov16 Seropositivity and Neurocognitive Performance Among Children in Rural Cameroon: a Pilot Study	Our findings suggest that exposure to O. volvulus may affect neurocognitive performance of children.
Incidence and factors associated with unfavourable treatment outcome among patients with rifampicin-resistant pulmonary tuberculosis in Yaoundé, Cameroon	the rate of an unfavourable treatment outcome among patients with RR-PTB at the specialised MDR/RR-TB treatment centre of the JHY is relatively high. The male sex, HIV infection and moderate to severe anaemia are independent factors associated with an unfavourable treatment outcome.
Comparison of two simulators for individual based models in HIV epidemiology in a population with HSV 2 in Yaoundé (Cameroon)	These findings highlight the importance of making more data available for the calibration and validation of epidemiological models.
Cryptococcal antigen carriage among HIV infected children aged 6 months to 15 years at Laquintinie Hospital in Douala	We recommend screening for cryptococcal antigenemia and routine treatment with fluconazole of all HIV positive children with cryptococcal antigen whether symptomatic or not.
Anti-Toxoplasmic Immunoglobulin G Quantitation Correlates with	In Cameroon, about half of PLHIV might be seropositive to anti-Toxo IgG, with decreasing immunity appearing as a risk of

Immunovirological Parameters of HIV-Infected Cameroonians	toxoplasmosis relapse. Thus, in the context of immunodeficiency, routine quantification of anti-Toxo IgG would alleviate the programmatic burden of this opportunistic infection in RLS with the generalized HIV epidemic.
Acquired HIV-1 Protease Conformational Flexibility Associated with Lopinavir Failure May Shape the Outcome of Darunavir Therapy after Antiretroviral Therapy Switch	Though DRV showed superiority to LPV, as a lower concentration was needed to inhibit the HIV-1 PR variants, the inherent structural changes resulting from mutations selected during LPV therapy may dynamically shape the DRV treatment outcome after the therapy switch.
Evaluation of a collaborative model for successful implementation of a National CD4 enumeration EQA program in Cameroon	This EQA requires the application of good laboratory practices, fluidic communication between all the stakeholders, continuous training, application of specific on-site corrective measures, and timely equipment maintenance in order to avoid repetitive errors and to increase laboratory performance. It could be extended to other HIV-1 testing like viral load and EID point-of-care. Partnership with QASI serve as a model for implementation of a successful EQA model for resource limited countries wanting to implement EQA for HIV testing and monitoring in alignment with 90-90-90 targets.
Determinants of switch to paediatric second-line antiretroviral therapy after first-line failure in Cameroon	In this paediatric population experiencing VF after about 3-4 years from ART initiation, the majority are switched to second-line ART after a delay of almost one year. Delayed switch to second line was driven essentially by viral rebound, underscoring the need for close viral monitoring.
Trends in serological markers of transfusion transmissible infections in blood donations at the Bamenda Hospital-based Blood Service, Cameroon	There is a decrease in seropositivity rates of TTIs markers in this blood service. Ongoing efforts toward the prevention of these infections is encouraged and should be intensified to improve blood safety.
Interaction analysis of statistically enriched mutations identified in Cameroon recombinant subtype CRF02_AG that can influence the development of Dolutegravir drug resistance mutations	Our analysis indicated that all RAM's that resulted in a change in the number of interactions with encompassing residues does not affect DTG binding, while accessory mutations E157Q and D232N could affect DTG binding leading to possible DTG resistance. However, further experimental validation is required to validate the in-silico findings of our study.
Effects of the COVID-19 Pandemic on HIV Services: Findings from 11 Sub-Saharan African Countries	While initial declines were observed, rebound was brisk as the pandemic progressed, with increases noted in the number HIV tested, newly initiated or currently on ART, VL testing, and VLS throughout the period, demonstrating substantial HIV program resilience in the face of the COVID-19 crisis.
Long-term outcomes of early initiated antiretroviral therapy in sub-Saharan children: a Cameroonian cohort study (ANRS-12140 Peditacam study, 2008-2013, Cameroon)	The probability of maintaining viral suppression between two and five years of early initiated ART which was quite low highlights the difficulty of parents to administer drugs daily to their children in sub-Saharan Africa. It also stressed the importance of initial viral suppression for achieving and maintaining virologic success in the long-term. Further studies should focus on identifying strategies that would enhance better retention in care and improved adherence to treatment within the first two years of ART early initiated in Sub-Saharan HIV-infected children.
Predictors of virological failure among people living with HIV switching from an effective first-line antiretroviral regimen	ART switch in patients with stable control of HIV infection is a safe practice, even if particular attention should be paid in certain cases of patients switching from regimens containing low-performance backbones or PIs.

CHAPITRE 6 : APPROPRIATION DE LA LUTTE PAR LES ACTEURS

L'efficacité et la pérennité des actions de riposte au VIH et au sida ne peuvent être garanties que par une réelle appropriation de la lutte par les acteurs. A l'échelle du Cameroun, ces acteurs se recrutent principalement parmi : les entités du secteur public telles que les Ministères apparentés à la santé et les Collectivités Territoriales Décentralisées, les organisations bi et multilatérales, et les acteurs communautaires.

I. Entités du Secteur public autres que le secteur santé

L'organisation de la riposte est implémentée par secteur et sous-secteur, tenant compte de leurs missions régaliennes, et des hautes prescriptions du Premier Ministre demandant aux administrations de s'impliquer dans la lutte contre le VIH, le sida et les ISTs.

Les activités menées par les secteurs au cours de l'année 2021 se résument ainsi qui suit :

- le renforcement des capacités de 3.311 personnes sur des thèmes aussi variés que la promotion des moyens de prévention des IST/VIH, la paire éducation, l'accompagnement psychosocial, le télé-conseil, la gestion de l'hygiène menstruelle, la Santé Sexuelle et de Reproduction ;
- la sensibilisation et la Communication pour le Changement de Comportement, ayant permis de toucher 54187 personnes ;
- la distribution de 1 190 869 outils de prévention, dont 1 173 800 préservatifs (1 109 119 masculins et 64 681 féminins) et 17 069 lubrifiants ;
- 11 administrations sectorielles ont organisé des activités de dépistage, ces activités ont permis de dépister 6140 personnes parmi lesquelles 54 testées positives. Dans l'ensemble des testés positifs, 43 ont pu être mis sous traitement soit un taux de mise sous TARV de 0,87%.

Le tableau ci-dessous présente les détails des résultats obtenus par les secteurs au cours de l'année 2021.

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

N°	Structures	Domaines/Activités	Résultats clés
1.	MINREX	Sensibilisation de proximité et de masse plus dépistage du VIH et des hépatites en faveur des réfugiés, du personnel	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 130 Réfugiés sensibilisés ✓ 108 Personnes touchées ✓ 866 personnes sensibilisées par porte à porte ✓ 123 Personnes dépistées dont 59 hommes et 64 femmes (04 cas positives déjà connus et déjà sous TARV) ✓ 251 stagiaires sensibilisés (dont 124 femmes et 127 hommes) ✓ 7509 préservatifs masculins, 4906 préservatifs féminins et 3756 lubrifiants distribués
2.	MINAS	<ul style="list-style-type: none"> • Planification, coordination et suivi-évaluation des activités • Prévention et mobilisation en faveur du dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 04 rencontres de planification tenues, ayant notamment permis l'élaboration participative du Plan d'action MINAS Sida 2021, et celle du plan d'action triennal (2021-2023) de lutte contre le Sida en faveur des personnes déficientes visuelles et/ou auditives (sous financement du BIT) ✓ 01 session du Groupe de Travail MINAS Sida tenue, ainsi que plusieurs rencontres de la Cellule Opérationnelle de ladite instance, ayant abouti entre autres à la production et diffusion du Rapport d'activités SIDA MINAS 2020, et la compilation des réalisations 2021 ✓ Actualisation du Groupe de Travail Permanent chargé de la coordination et du suivi-évaluation du programme de lutte contre les IST/VIH/ sida du MINAS et désignation les 10 DRAS comme Points Focaux régionaux Sida ✓ 104 activités d'IEC réalisées (causeries éducatives, sensibilisation de masse, crochets radiophoniques) dont 03 couplées au dépistage, ✓ 13.211 personnes touchées par des activités d'IEC, dont 12.164 personnes valides, 574 personnes handicapées, et 473 autres Personnes Socialement Vulnérables (personnes âgées, communautés Mbororos, des mineurs détenus ou inadaptés sociaux, des femmes réfugiées) ✓ 13 sessions de Conseil Dépistage Volontaire organisées pour 415 personnes conseillées et testées, dont 355 personnes valides (178 H et 177 F), et 60 personnes handicapées (34 H et 26 F) parmi lesquelles 06 cas déclarés VIH+ dans la région de l'Ouest

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

		<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités • Mobilisation des ressources 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ au moins 11.892 outils/matériels de prévention et d'IEC mis à disposition par les partenaires et produits par le MINAS ont été distribués/utilisés (dont 4.420 préservatifs masculins, 3.510 préservatifs féminins, 2.820 lubrifiants) ✓ 28 personnels des services centraux du MINAS, formés sur diverses thématiques liées à la lutte contre le VIH ✓ 26 responsables et promoteurs d'organisations de promotion des droits des personnes ayant une déficience visuelle (13 H et 13 F), basées dans la région de l'Est, formés à la pair éducation en contexte VIH ✓ Ressources humaines et logistiques/matérielles de 35 services (déconcentrés, opérationnels et institutions publiques spécialisées) du MINAS mobilisées dans les 10 régions ✓ 30.835.300 FCFA dépensés, dont 30.225.300 au niveau central (16.000.000 du BF MINAS et 14.225.300 du BIT) et 610.000 dans les services déconcentrés et opérationnels
3.	MINESEC	<ul style="list-style-type: none"> • Communication pour le changement de comportement (SSR)+ campagne de dépistage du VIH ; • Évaluation de la cartographie de risques et de vulnérabilité liées au VIH/SIDA et à la consommation de drogues en milieu scolaire à Kribi et à Edéa • Opération "Clean back to school 2021 – 2022" : Campagne de sensibilisation contre la COVID-19, le VIH/SIDA, les grossesses précoces, les VGB, la nutrition, l'hygiène menstruelle, l'enregistrement au U-Report, 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Environ 20 053 élèves ont été mobilisés pour le dépistage du VIH ✓ 967 testés au VIH (517 filles et 450 garçons) ✓ 05 testés positifs (02 G/02 F) référés à l'UPEC, 04 mis sous traitement ARV. ✓ 45 personnes formées dans l'offre de services SRA, prévention COVID19 et GHM ✓ 23 élèves formés en SRA, questions liées à la sexualité, le calcul du cycle menstruel dont 19 filles plus aptes à gérer leur hygiène menstruelle ✓ 19 encadreurs formés pour entretenir les élèves sur les sujets liés à la sexualité, la GHM, etc ✓ 13 filles et 05 enseignantes issues de 03 établissements ont été formées à la confection d'accessoires d'hygiène en tissu et un pool de production a été constitué ; ✓ 2312 accessoires d'hygiène en tissu produits avec le concours de l'ONG AFAIRD, soit 827 caches nez, 829 serviettes hygiéniques et 656 culottes menstruelles et mis à la disposition des 07 infirmeries scolaires ✓ 07 clubs santé scolaires équipés en matériel didactique

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

		<ul style="list-style-type: none"> vulgarisation de la ligne verte et le dépistage ciblé du VIH Lancement officiel du Mois Camerounais (17/11/2021), co-présidé par les MINSANTE et MINESEC Célébration de la JMS (1^{er} décembre 2021) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 02 spots sur le "Clean school for clean girls" produits et diffusés à la télé et à la radio (Poste national, CRTV, Canal 2 TV) ✓ Matériels de visibilité produits et distribués (1000 flyers, affiches, 1000 calendriers de poche avec calcul du cycle menstruel...) ✓ Projection du film Éducation + et sensibilisation des élèves sur le VIH par les Chefs des départements ministériels ✓ Distribution de 400 t-shirts ✓ Distribution de 20 t-shirts, 10 polos, 200 préservatifs masculin ✓ Sensibilisation du personnel du bâtiment central
4.	MINDEF	<ul style="list-style-type: none"> CCC et distribution des préservatifs Coordination et Suivi/Evaluation 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 300 000 préservatifs distribués ✓ Visite de supervision dans 20 formations sanitaires du Projet DHAPP/PEPFAR ✓ Réunions de coordination DU PROJET DHAPP/PEPFAR
5.	MINCOM	<ul style="list-style-type: none"> CCC 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 02 causeries ✓ 5000 préservatifs (2500 masculins et 2500 féminins à 113 personnes) ✓ 49 personnes dépistées (0 positifs) et 200 préservatifs masculins distribués
6.	MINPROFF	<ul style="list-style-type: none"> CCC sur le VIH, les VBG et la lutte contre la consommation des drugs et stupéfiants lors de la JIF 2021 ; Coordination, planification et Suivi et Evaluation 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Près de 10 000 femmes, jeunes filles et familles sensibilisées dans les CPFF sur la reposité pendant la JIF 2021 ✓ parlant des activités de la prévention pour lutte contre le VIH pendant le mois camerounaise 2021, les activités suivant ont été réalisées tant au niveau central que déconcentré des 10 régions, avec l'appui multiforme de la CAMNAFAW et des GTR : ✓ Plus de 370 personnels du MINPROFF des services centraux et déconcentrés basés dans le Mfoundi ont été sensibilisés à travers le porte à porte ✓ 5.800 jeunes filles apprenantes des CPFF ont été sensibilisées ✓ 177 personnes ont bénéficié de l'auto-test ✓ 4737 matériels/outils de prévention ont été dépistés (2407 préservatifs masculins, 741 féminins, 921 lubrifiants, 25 t-shirts et 250 flyers) ✓ 120 pilules de lendemain et 96 plaquettes de pilules de 21 jours, ont été distribuées ✓ 2000 préservatives et lubrifiant distribué

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ l'instance de coordination ministérielle des actions de riposte au VIH/SIDA du secteur femme et famille a été créée et 10 points focaux régionaux désignés ✓ l'élaboration du prochain plan sectoriel de lutte contre le VIH et le Sida a été inscrite dans le CDMT MINPROFF 2022-2024 Rédaction et validation de rapport pour la Contribution du Cameroun au Rapport du Secrétaire General de l'ONU sur « Les Femmes, Les Petites Filles et Le VIH/Sida de 2019-2021
7.	MINTOUL	<ul style="list-style-type: none"> • CCC et dépistage du VIH et hépatites au profit des promoteurs hôteliers, promoteurs des espaces de tourisme et de loisirs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2000 préservatifs distribués ✓ 48 promoteurs sensibilisés ✓ 01 session de la CCC tenue ✓ 01 campagne effectuée ✓ 56 promoteurs du secteur touchés lors des séances de sensibilisation
8.	MINJEC	CCC, Plaidoyer et coordination	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 06 filles formées à la gestion de l'hygiène menstruelle ✓ 70 pairs éducateurs capacités sur la prévention des IST/VIH/SIDA, compris la COVID-19 dans les CMPJ ✓ 90 acteurs locaux capacités à d'élaboration des plans d'action
9.	MINPMEESA	<ul style="list-style-type: none"> • CCC 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 500 artisans sensibilisés ✓ 105 femmes ✓ 70 personnels des services centraux
10.	MINDDEVEL	<p>Communication pour le Changement de comportement</p> <p>Coordination</p> <p>Appropriation de la lutte par les CDT</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Campagnes de sensibilisation des personnels des services centraux et déconcentrés qui disposent d'une ressource humaine non-négligeable de même qu'en direction des CTD ✓ Création de Commission Centrale de Coordination ✓ Élaboration du Plan sectoriel de lutte contre le sida (avec l'appui de l'ONUSIDA) ✓ Désignation de 25 points focaux VIH au sein des CTD
11.	MINEE	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne de sensibilisation (affiches publicitaires) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Environ 1000 personnes sensibilisées
12.	MINEFOP	<ul style="list-style-type: none"> • CCC • Coordination et Suivi/évaluation • Causerie éducative 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 01 rapport annuel 2020 transmis ✓ 01 session de la commission centrale de lutte contre le VIH tenue ✓ 10 points focaux régionaux formellement désignés ✓ 75 exemplaires du magazine 100% Jeunes distribués

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ 33 personnes dépistées ✓ 45 apprenantes des SAAR touchées lors des causeries éducatives
13.	MINMAP	<ul style="list-style-type: none"> • Campagnes de sensibilisation 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 04 activités de sensibilisation et 53 personnes dépistées avec 02 cas positifs dont 01 connu et suivi ✓ 44 personnes dépistées en avril 2021 ✓ 13 personnes dépistées en septembre
14.	MINESUP	<ul style="list-style-type: none"> • CCC et dépistage du VH • Planification, suivi et Evaluation 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La stratégie de lutte contre le VIH et le Sida au MINESUP 2020-2024 valide et adopte par le MINESUP ✓ Formation des pairs éducateurs (25) sur les IST, le VIH et le sida en contexte COVID à l'ENSTP Yaoundé ✓ 01 séminaire de formation des Chefs de Services de l'Action Sociale des Universités d'Etat et des IPES (10 personnes formées)
15.	MINSEP	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination, Planification et Suivi/Evaluation • CCC 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ le rapport annuel 2020 est produit ✓ le plan d'action 2021 est produit ✓ 12 points focaux locaux et régionaux désignés (10 régionaux, 1 INJS et 1 PAPOSY) ; -Rapport de la CCC sur la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA au MINSEP disponible - Personnel sensibilisé sur les comportements à risque et le VIH chez les enfants et adolescents -Matériel d'IEC produits et diffusés via les médias, réseaux sociaux et d'autres moyens de communication
16.	MINPOSTEL	<ul style="list-style-type: none"> • CCC 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 01 Causerie éducative ✓ 157 personnes touchées ✓ 500 préservatifs masculins distribués
17.	MINCOMMERCE	<ul style="list-style-type: none"> • CCC Suivi et Evaluation 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 01 enquête menée dans certaines structures hospitalière pour s'assurer de la gratuité des ARV (20 personnes enquêtées) ✓ 600 personnels (des services centraux, de la Délégation Régionale du Centre et de la Délégation Départementale du Mfoundi) touchées lors des 02 causeries éducatives ✓ 400 préservatifs masculins et 100 préservatifs féminins distribués

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

18.	MINEPAT	CCC	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 16 participants à la table ronde avec les pairs éducateurs sur le thème du Mois Camerounais contre le sida ✓ 511 personnes touchées lors de la campagne 01 Campagne de sensibilisation de groupe, de proximité et communications éducatives du VIH dans les services centraux et déconcentrés du MINEPAT ✓ 5373 préservatifs masculins et 109 préservatifs féminins distribués ✓ 258 dépliants et 358 lubrifiants distribués ✓ 76 magazines 100% Jeunes distribués ✓ 10 affiches et 02 affiches utilisées ✓ 61 personnes dépistées (03 positifs)
19.	MINEPIA	<ul style="list-style-type: none"> • Réorganisation de la Commission Centrale de Coordination • Réunion préparatoire à la participation du MINEPIA aux activités du Mois Camerounais 2021 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Décision constatant la réorganisation de la Commission Centrale de Coordination signée en février 2021 ✓ Correspondance relative à la désignation des Points Focaux Régionaux signée en mars 2021 ✓ Chronogramme des activités sectorielles adopté

II. Les collectivités territoriales décentralisées

Depuis 2018, le soutien technique et financier de l'ONUSIDA a permis au Cameroun d'être enrôlé dans l'Initiative fast Track Cities qui vise l'accompagnement des CTD pour une réelle appropriation de la lutte contre le VIH. Depuis lors, les communes de Yaoundé et Douala bénéficient d'un accompagnement pour la lutte contre le VIH à travers notamment le renforcement des capacités des responsables, le plaidoyer, la mise en place d'une plateforme de coordination et d'un système de SE.

Au terme de l'année 2021, les résultats suivants ont été obtenus par les mairies ;

- ✓ 137 acteurs dans les différentes communes de la ville de Yaoundé ont bénéficié des formations sur différentes thématiques comme les moyens de préventions du VIH/IST ;
- ✓ 19 816 personnes ont été sensibilisées par les CTD, dont 16 316 par les communes de la région du centre (07 communes de la ville de Yaoundé, commune d'Ayos et commune de NGOG-MAPUBI) et le reste dans les régions de l'Ouest, du Sud, du Littoral ;
- ✓ 43 747 préservatifs masculins et féminins ont été distribués par les communes de Yaoundé.

Le tableau ci-dessous présente les activités détaillées menées par les CTD

Tableau 62 : activités des CTDs en 2021

Activités	Acteurs des CTD	Partenaires de MEO	Résultats Obtenus
Insertion de la lutte contre le VIH SIDA dans le Plan Communal de Développement	CAY5	CNLS	39 Conseillers Municipaux sensibilisés
Élaboration des demandes de matériels aux structures techniques	CAY5	ONUSIDA, CAMNAFAW, CNLS, ACMS	Obtention du matériel de sensibilisation de lutte contre le VIH SIDA et autres
Participer à la conférence sur le SIDA à Lisbonne au Portugal	CAY 1, CAY 2, CAY 3, CAY 4, CAY 5, CAY 6 CAY 7,	IAPAC	2 500 000 Visioconférence
Causerie éducative	CUY, CAY 3	DASCS et un personnel de santé de la mairie, HDE	320 personnes sensibilisées 600 Personnes
Campagne de sensibilisation et de porte à porte du personnel et des commerçant	CUY, CAY 3, CAY 2, CAY 5, CAY 6, FEICOM	DASCS et un personnel de santé de la mairie, MINPROFF, DS cité verte CNLS ACMS, MINAS, MINE FOP	550 personnes sensibilisées 65 personnes sensibilisées, 10 personnes dépistés 3000 femmes sensibilisés 1500 femmes
Recrutement d'un consultant pour la sensibilisation des	CUY	BM, CNLS, OSC	01 consultant retenu et 27 OSC références

Activités	Acteurs des CTD	Partenaires de MEO	Résultats Obtenus
Création d'un comité de santé et d'hygiène	CUY	CNLS. Hôpitaux	8 membres retenus
Création d'un service de la promotion de la santé communautaire	CAY 3	COSADI	Fonctionnel
Création d'un comité chargé de la lutte contre le VIH dans l'Arrondissement	CAY 5, CAY 6	CNLS	Création de l'équipe focale en charge de la lutte contre le VIH SIDA (en cours)
Caravane urbaine de la riposte du VIH dans les marchés de la ville de Yaoundé	CUY	CUY, MINSANTE, CNLS, MINAS, MINPROFF, MINDDEVEL	7200 préservatifs distribués au sein de la commune et dans les marchés de la ville
Élaboration un plan sectoriel de lutte contre le SIDA dans les CTD	MINDDEVEL	ONUSIDA	Doter les CTD d'un instrument de riposte contre le VIH
Réunion trimestrielle de coordination du projet Fast Track Cities d'ONUSIDA dans les 07 municipalités de la Ville de Yaoundé	CVUC, CAY 7, CAY 6 FEICOM	ONUSIDA 07 Communes villes de Yaoundé	Les communes sont informées sur le plan d'action d'ONUSIDA et sur l'élaboration des plans communaux de lutte contre le VIH
Recrutement d'un consultant et l'élaboration des plans d'action communaux VIH dans les 07	CVUC	ONUSIDA	Draft du plan d'action communal du VIH finalisé
Validation des Fast sheet des communes de la ville de Yaoundé et du pays à Mbalmayo	CAY 6	CNLS, ONUSIDA,	Élaboration du plan d'action 2022
Remise de 300 kits scolaires aux enfants bénéficiaires sur 10 000 kits distribués	CAY 5	UNICEF, DIASPORA	300 Enfants bénéficiaires des kits scolaires

Source : Rapport annuel activité de lutte contre le VIH des CTD, 2021

III. Organisations bi et multilatérales

Les organisations multilatérales interviennent dans la lutte contre le VIH et les IST, davantage comme partenaires techniques et financiers, chacune dépendamment de ses missions. Les fonds mobilisés par ces dernières sont mis à la disposition des acteurs locaux (État, secteur privé, organisation de la Société civile) pour la mise en œuvre des interventions.

S'agissant des partenaires bilatéraux, les principaux qui accompagnent le Cameroun dans la lutte contre le VIH sont le gouvernement américain à travers les fonds PEPFAR, et le gouvernement français. Ces pays opèrent à travers leurs agences que sont DOD, CDC, USAID et Peace-corps pour le Gouvernement américain, et Expertise France pour ce qui est du gouvernement Français.

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

Ces pays contribuent par ailleurs à la reconstitution des ressources du Fonds Mondial dont est bénéficiaire le Cameroun pour la lutte contre le sida.

Pour l'année 2021, leur appui multiforme a porté sur pratiquement tous les domaines de la lutte tel que présenté de manière non exhaustive dans le tableau ci-dessous.

Tableau 63 : activités des organisations bi et multilatérales en 2021

N	Partenaires	Domaines d'interventions appuyés	Zones géographique couvertes et partenaires de mise en œuvre
1	ONUSIDA	<ul style="list-style-type: none"> Planification et suivi et Evaluation : Estimation VIH, GAM Assistances Techniques au programme National Prevention du VIH chez les populations clés Appropriation de la lutte par les communes (Fast track cities) 	Niveau Central Communes rurales- Communautés Urbaine
2	OMS	<ul style="list-style-type: none"> Assistances techniques Surveillance : Surveillance basée sur les cas 	Sites pilotes (Ouest,) CNLS
3	ONUFEMME	Appropriation de la lutte par les leaders religieux	CNLS ; OSC
4	BID	<ul style="list-style-type: none"> Prévention de la Transmission verticale du VIH Prise en charge Pédiatrique Renforcement des interventions communautaires 	6 régions, 32 Districts
			Niveau Central
5	Global Funds	Prevention, prise en charge, PTME, HMIS, GAS, Coordination, RSS	National, régional, district, FOSA, communauté
Organisations bilatérales			
		Prevention du VIH et Prise en charge auprès des hommes en tenue	Toutes les régions Niveau Central
1	Gouvernement américain	Prise en charge adulte, Renforcement de la sensibilisation et du dépistage, Informations stratégiques, laboratoire, PTME, accélération du diagnostic et de la Prise en charge Pédiatrique	
		Prevention populations clés	
2	Gouvernement Français (Expertise France)	Assistance technique	Niveau Central

Source : Rapports annuel PTF 2021

IV. Les acteurs communautaires

a) Confessions religieuses

Les activités mises en œuvre par les confessions religieuses au cours de l'année 2021 étaient orientées vers sensibilisation. Le renforcement de la communication pour le changement de comportement par les confessions religieuses a été mis en œuvre à travers les séances d'information, les causeries éducatives, des communications sur le VIH lors des prêches dans les lieux de culte (églises, mosquées et congrégations), l'intensification de la communication, et les sensibilisations, l'EVA (Éducation à la Vie et l'Amour), l'EVF/EMP/VIH-sida (Éducation à la vie familiale en matière de population).

L'organisation de ces activités de sensibilisation a permis de toucher 65 439-adolescents et jeunes, par le biais de 14.636 sessions de **Séances de CE, communications et SI organisées** ; ainsi qu'il ressort du tableau ci-après.

Tableau 64 : Séances CE, SI et communications par les confessions religieuses

	Séances de CE, communications et SI organisées	Nombre de sessions organisées
1	En communauté	6105
2	Dans les écoles et universités confessionnelles	875
3	Communications faites sur le VIH lors des prêches dans les églises, mosquées et congrégations	7525
4	Émission de sensibilisation	104

Source : Rapport Annuel OSC 2021

b) ONG et organisations à base communautaire

La contribution des ONG et autres OBC à la lutte contre le VIH, au cours de l'année 2021, est résumée dans le tableau ci-après ;

Tableau 65 : contribution des organisations à base communautaires au cours de l'année 2021

Organisations	Domaine/activités et partenaires de mise en œuvre
CHP	<p>Le Projet Fonds Mondial NFM IP 3 : CHP intervient dans ce projet en tant que sous-bénéficiaire auprès de la Cameroon National Association for Family Welfare (CAMNAFAW), pour la mise en œuvre des activités de prévention et de prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) auprès des populations clés et vulnérables.</p> <p>Le projet « HIV-FREE » dans la région de l'Ouest dans le cadre du Consortium CBCHB pour la mise en œuvre projet « Accroître la couverture et améliorer la qualité de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) dans les Formations sanitaires et au sein de la communauté, en appui au déploiement des services de l'option B + dans les régions du Littoral, du Centre et de l'Ouest Cameroun dans le cadre du Plan Présidentiel d'Urgence de Lutte contre le Sida (PEPFAR) ».</p>

	Le projet Continuum of Prevention, Care, and Treatment (CoPCT) for HIV/AIDS with Most-at-risk Populations (CHAMP-Cameroon) financé par USAID.
<p style="text-align: center;">Care Projet CHAMP</p>	<p>Communication pour le changement de comportement : 33,115 KP ont été atteints dans les hotspots, 15,315 KP ont été atteints via les Chill-ins et 8,187 ont été atteints en ligne</p> <p>Mise en œuvre de l'auto test : 9,306 KP qui ont reçu des kits de test et dont nous avons fait le suivi, un total de 264 étaient réactifs</p> <p>Prophylaxie pre-exposition : En 2021, la sensibilisation et mobilisation des populations clés (KP) a permis de mettre 2,049 KP sous PrEP parmi lesquels 44.3% étaient de TS</p> <p>Violence basée sur le genre : 9 209 ont bénéficiés de la prise en charge de la violence basée sur les cas dont 95% MSM et TS</p>

CHAPITRE 8 : MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES LIEES 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, le Gouvernement américain à travers les fonds PEPFAR.**

Les fonds inscrits au budget annuel de la riposte au VIH pour le compte de l'exercice 2021 répondent aux besoins présentés dans le plan stratégique national 2018-2022 par résultats d'impact. Les interventions soutenues par ces bailleurs doivent être suffisamment spécifiques pour être intégrées dans les procédures globales de planification et d'établissement des budgets.

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. Mais cependant la réglementation camerounaise permet d'intégrer dans les accords de financement, des dispositions permettant au CNLS de prendre en compte, dans ses procédures

(manuel de procédure), les exigences de chaque bailleur de fonds en matière de gestion et de reporting financier.

L'année 2021 marque 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 18 décembre 2020.

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 revisité offre notamment :

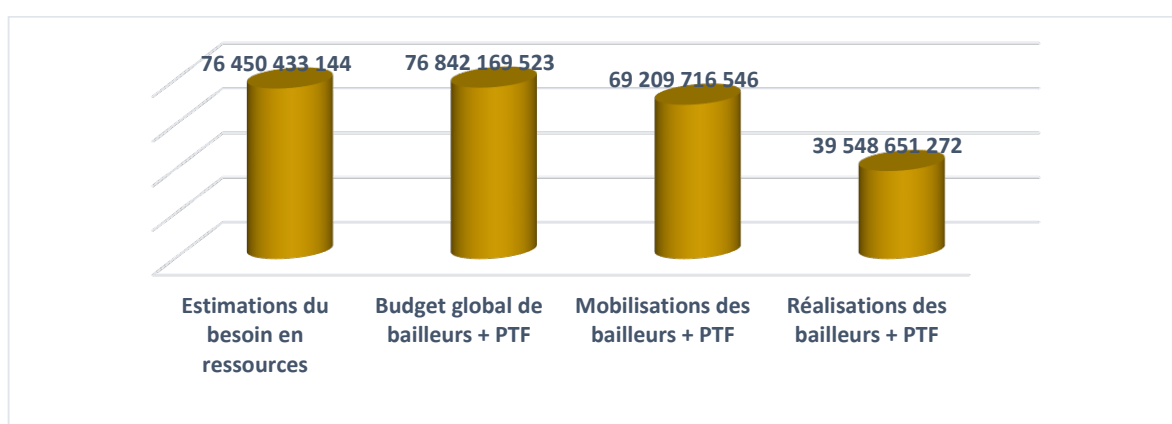
- Un cadre formel de gestion et d'exécution des opérations ;
- Des conditions de garantie de la transparence des opérations, de l'efficacité et de l'efficacité des activités de lutte contre le SIDA, la tuberculose, le paludisme et la covid-19 ;
- Les directives nécessaires à la production d'une information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

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 :

Code	Rapport	Baillleur de fonds	Périodicité
1	Rapport Financier trimestriel	Fonds Mondial	Trimestriel
2	Progress update and disbursement Report (PUDR),	Fonds Mondial	Semestriel
3	APR : Annual Progress report)	PEPFAR	Annuel
4	FFR (Federal Financial Report)	PEPFAR	Annuel
5	Rapports d'utilisation des fonds	Partenaire techniques et financiers	A la clôture de la période de mise en œuvre

I.1. Paysage financier de la riposte au VIH de l'exercice 2021

Pour le compte de l'exercice 2021, le paysage financier de la riposte contre le VIH/SIDA et les IST se présente comme suit :



I.2. Estimation des besoins en ressources financières

Le besoin national en ressources financières de l'exercice 2021 tel que prévu par le Plan Opérationnel 2021-2023 du plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le VIH/SIDA se chiffre à la somme de 76 450 433 144 FCFA. Ce besoin découle des objectifs que s'est fixé le Cameroun d'ici à 2023 et qui se mesurent en matière d'impact, d'effets et de produits. Le tableau suivant présente l'estimation des ressources financières nécessaires en 2021.

Tableau 66: Estimation budgétaire de 2021 par résultat d'impact

N°	BUDGET RESUME PAR RESULTAT D'IMPACT	MONTANT
1	Résultat d'impact 1 : les nouvelles infections sont réduites de 60% d'ici à 2022	8 999 980 796
2	Résultat d'impact 2 : d'ici 2022, la mortalité liée au VIH est réduite de 70%	24 389 560 748
3	Résultat d'impact 3 : d'ici 2022 la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH est améliorée de 50%	30 329 459 300
4	Résultat d'impact 4 : d'ici 2022, la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé de 50%	12 631 432 300
5	Cout de gestion	100 000 000
TOTAL		76 450 433 144

Source : Plan Opérationnel du Plan stratégique National de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2021-2023

I.3. Inscriptions budgétaires

Pour œuvrer à l'atteinte des différents résultats d'impact présentés par le plan opérationnel, le pays a bénéficié pour le compte de l'exercice 2021 de la contribution d'une multitude de partenaires en plus des ressources gouvernementales.

I.3.1. Inscriptions budgétaires de l'exercice des bailleurs de fonds (fonds mondial, Pefar, fcp...)

Le budget total des fonds inscrits pour l'exercice 2021 est reparti dans le tableau ci-dessous tel que suit :

Tableau 67: Répartition des inscriptions budgétaires par bailleur de fonds

N°	Source de financement	Montant Budgétisé en Fcfa (1)
1	Etat_FCP du Fonds Mondial	3 600 000 000
2	Fonds Mondial _CNLS	28 313 342 245
3	Fonds Mondial _CAMNAFAW	7 095 941 473
4	PEPFAR_PMLS	22 152 912 660
	TOTAL	61 162 196 378

Source : CMR-H-MOH1980 détails budget, Mémoire de dépenses FCP 2021, Etats financiers CAMNAFAW 2021, PEPFAR CAMEROON COP20.

I.3.2. Inscriptions budgétaires de l'exercice 2021 des sectorielles, des partenaires techniques et financiers

Dans le cadre de la ripostee pays bénéficie de la contribution d'une multitude de partenaires à côté des ressources gouvernementales. Les partenaires techniques et financiers interviennent également dans plusieurs domaines notamment : la prévention, le conseil et le dépistage, les soins et le traitement, les droits humains et la stigmatisation, la coordination.

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

Le tableau ci-dessous indique quelques contributions déclarées au cours de l'année :

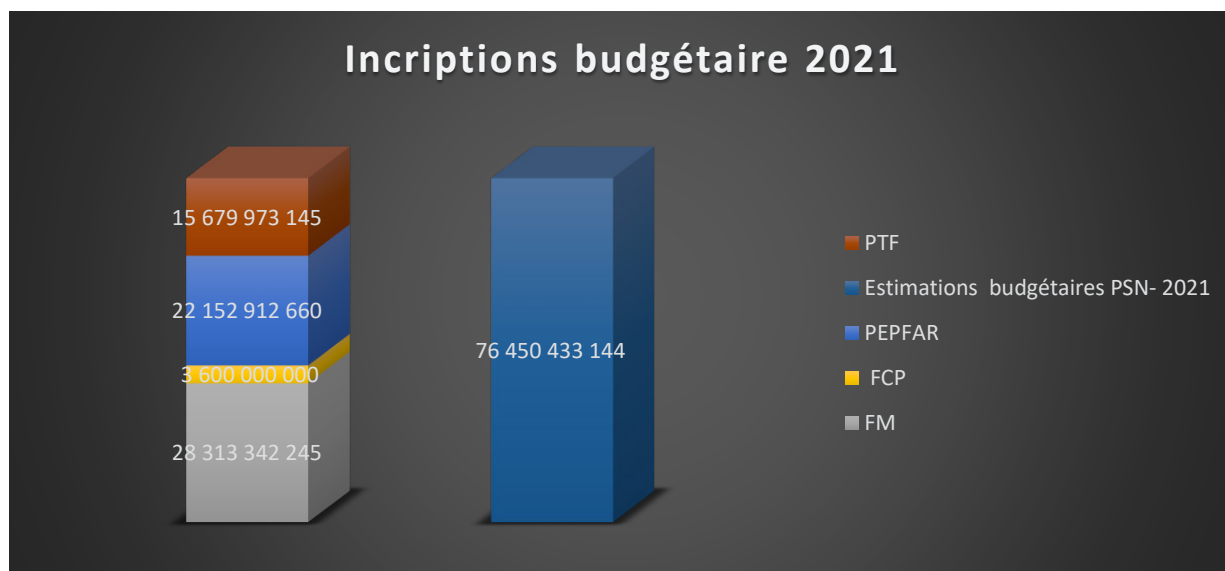
N°	Financement	Montant budgétisé	IP
1	BIT	13 153 800	MINAS, MINTSS
2	Grant BID	5 355 501 920	PETVISIDAME
3	ONUSIDA	36 951 051	Horizons femmes, Empower, Tranamical, CVUC et 7 Communes Yaoundé, MINDEVEL
4	UNITAID	670 353 560	ACMS
5	KFW (OCEAC)	2 246 837 238	ACMS
6	SIDACTION	3 507 500	HORIZON FEMME
7	FONDATION DE France	1 419 000	HORIZON FEMME
8	ETAT	83 310 000	MINREX, MINEPAT, MINAS, MINTSS, MINEPAT, MINCOMMERCE
9	Ressources internes	15 000 000	MINEPAT
10	Ressources internes	3 000 000	MINCOMMERCE
11	Ressources internes	15 000 000	MINREX
12	Ressources internes	16 000 000	MINAS
13	BIT	10 603 800	MINAS
14	Ressources internes	1 710 000	MINPOSTEL
15	ONUSIDA	0	MINDEVEL
16	Ressources internes	0	MINTSS
17	BIT	0	MINTSS
18	Ressources internes	0	MINPROFF
19	Ressources internes	25 000 000	MINESUP
20	Ressources internes	1 600 000	MINCOMM
21	KFW, UNAID	7 095 930 639	ACMS
22	IPPF	10 817 693	CAMNAFAW
23	MINREX	5 395 000	MINREX
24	FONDATION DE FRANCE	2 730 000	FONDATION DE FRANCE
25	EXPERTISE	5 000 000	EXPERTISE
26	RéCAJ+	3 000 000	RéCAJ+
27	MINEPAT	3 760 000	MINEPAT
28	ONUSIDA	27 627 371	ONUSIDA
29	ONUFEMME	5 000 000	ONUFEMME
30	SIDACTION	365 000	SIDACTION
31	GOUVERNEMENT	855 000	GOUVERNEMENT
32	KFW/ OCEAC	20 544 573	KFW/ OCEAC
33	Les communautaires		
TOTAL		15 679 973 145	

Source : Rapport annuel 2021 des PTFs, IsDB-UNICEF-Cameroon_Progress Report_2021

Il est important de signaler que le montant inscrit comme budget pour le compte de la BID ne prend en compte que les réalisations de l'exercice 2021, compte tenu de la difficulté de répartir l'enveloppe globale du projet (soit 20 899 553 737 FCFA pour les 04 ans) par année.

Toutefois il est important de signaler que les fonds mentionnés dans ce chapitre ne sauraient être exhaustifs.

La représentation ci-dessous peut être faite :



I.4. Inscriptions effectivement mobilisées

I.4.1. Financements effectivement mobilisés de l'exercice Par les bailleurs de fonds (fonds mondial, Pefpar, fcp...)

De manière globale, les financements effectivement mobilisés pour le compte de l'exercice 2021 pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/Sida que nous avons pu capter à date s'élèvent à **57 459 682 068 FCFA**. Les différents bailleurs de fonds ainsi que le montant de leurs contributions sont présentés dans le tableau ci-dessous :

N°	Source de financement	Montant Budgétisé en Fcfa (1)	Montant effectivement mobilisé en Fcfa (2)	Ecart (1-2)	% de Mobilisation
1	Etat_FCP du Fonds Mondial	3 600 000 000	3 600 000 000	0	100%
2	Fonds Mondial CNLS	28 313 342 245	28 462 235 957	-148 893 711,6	101%
3	Fonds Mondial CAMNAFAW	7 095 941 473	3 244 533 451	3 851 408 022	46%
4	PEPFAR PMLS	22 152 912 660	22 152 912 660	0	100%
	TOTAL	61 162 196 378	57 459 682 068	3702514310	

Source : CMR-H -MOH1980 détails budget, Mémoire de dépenses FCP 2021, Etats financiers CAMNAFAW2021, PEPFAR CAMEROON COP20.

La représentation suivante peut être faite afin d'illustrer la mobilisation des financements par le pour le compte de l'exercice 2021 :

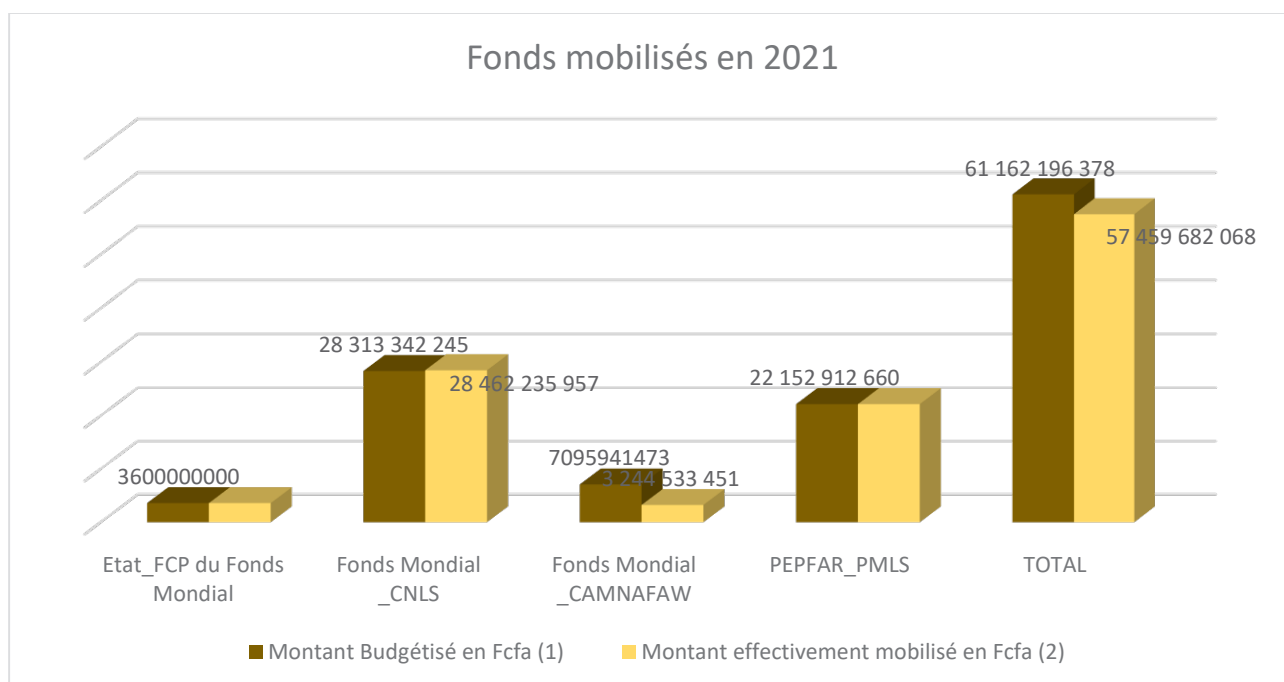


Figure : cascade des fonds mobilisés en 2021

➤ *Nature des fonds mobilisés par le fonds Mondial*

On observe que le financement du Fonds Mondial (pour le CNLS et de la CAMNAFAW) est à 70% dédié à l'achat des médicaments et intrants, tests et MIO, 30% du financement est décaissé aux PR pour la mise en œuvre des activités au niveau du pays.

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

N°	Nature du décaissement	Total Montants décaissés par Rubrique	%
1	Décaissements effectués directement par le Fonds mondial au profit des PRs	9 522 910 159	30%
2	Décaissement direct aux agences d'achat de médicaments et intrants	22 183 859 367	70%
	Total Montants décaissés	31 706 769 526	

➤ *Nature des fonds mobilisés par les fonds de contrepartie*

L'exercice 2020 marquait l'opérationnalisation du compte unique : « **Basket-Fund** » dédié aux fonds de contrepartie des projets à financement conjoint entre le Cameroun et ses différents Partenaires Techniques et Financiers. Il s'agissait en fait de résoudre le problème de disponibilité des fonds de contrepartie à temps tel que stipulé dans les accords-cadres avec les bailleurs de fonds.

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

Au cours de l'exercice 2021 les fonds mis à la disposition du CNLS se chiffrent à 3 600 000 000 FCFA. Ce montant se décline en diverses rubriques de dépenses déclinées dans le mémoire de l'exercice 2021. Ce tableau ci-dessous présente ces différentes catégories :

Projet	Bailleur	Détails des opérations par rubriques	Montant validé(en FCFA)
Programme National de Lutte contre le Sida	FCP	DEPENSES DE FONCTIONNEMENT	
		DEPENSES COURANTES (engagements provisionnel)	
		Acquisitions des ARV de 1ere, 2 ^{ème} et 3 ^{ème} ligne	3 079 782 750
		Primes du personnel non pris en charge par le fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme	265 379 360
		Communication, mobilisation, sensibilisation et dépistage du VIH en direction des jeunes par leurs pairs lors des vacances (campagnes vacances sans SIDA)	50 000 000
		Production et distribution des outils de collecte des données	100 000 000
		Charges patronales	9 000 000
		SOUS TOTAL 1	3 534 932 110
		GROUPE 2	
		Elaboration des rapports des réponses sectorielles, communautaire, PTME et santé au VIH SIDA	55 087 890
		Production et distribution des rapports des réponses sectorielles, communautaire, PTME et santé au VIH/SIDA (rapport annuel)	4 990 000
		SOUS TOTAL 2	60 077 890
		TOTAL DEPENSE DE FONCTIONNEMENT (SOUS TOTAL 1+ SOUS TOTAL 2)	3 595 010 000
		OPERATIONS D'INVESTISSEMENT	
		Réhabilitation d'un bloc toilettes du bâtiment principal du GTC/CNLS	4 990 000
		SOUS TOTAL 3	4 990 000
		Total (1+2+3)	3 600 000 000

Source : Mémoire de dépenses FCP 2021

L'utilisation de ce compte unique permet ainsi de centraliser tous les fonds de contrepartie, afin de garantir un meilleur financement des projets de développement et d'assurer une disponibilité permanente des fonds de contrepartie.

Ce tableau ci-dessous traduit la mobilisation annuelle des Fonds de contrepartie depuis l'exercice 2015 :

EXERCICE BUDGETAIRE	MONTANT BUDGETISE	MONTANT MOBILISE PAR LE TRESOR PUBLIC	MONTANT RESTANT ATTENDU
2015	5 014 800 000	550 000 000	4 464 800 000
2016	9 900 000 000	8 266 994 506	1 633 005 494
2017	4 901 294 666	4 901 294 666	0
2018	3 770 000 000	3 779 684 767	-9 684 767
2019	3 002 256 000	3 002 256 000	0
2020	4 000 000 000	4 000 000 000	0
2021	3 600 000 000	3 600 000 000	0
Total	34 188 350 666	28 100 229 939	6 088 120 727

Figure : Mobilisation des fonds de contrepartie depuis 2015

Source : Bon de tirage, Pairie Minsante.

➤ **Nature des fonds mobilisés par pepfar**

Les financements mobilisés par PEPFAR pour le compte de l'exercice 2021 se déclinent comme suit :

N°	Code	Libellé	Montant
1	MTCT	Transmission Mère à enfant	699 973 000
2	HVOP	Autre prévention sexuelle	146 246 420
3	HVCT	Conseil et dépistage	1 865 589 720
4	HBHC	Soins et soutien aux adultes	741 394 280
5	PDCS	Soins et soutien pédiatriques	916 793 240
6	HKID	Orphelins et enfants vulnérables	1 172 022 820
7	HTXS	Traitement adulte	10 648 377 180
8	HTXD	Médicaments ARV	784 143 760
9	PDTX	Traitement pédiatrique	699 973 000
10	HVTB	Soins TB/VIH	406 000 000
11	HVSI	Informations stratégiques	40 544 900
12	OHSS	Renforcement des systèmes de santé	580 047 560
13	HVMS	Gestion et opérations	3 451 806 780
	TOTAL		22 52 912 660

I.4.2. Financement effectivement mobilisés par les sectorielles et les partenaires techniques et financiers au 31 décembre 2021

L'intégralité des fonds effectivement mobilisés conformément aux financements inscrits aux budgets de la plupart des administrations, des organisations de la société civile qui interviennent dans la lutte contre le VIH/Sida au titre de l'exercice 2021 ne sont pas prises en compte.

Nous aurons donc :

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

N°	Financement	Montant budgétisé	Montant Mobilisés	IP
1	BIT	13 153 800	13 153 800	MINAS, MINTSS
2	BID	5 355 501 920	5 355 501 920	PETVISIDAME
3	ONUSIDA	36 951 051	36 951 051	Horizons femmes, Empower, Tranamical, CVUC et 7 Communes Yaoundé, MINDEVEL
4	UNITAID	670 353 560	670 353 560	ACMS
5	KFW (OCEAC)	2 246 837 238	2 246 837 238	ACMS
6	SIDACTION	3 507 500	2 631 500	HORIZON FEMME
7	FONDATION DE France	1 419 000	484 500	HORIZON FEMME
8	ETAT	83 310 000	82 610 000	MINREX, MINEPAT, MINAS, MINTSS, MINEPAT, MINCOMMERCE
9	Ressources internes	15 000 000	15 000 000	MINEPAT
10	Ressources internes	3 000 000	3 000 000	MINCOMMERCE
11	Ressources internes	15 000 000	15 000 000	MINREX
12	Ressources internes	16 000 000	16 000 000	MINAS
13	BIT	10 603 800	10 603 800	MINAS
14	Ressources internes	1 710 000	1 710 000	MINPOSTEL
15	ONUSIDA	0	0	MINDDEVEL
16	Ressources internes	0	0	MINTSS
17	BIT	0	0	MINTSS
18	Ressources internes	0	0	MINPROFF
19	Ressources internes	25 000 000	25 000 000	MINESUP
20	Ressources internes	1 600 000	900 000	MINCOMM
21	KFW, UNAID	7 095 930 639	3 125 063 599	ACMS
22	IPPF	10 817 693	4 764 136	CAMNAFAW
23	MINREX	5 395 000	5 395 000	MINREX
24	FONDATION DE FRANCE	2 730 000	2 330 430	FONDATION DE FRANCE
25	EXPERTISE	5 000 000	7 000 000	EXPERTISE
26	RéCAJ+	3 000 000	680 000	RéCAJ+
27	MINEPAT	3 760 000	3 760 000	MINEPAT
28	ONUSIDA	27 627 371	27 627 371	ONUSIDA
29	ONUFEMME	5 000 000	6 000 000	ONUFEMME
30	SIDACTION	365 000	277 000	SIDACTION
31	GOUVERNEMENT	855 000	855 000	GOUVERNEMENT
32	KFW/ OCEAC	20 544 573	20 544 573	KFW/ OCEAC
	TOTAL	15 679 973 145	11 700 034 478	

Source : Rapport annuel 2021 des PTFs, IsDB-UNICEF-Cameroon_Progress Report_2021

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

Il est important de relever que certains partenaires nationaux et internationaux interviennent également dans la prise en charge du VIH et Sida au niveau des communautaires. Les associations bénéficiaires sont reconnues par l'Etat du Cameroun dans la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale de lutte contre le SIDA et autres pathologies. A ce titre elles bénéficient des subventions et appuis multiples de l'Etat et partenaires internationaux en fonction des priorités et du montant global de l'enveloppe disponible.

Le montant mobilisé déclaré par ces derniers pour le compte de l'année 2021 se détaille comme suit :

N°	DESIGNATION	OBJET DE LA SUBVENTION SOLLICITEE	MONTANTS OCTROYES EN 2021
1	Cercle de ressource et d'animation pour sourds	Jouer le rôle d'interface entre la DRSP/EST et les autres associations de la région	3 000 000
2	Association des jeunes pour le développement d'ILONGE/Malimba	Campagne de sensibilisation sur le Paludisme et le VIH	4 000 000
3	Association camerounaise pour le marketing social, la promotion de la santé et le développement communautaire	Jouer le rôle d'interface entre la DRSP/AD et les autres associations de la région	3 000 000
TOTAL			10 000 000

Source : Rapport annuel 2021 des PTFs

I.5. Réalisation au 31 décembre 2021

Les réalisations que nous allons présenter dans ce rapport concernent premièrement, les activités réalisées par le CNLS en tant qu'entité de mise en œuvre, ensuite par la CAMNAFAW et enfin par les partenaires techniques.

I.5.1 Réalisations du PR-CNLS au 31 décembre 2021

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

I.5.1.1 Réalisations au 31 décembre 2021 du projet NFM3 du CNLS

Les réalisations de l'exercice 2021 relatives aux activités et prestations, se chiffrent à **24 359 776 186 FCFA** et sont répertoriés dans le tableau suivant par groupe de couts :

Code	Libellés	Budget	Dépenses réelles	Ecart	% Exc
1	Ressources humaines (RH)	2 779 363 985	2 637 765 203	141 598 781	95%
2	Coûts liés aux déplacements (Voyages)	1 908 014 240	1 313 552 543	594 461 697	69%
3	Services professionnels externes (SPE)	422 048 421	64 999 805	357 048 616	15%
4	Produits de santé - produits pharmaceutiques	15 798 372 638	12 474 273 058	3 324 099 580	79%
5	Produits de santé - produits non pharmaceutiques	2 833 044 408	4 076 581 154	- 1 243 536 746	144%
6	Produits de santé - équipement	319 818 395	585 925 623	- 266 107 228	183%
7	Coûts de gestion des achats et des stocks (GAS)	3 747 469 006	2 681 857 298	1 065 611 708	72%
8	Équipement non sanitaire	40 966 836	29 549 910	11 416 926	72%
9	Support de communication et publications	33 348 750	15 313 000	18 035 750	46%
10	Coûts indirects et frais généraux	334 895 877	395 576 991	- 60 681 114	118%
11	Paieement aux résultats	96 000 000	84 381 601	11 618 399	88%
TOTAL		28 313 342 555	24 359 776 186	3 953 566 369	

Source : Données comptables TOM2PRO au 31 décembre 2021

Plusieurs raisons justifient différents taux de réalisations observés au courant de l'exercice 2021 notamment :

- Les commandes anticipées des intrants de l'exercice 2022 au cours de l'année 2021 afin de couvrir les besoins en test et en réactifs de labo sur le plan national ;
- L'absence de paiement de toutes les factures DHIS2, la plupart des factures DHIS2 sont arrivées en 2022 ;
- La budgétisation insuffisante de certaines activités qui ne facilitent pas leur mise en œuvre ;
- Le lump sum relatif au paiement de la distribution et du stockage des produits pharmaceutiques pour les zones en crise n'a pas été effectif en 2021, le budget détaillé n'était pas encore validé, il sera soumis pour approbation au FM en 2022.

I.5.1.2 Réalisations des FCP du projet NFM3 du CNLS

Tableau 68: CNLS Fonds de contrepartie-tableau des réalisations au 31 décembre 2021

Code	Libellés	Budget	Réalisations	Exec (%)
1	Acquisition des ARV de 1ere ,2ème et 3ème ligne	3 079 782 750		0%
2	Primes du personnel non pris en charge par le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme	265 379 360		0%
3	Communication, mobilisation, sensibilisation et dépistage du VIH en direction des jeunes par leurs paires lors des vacances (campagnes vacances sans SIDA)	50 000 000	30 834 000	62%
4	Communication, mobilisation, sensibilisation et dépistage du VIH lors du mois Camerounais et la Journée Mondiale de lutte contre le SIDA	100 000 000	75 850 159	76%

Code	Libellés	Budget	Réalisations	Exec (%)
5	Production et distribution des outils de collecte des données	30 770 000	0	0%
6	Charges patronales	9 000 000	0	0%
7	Elaboration des rapports des réponses sectorielle, communautaire, PTME et santé au VIH/SIDA	55 087 890	11 562 600	0%
8	Production et distribution des rapports des réponses sectorielle, communautaire, PTME, et santé au VIH/SIDA (rapport annuel du CNLS)	4 990 000	4 990 000	0%
9	Réhabilitation d'un bloc toilettes du bâtiment principal du GTC/CNLS	4 990 000	0	0%
	TOTAL	3 600 000 000	126 631 672	4%

Source : Compte d'emploi FCP au 31 décembre 2021

Plusieurs raisons justifient le faible taux de réalisations des fonds de contrepartie observée au courant de l'exercice 2021 notamment :

- La difficulté pour la CENAME de passer désormais les commandes à plus de 250 millions de FCFA ;
- La perte de confiance avec les fournisseurs de la CENAME qui réclament leurs anciennes dettes ;
- La validation préalable des montants dus par les impôts avant la demande de prise en charge par le MINEPAT et paiement ;
- Certaines régions n'ont pas encore déposé leurs rapports pour la campagne vacances sans sida de l'exercice 2021 ;
- Le retard observé dans la signature, de l'arrêté du Premier Ministre expliquant des niveaux de primes à payer au personnel fonctionnaire.

I.5.1.3 Réalisations du Projet PEPFAR au 31 décembre 2021

Les réalisations que nous présenterons dans ce paragraphe concernent uniquement le projet PEPFAR du CNLS, les données financières, de 90% des fonds alloués par PEPFAR à travers les agences du gouvernement américain ne sont pas pris en compte.

Tableau 69: Réalisations PEPFAR 2021 du CNLS

Code	Libellé	Budget	Réalisations	Budget
1	HIV TREATMENT	407 603 350	359 587 675	88%
2	PROGRAM MANAGEMENT	92 291 650	80 797 200	88%
3	STRATEGIC INFORMATION	217 855 000	216 569 655	99%
	Total	717 750 000	656 954 530	92%

Source : Données comptables TOM2PRO

La représentation de la synthèse des réalisations au titre de l'exercice 2021 par modules d'intervention est présentée ci-dessous :

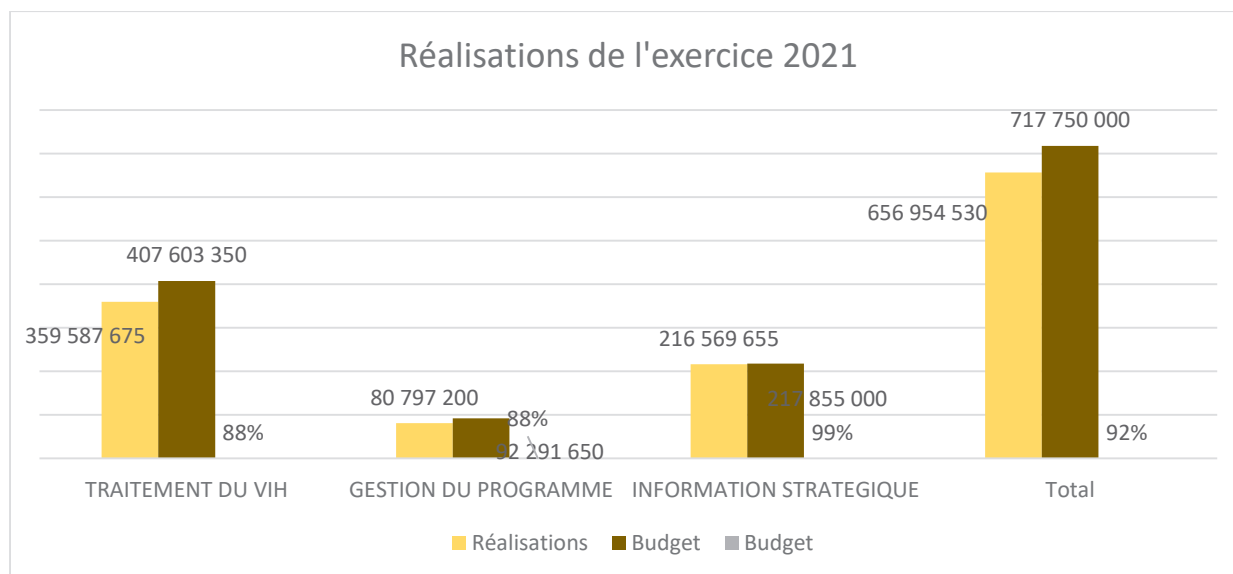


Figure : Cascades réalisations de pep far de l'exercice 2021

I.5.2 Réalisations de CAMNAFAW au 31 décembre 2021

Les réalisations de du PR- CAMNAFAW au 31 décembre 2021 que nous présenterons dans ce rapport se déclineront par catégorie de cout comme suit :

Code	Libellé	Budget	Realisations	% Exc
1	Ressources humaines (RH)	2 103 407 125	1 308 052 025	62%
2	Coûts de déplacement	1 596 899 943	661 215 898	41%
3	Services professionnels externes	612 217 138	18 370 550	3%
4	Produits de santé (pharmaceutiques)	228 706 538	207 694 586	91%
5	Produits de santé (non pharmaceutiques)	842 658 787	732 690 341	87%
6	Produits de santé (équipement)	-	-	0%
7	Chaîne d'approvisionnement et achats	253 180 176	205 345 116	81%
8	Infrastructure	38 660 000	945 000	2%
9	Équipement non sanitaire	190 078 634	420 390	0%
10	Matériel de communication	158 254 513	1 847 950	1%
11	Gestion des programmes	534 671 653	523 146 086	98%
12	Soutien humain (aux patients/populations cibles)	370 950 000	108 707 550	29%
13	Financement axé sur les résultats	166 256 966	21 367 974	13%
	Total Dépenses	7 095 941 473	3 789 803 466	53%

Source : Etats financiers CAMNAFAW au 31 décembre 2021

I.5.3 Réalisations des partenaires techniques au 31 décembre 2021

Comme signalé précédemment certains partenaires nationaux et internationaux interviennent également dans la prise en charge du VIH et Sida au niveau des communautaires. A ce titre elles bénéficient des subventions et appuis multiples de l'Etat et partenaires internationaux en fonction des priorités et du montant global de l'enveloppe disponible.

Les réalisations de partenaires techniques et financiers se déclinent comme suit :

N°	Financement	Montant budgétisé	Montant dépensés	IP
1	BIT	13 153 800	13 153 800	MINAS, MINTSS
2	BID	5 355 501 920	5 355 501 920	UNICEF
3	ONUSIDA	36 951 051	36 951 051	Horizons femmes, Empower, Tranamical, CVUC et 7 Communes Yaoundé, MINDEVEL
4	UNITAID	670 353 560	211 429 500	ACMS
5	KFW (OCEAC)	2 246 837 238	1 590 881 238	ACMS
6	SIDACTION	3 507 500	2 631 500	HORIZON FEMME
7	FONDATION DE France	1 419 000	484 500	HORIZON FEMME
8	ETAT	83 310 000	82 610 000	MINREX, MINEPAT, MINAS, MINTSS, MINEPAT, MINCOMMERCE
9	Ressources internes	15 000 000	15 000 000	MINEPAT
10	Ressources internes	3 000 000	3 000 000	MINCOMMERCE
11	Ressources internes	15 000 000	15 000 000	MINREX
12	Ressources internes	16 000 000	16 000 000	MINAS
13	BIT	10 603 800	10 603 800	MINAS
14	Ressources internes	1 710 000	1 710 000	MINPOSTEL
15	ONUSIDA	0	12 000 000	MINDDEVEL
16	Ressources internes	0	3 000 000	MINTSS
17	BIT	0	2 550 000	MINTSS
18	Ressources internes	0	3 000 000	MINPROFF
19	Ressources internes	25 000 000	25 000 000	MINESUP
20	Ressources internes	1 600 000	900 000	MINCOMM
21	KFW, UNAID	7 095 930 639	3 125 063 599	ACMS
22	IPPF	10 817 693	4 764 136	CAMNAFAW
23	MINREX	5 395 000	5 395 000	MINREX
24	FONDATION DE FRANCE	2 730 000	2 111 430	FONDATION DE FRANCE
25	EXPERTISE	5 000 000	7 000 000	EXPERTISE
26	RéCAJ+	3 000 000	680 000	RéCAJ+
27	MINEPAT	3 760 000	3 760 000	MINEPAT
28	ONUSIDA	27 627 371	27 627 371	ONUSIDA
29	ONUFEMME	5 000 000	6 000 000	ONUFEMME

N°	Financement	Montant budgétisé	Montant dépensés	IP
30	SIDACTION	365 000	277 000	SIDACTION
31	GOUVERNEMENT	855 000	855 000	GOUVERNEMENT
32	KFW/ OCEAC	20 544 573	20 544 573	KFW/ OCEAC
33	Les communautaires		10 000 000	
TOTAL		15 679 973 145	10 615 485 418	

Source : Rapport annuel 2021 des PTFs, IsDB-UNICEF-Cameroon_Progress Report_2021

I.6 Les perspectives

Nous pouvons citer ici :

- Renforcer les capacités du personnel financiers sur les directives des différents bailleurs ainsi que les outils de reporting des données financières ;
- La reprogrammation budgétaire de la subvention fonds mondial prévue au courant de l'année 2022 qui permettra de réviser le montant du budget alloué à certaines activités et faciliter leur mise en œuvre ;
- La formation du personnel clé sur les nouvelles directives du manuel de procédure qui permettra de garantir la bonne gestion des fonds mis à la disposition du programme.

I.7 Les projections de l'exercice 2022

Les projections budgétaires de l'exercice 2022, s'inscrivent dans le cadre du Plan Stratégique National (PSN) 2018-2022 de lutte contre le VIH/SIDA adopté par le Cameroun en 2018 et se chiffre à la somme de 95 299 899 066 FCFA.

Les prévisions de financement de l'exercice 2022 disponibles que prévoit mobiliser le PMLS auprès de ces différents bailleurs de fonds s'élèvent à la somme de 63 640 000 566 FCFA.

Tableau 70: Répartition des prévisions budgétaires de l'exercice 2022

N°	Bailleur de fonds	Budget (FCFA)
1	Etat du Cameroun	4 600 000 000
2	Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	24 358 234 609
3	PEPFAR	27 849 276 520
4	CAMNAFAW	6 832 489 437
TOTAL		63 640 000 566

ANNEXE

Annexe 1 : Contribution de la Société Civile

Tableau 71 : présentation du nombre de session et nombre d'acteurs formés à la société civile

Cible	Nombre de sessions de formations organisées	Nombre d'acteurs formés (PE /Teenagers Mentors/ influenceurs WEB/ journalistes/ Enseignants)
Adolescents et jeunes de 10-24 ans non scolarisés	96	1324
Adolescents et jeunes scolarisés	10	398
Populations clés	26	475
TOTAL	132	2197

Annexe 2 : Contribution des sectoriels

SECTORIELS	Nombre de personnes sensibilisées		
	H	F	TOTAL
MINTOUL	ND	ND	531
MINDEF	516	249	765
MINREX	ND	ND	1797
MINPMEESA	ND	ND	2675
MINEE	ND	ND	1000
MINCOM	ND	ND	113
MINMAP	ND	ND	400
MINPOSTEL	ND	ND	157
MINAS	5511	7700	13211
MINCOMMERCE	ND	ND	600
MINPROFF	ND	ND	8467
MINJUS	79	2	81
MINESEC	ND	ND	23 355
MINEPAT	ND	ND	633
MINEDUB	101	29	130
MINTSS	237	35	272
TOTAL	6444	8015	54 187

Annexe 3 Catographie des interventions communautaires

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

REGION	PARTENAIRES	DOMAINE D'INTERVENTION	ZONES D'INTERVENTION /FOSA	CIBLES	SOURCE DE FINANCEMENT
OUEST	<i>CBCHB (HIV free project)</i>	<i>CDV, Prise ECG des PVVIH (Soins, charge virale et rétention), Sensibilisation.</i>	<i>14 Districts</i>	<i>Population générale</i>	<i>PEPFAR</i>
			<i>25 FOSA</i>	<i>Enfants et adolescents</i>	
				<i>Femmes enceintes et allaitantes</i>	
				<i>Contacts d'un cas index</i>	
				<i>Populations clés</i>	
	<i>CHP</i>	<i>CDV, Sensibilisation, Lien sous traitement.</i>	<i>14 Districts</i>	<i>TS</i>	<i>PEPFAR</i>
			<i>25 FOSA</i>	<i>CTS</i>	
				<i>Adolescents et Jeunes.</i>	
	<i>FHI-360</i>	<i>Renforcement de capacités</i>	<i>14 Districts</i>	<i>Prestataires des 25 FOSA</i>	<i>PEPFAR</i>
			<i>25 FOSA</i>		
	<i>METABIOTA</i>	<i>Dépistage et lien au traitement (file active : 9 clients)</i>	<i>Hôpital Militaire de Bafoussam</i>	<i>Population générale</i>	<i>PEPFAR</i>
				<i>Forces de défense camerounaise et leurs familles</i>	
<i>Femmes enceintes</i>					
<i>Enfants et Adolescents</i>					
	<i>Global Health Systems Solutions</i>	<i>Renforcement du système de qualité des laboratoires, essentiels pour la gestion des maladies, surveillance et prévention.</i>	<i>14 Districts-25 FOSA et 2 OBC</i>	<i>Staff des laboratoires et portes d'entrée faisant le test de VIH, la charge virale et les EID</i>	<i>PEPFAR</i>
	<i>GHSC-PSM</i>	<i>Distribution des intrants dans les FOSA Prioritaire du partenaire CBCHB</i>	<i>14 Districts- 25 FOSA</i>		<i>Fonds PEPFAR</i>

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

		<i>Livrer les intrants au dernier Kilomètre</i>			
		<i>Assistance technique complète pour renforcer les systèmes nationaux de chaîne d'approvisionnement.</i>			
<i>Catholic Relief Services</i>	<i>Améliorer le bien-être, la résilience et atténuer l'impact du VIH sur les OEV.</i>	<i>District de la MIFI</i>	<i>Orphelins et enfants vulnérables, Suivi des FEC et allaitantes</i>	<i>PEPFAR</i>	
			<i>Renforcement des capacités des prestataires</i>		
<i>CAMNAFAW</i>	<i>TS ; CTS; MSM et TG: adolescents Jeunes filles et Jeunes Femmes de 15 à 24ans; adolescents et Jeunes ; usagers de drogue/droque injectable et leurs partenaires.</i>	<i>04 Districts (Massangam, Dschang, Foumbot, Mifi)</i>	<i>Conseil et dépistage du VIH, y compris l'autotest pour les populations clés, Lien avec les services de prévention et de traitement du VIH, Diagnostic et traitement des IST, planification familiale.</i>	<i>Fonds Mondial</i>	
<i>UNICEF</i>	<i>Femmes enceintes/femmes allaitantes, enfants et adolescents</i>	<i>10 Districts (Foumbot, Foumban, Malantouen, Bangourain, Kouoptamo, Dschang, Mifi, Mbouda, Bangangté, Bafang)</i>	<i>Prévention</i>	<i>BID</i>	
			<i>PTME</i>		
			<i>Prise en charge pédiatrique et des adolescents vivant avec le VIH.</i>		
<i>OBC</i>	<i>Domaine d'intervention</i>	<i>Zones d'intervention /FOSA</i>	<i>Cibles</i>	<i>Source de financement</i>	
<i>COLIBRI</i>		<i>District de la MIFI</i>			

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

		<i>Men Who have Sex with Men (MSM)</i>		<i>Sensibilisation, CDV et lien au traitement.</i>	<i>PEPFAR/USAID/Fond Mondial.</i>
	<i>LEDUCANET</i>	<i>Sensibilisation, CDV et lien pour mise au traitement</i>	<i>District de Santé de Dschang</i>	<i>TS et CTS</i>	<i>Fond Mondial/CAMNAFAW</i>
	<i>HORIZON FEMME</i>	<i>Sensibilisation, CDV et lien pour mise au traitement</i>	<i>Mifi, Magba, Foumban, Foubot, Mbouda</i>	<i>TS, CTS, Enfants de travailleuse de sexe et UDI</i>	<i>PEPFAR/USAID</i>
	<i>YODECO</i>	<i>Sensibilisation, CDV et lien pour mise au traitement</i>	<i>District de Santé de Massangam</i>	<i>AJNS</i>	<i>Fond Mondial/CAMNAFAW</i>
	<i>RANEMI</i>	<i>Sensibilisation, CDV et lien pour mise au traitement</i>	<i>District de Santé de Foubot</i>	<i>JF et JG</i>	<i>Fond Mondial/CAMNAFAW</i>
	<i>APCAS</i>	<i>Sensibilisation, CDV et lien pour mise au traitement</i>	<i>District de santé de la MIFI</i>	<i>TS et CTS</i>	<i>Fond Mondial/CAMNAFAW</i>
	<i>AJO</i>	<i>Sensibilisation, CDV et lien pour mise au traitement</i>	<i>District de Dschang et MIFI</i>	<i>MSM</i>	<i>Fond Mondial/AMPLIFY CHANGE</i>
	<i>MEJ</i>	<i>Sensibilisation, CDV et lien pour mise au traitement</i>	<i>District de santé de DSCHANG</i>	<i>AJNGS et AJFNS</i>	<i>Fond Mondial/CAMNAFAW</i>
	<i>YEDU</i>	<i>Sensibilisation, CDV et lien pour mise au traitement</i>	<i>District de sante de la MIFI</i>	<i>AJGNS et AJFNS</i>	<i>Fond Mondial/CAMNAFAW</i>
	<i>RUSIAS</i>	<i>Sensibilisation, CDV et lien pour mise au traitement</i>	<i>District de Santé BANGANGTE</i>	<i>AJGNS et AJFNS</i>	<i>Fond Mondial/CAMNAFAW</i>
	<i>Partenaires</i>	<i>Domaine d'intervention</i>	<i>Zone d'intervention</i>	<i>Populations cibles</i>	<i>Source de financement</i>
<i>SUD</i>	<i>WOPA</i>	<i>Prévention -Professionnels du sexe et leurs clients</i>	<i>KRIBI</i>	<i>Travailleuses de sexe et Clients (TS/CTS)</i>	<i>Fonds Mondial / PEPFAR</i>
	<i>ACESA</i>	<i>Prévention Consommateurs de drogues par injection et leurs partenaires</i>	<i>KRIBI</i>	<i>UD</i>	<i>PEPFAR</i>

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

<i>RENATA</i>	<i>Prévention – Consommateurs de drogues par injection et leurs partenaires</i>	<i>KRIBI</i>	<i>Ados et Jeunes (garçons et filles) non scolarisés</i>	<i>Fonds Mondial</i>
<i>ACODEVO</i>	<i>Prévention HSH</i>	<i>KRIBI</i>	<i>Communauté LGBT (MSM)</i>	<i>Fonds Mondial/PEPFAR</i>
<i>ACDB</i>	<i>Prévention - Professionnels du sexe et leurs clients</i>	<i>AMBAM</i>	<i>Travailleuses de sexe et Clients (TS/CTS)</i>	<i>Fonds Mondial</i>
<i>AFFIRMATIVE ACTION</i>	<i>Prévention HSH</i>	<i>EBOLOWA</i>	<i>Communauté LGBT (MSM)</i>	<i>Fonds Mondial</i>
<i>SAF</i>	<i>Prévention - Adolescents et jeunes, scolarisés ou non</i>	<i>EBOLOWA</i>	<i>Ados et Jeunes (garçons et filles)</i>	<i>Fonds Mondial</i>
<i>AJECEMM</i>	<i>Ados et Jeunes (garçons et filles)</i>	<i>SANGMELIMA</i>	<i>Ados et Jeunes (garçons et filles)</i>	<i>Fonds Mondial</i>
<i>LE BON SAMARITAIN</i>	<i>Dispensation Communautaire/</i>	<i>EBOLOWA/MEYOMESSALA</i>		<i>Fonds Mondial/RECAP+</i>
<i>LE BON GUIDE</i>	<i>Prévention / Dispensation Communautaire</i>	<i>EBOLOWA</i>	<i>FEC/ PVVIH</i>	<i>Fonds Mondial</i>
<i>NOLFOWOP</i>	<i>Prévention / Dispensation Communautaire</i>	<i>SANGMELIMA</i>	<i>FEC/ PVVIH</i>	<i>Fonds propres</i>
<i>ASESAPO</i>	<i>Dispensation Communautaire</i>	<i>AMBAM</i>	<i>PVVIH</i>	<i>Fonds propres</i>
<i>NGOMOTO</i>	<i>PTME communautaire</i>	<i>EBOLOWA</i>	<i>FEC ; femmes allaitantes VIH+ Bébés exposes</i>	<i>Fonds propres</i>
<i>TERHEURZO</i>	<i>Prévention / Dispensation Communautaire</i>	<i>ZOETELE</i>	<i>PVVIH/APV</i>	<i>Fonds Mondial</i>
<i>ATIPAD</i>	<i>Prévention - Professionnels du sexe et leurs clients</i>	<i>EBOLOWA</i>	<i>Travailleuses de sexe et Clients</i>	<i>Fonds Mondial</i>

« Tous pour le dépistage et le traitement pour mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 »

<i>ESPOIR DE VIE</i>	<i>Prise en charge PVVIH</i>	<i>EBOLOWA</i>	<i>PVVIH</i>	<i>Fonds propres</i>
<i>FAMILLE SANS SIDA</i>	<i>Population générale, orphelins et enfants vulnérables</i>	<i>EBOLOWA</i>	<i>Orphelins et enfants Vulnérables</i>	<i>Fonds propres</i>
<i>Health and life</i>	<i>Prevention</i>	<i>EBOLOWA</i>	<i>Population générale,</i>	<i>Fonds propres</i>
<i>Horizons femmes</i>	<i>Prevention</i>	<i>EBOLOWA</i>	<i>Les jeunes à haut risque</i>	<i>Fonds propres</i>
<i>SOS WOMEN</i>	<i>ISCD</i>	<i>MEYOMESSALA</i>	<i>FEC</i>	<i>Fonds Mondial</i>
<i>ICW</i>	<i>Prise en charge PVVIH</i>	<i>LOLODORF</i>	<i>Les FVVIH</i>	<i>Fonds propres</i>
<i>Horizons Jeunes</i>	<i>Prévention - Adolescents et jeunes,</i>	<i>Ebolowa</i>	<i>Ados et Jeunes 10-35ans</i>	<i>Fonds propres</i>
<i>ASSIST</i>	<i>LA DISPENSATION COMMUNAUTAIRE</i>	<i>KRIBI</i>	<i>LES PVVIH</i>	<i>Fonds Mondial</i>
<i>RECAJ+</i>	<i>Prévention - Adolescents et jeunes,</i>	<i>AMBAM</i>	<i>19-25 ans non scolarisés</i>	<i>Fonds Mondial</i>
<i>JALUSED</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prevention</i> 	<i>EBOLOWA/DJOUM</i>	<i>Population générale,</i>	<i>Fonds propres</i>

Equipe de redaction :

- M. ONANA Roger, GTC/CNLS ;
- Mme BISSAI Laetitia, GTC/CNLS ;
- M. Mvilongo Ernest Désiré, GTC/CNLS ;
- M. ANOUBISSI JD, GTC/CNLS ;
- Mme MESSEH Arlette, GTC/CNLS ;
- METAMBOU Jaures Primo, GTC/CNLS ;
- Mme TSIMENE Florine, GTC/CNLS ;
- Dr LIFANDA, GTC/CNLS ;
- Dr TEMGOUA Edith, GTC/CNLS ;
- Dr MBENGONO Babara, GTC/CNLS ;
- Dr DJOMO Audrey, GTC/CNLS ;
- Dr ESSAMBA Suzane, GTC/CNLS ;
- Dr MENYENG Annie, GTC/CNLS ;
- Dr DIBO Viviana, GTC/CNLS ;
- Dr AMBOMO Francette, GTC/CNLS ;
- Mme MVOGO Anastasie, GTC/CNLS ;
- Mme ESSONO Annick, GTC/CNLS ;
- M.AWONO Sebastien, GTC/CNLS ;
- M.ONDOA Olivier, GTC/CNLS ;
- M. ATANGANA, Bertand, GTC/CNLS ;
- Mme KOMEU Nelly, GTC/CNLS ;
- Mme NANA Doriane, GTC/CNLS ;
- M.ESSOUMBA Simon Pierre, GTC/CNLS ;
- M.ABDOU RAHAMAN, GTC/CNLS ;

Equipe de Validation :

- Dr HADJA HAMSATOU, SP CNLS ;
- MmeBOUBA PAMEN Joelle, SDLVIH ;
- Dr BILLONG Serge, SPA CNLS ;
- Dr KETCHADI Alica, DLMEP ;
- Mme DJOFANG Carelle, DLMEP
- Dr ZEH MEKA , Coordo GTR/CE ;
- M. ONANA Roger, GTC/CNLS ;
- DEUNGUEU Jean Calvin, GTC/CNLS ;
- M. Mvilongo Ernest Désiré, GTC/CNLS ;
- M. ANOUBISSI JD, GTC/CNLS ;
- Mme MESSEH Arlette, GTC/CNLS ;
- METAMBOU Jaures Primo, GTC/CNLS ;
- Mme BISSAI Laetitia, GTC/CNLS ;
- Dr LIFANDA, GTC/CNLS ;
- Dr TEMGOUA Edith, GTC/CNLS ;
- M.ESSOUMBA Simon Pierre, GTC/CNLS ;
- Mme. NGUINA Elisabeth, MINSEC ;

- Mme ZIE Mirabele, MINFPROFF ;
- M. NGON ABOUEM Raoul, MINJEC ;
- Mme ABOMO EKO Germaine, MINESUP ;
- M. NGUE Théodore, MINAS ;
- M. ABA AKAM, METABIOTA ;
- M. BOGNI Franck, EGPAF ;
- M. MENTOU TADZONG Ctherine, GHSC-PSM ;
- M. SINSAI Ronald, CHP ;
- M.SAMKOMBLE Franck, CHP
- M. ONANA AKOA Francois Anicet, GU ;
- M. NGOUNGA TENA AROUNA, OMS ;
- M. Emmanuel NSHOM, CBCH ;
- M. TCHOMOU Joseph, Affirmative Action ;

