

RAPPORT ANNUEL
DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE VIH
2023



Mes 3 réflexes pour une vie positive



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



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



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



Les antirétroviraux maintiennent en vie



Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	VII
LISTE DES TABLEAUX	X
LISTE DES GRAPHIQUES.....	XII
INTRODUCTION.....	1
SYNTHESE DES PERFORMANCES PROGRAMMATIQUES EN 2023	2
RESUME DES RESULTATS PROGRAMMATIQUES REGIONAUX	6
QUELQUES TEMPS FORTS DE L'ANNEE 2023.....	7
CHAPITRE I : ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH	12
1. ORIENTATIONS GENERALES ET STRATEGIES DE LA RIPOSTE AU VIH	12
2. CARTOGRAPHIE DES PRINCIPAUX ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE.....	12
3. IMPLEMENTATION DE LA COORDINATION DE LA RIPOSTE	12
4. DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA COORDINATION, STRATEGIES DE MITIGATION ET CHALLENGES.....	13
CHAPITRE 2 : INTENSIFICATION DE LA PREVENTION DES NOUVELLES INFECTIONS A VIH.....	14
1. SENSIBILISATION	14
1.1. <i>Campagne de sensibilisation via des affiches et réseaux sociaux.....</i>	14
1.2. <i>Campagne de sensibilisation durant la 21e édition de « Vacances Sans Sida ».....</i>	14
1.3. <i>Campagne de sensibilisation au cours de la 8e édition du Mois Camerounais et de la 36ème Journée mondiale de lutte contre le sida</i>	16
2. RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE PRESERVATIFS ET DE LA PREP POUR LA PREVENTION DU VIH/SIDA ET LES IST.....	17
2.1. <i>Situation générale de la distribution des préservatifs.....</i>	17
2.2. <i>Prophylaxie Pré Exposition (PrEP).....</i>	18
3. RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE DEPISTAGE.....	19
3.3. <i>Dépistage par groupe de population à haut risque d'infection à VIH.....</i>	22
3.3.3. <i>Dépistage lors des évènements spéciaux.....</i>	23
3.4. <i>Dépistage différencié du VIH</i>	25
3.4.1. <i>Auto-dépistage du VIH</i>	25
3.4.2. <i>Dépistage par cas index en formation sanitaire</i>	26
4. ANALYSE FFOM POUR L'AMELIORATION DES MESURES DE PREVENTION.....	27
CHAPITRE 3 : PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH	28
1. OFFRE DE SERVICE PTME.....	29
1.1. <i>Évolution de la couverture en site PTME</i>	29
1.2. <i>Couverture géographique en site PTME</i>	29
1.3. <i>Offre de dépistage précoce du VIH chez les enfants nés de mère VIH+.....</i>	30
2. DEMANDE DE SERVICE POUR LA PTME	30
2.1. <i>Fréquentation de la consultation prénatale et connaissance du statut chez les FEC.....</i>	30
2.2. <i>Prévention primaire de l'infection à VIH et de syphilis.....</i>	31
2.3. <i>Dépistage du VIH chez la femme enceinte</i>	32
2.4. <i>Dépistage chez les partenaires des FEC.....</i>	35
2.5. <i>Couverture en ARV des FEC VIH+.....</i>	36
2.6. <i>Couverture en INH chez la FEC VIH+.....</i>	37

2.7. <i>Prise en charge des enfants exposés</i>	38
3. INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES EN FAVEUR DE LA PTME	42
3.1. <i>Acteurs communautaires de la PTME</i>	42
3.2. <i>Matrice des intervenants, acteurs communautaires et prestataires de santé de la PTME</i>	43
3.3. <i>Synthèse des résultats des activités PTME communautaire</i>	44
4. ANALYSE FFOM.....	49
CHAPITRE 4 : AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE DES PVVIH GRACE A UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE GLOBALE	51
1. OFFRE DE SERVICES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE	53
1.1. <i>Évolution de la couverture annuelle en service de prise en charge du VIH</i>	53
1.2. <i>Disponibilité des APS au niveau national</i>	55
2. DEMANDE DE SERVICES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE	55
2.1. <i>Lien direct du dépistage à la mise sous traitement</i>	55
2.2. <i>Nouvelles inclusions au traitement ARV</i>	59
2.3. <i>Situation des cohortes de patients sous traitement ARV (File active)</i>	61
2.4. <i>Couverture populationnelle en ARV</i>	65
2.5. <i>Synthèse des cascades de prise en charge globale chez les enfants et les adolescents</i>	68
2.6. <i>Suivi psycho-social et continuum de soins des PvVIH sous traitement ARV</i>	70
2.7. <i>Suivi biologique des PvVIH sous traitement ARV</i>	78
2.8. <i>Surveillance et prise en charge de la coinfection TB/VIH</i>	80
2.9. <i>Gestion des approvisionnements et des stocks</i>	81
5. ANALYSE FFOM.....	84
CHAPITRE 5 : GESTION DES DONNEES, RECHERCHE ET SURVEILLANCE	85
1. PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES	85
2. ASSURANCE QUALITE DES DONNEES.....	85
2.1. <i>Mission de supervisions de la qualité des données (DQA)</i>	86
3. RECHERCHE ET SURVEILLANCE	87
CHAPITRE 6 : APPROPRIATION DE LA LUTTE PAR LES ACTEURS.....	92
1. <i>Renforcement de l'engagement et l'implication des nouveaux acteurs communautaires</i>	92
2. <i>Engagement et l'implication des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD)</i>	93
3. <i>Réalisation des sectoriels au cours de l'année 2023</i>	95
4. <i>Secteur privé GICAM</i>	98
5. <i>Cartographie des partenaires techniques et financiers de mise en œuvre des interventions VIH99</i>	
6. <i>Matrice Force, faiblesse, opportunités, menaces, perspectives et innovations</i>	104
CHAPITRE 7 : MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES LIEES AU VIH	106
1. <i>Estimation des besoins en ressources financières</i>	106
2. <i>Mobilisation des fonds pour la riposte au VIH en 2023 au niveau du GTC/CNLS</i>	106
3. <i>Exécution du budget mobilisé au niveau du GTC/CNLS en 2023</i>	107
3.1. <i>Exécution du budget du Fonds mondial</i>	107
3.2. <i>Exécution du budget des fonds de contrepartie au NFM3</i>	107
3.3. <i>Exécution du budget du projet CNLS-CDC/PEPFAR</i>	108
4. <i>Les projections de financement pour l'exercice 2024</i>	108

LISTE DES ABREVIATIONS

- ACMS** : Association Camerounaise pour le Marketing Social
- ACRR** : Agent Chargé du Remplissage des Registres
- APS** : Accompagnement Psychosocial
- APV** : Autres Populations Vulnérables
- ARC** : Agent de Relais Communautaire
- ARV** : Antirétroviraux
- CAA** : Caisse Autonome d'Amortissement
- 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

ISCD : Interventions sous Directives Communautaires

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 : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPEC : Unité de Prise En Charge
USAID: U.S. Agency for International Development
VBG : Violence Basée sur le Genre
VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine
VSS : Vacances Sans Sida

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Nombre de PvVIH estimés	2
Tableau 2: Nombre de nouvelles infections à VIH	2
Tableau 3: Nombre de décès liés au VIH	2
Tableau 4: Nombre de préservatifs et lubrifiants distribués.....	3
Tableau 5: Nombre de personnes testées pour le VIH.	3
Tableau 6: Prévention et dépistage au sein des populations clés et vulnérables.....	3
Tableau 7: Prévention de la transmission mère-enfant du VIH.....	4
Tableau 8: Lien au TARV au sein des populations clés et vulnérables.....	4
Tableau 9: Enfants de moins de 15 ans, adolescents et jeunes sous TARV.....	4
Tableau 10: Suivi des PvVIH sous TARV.	5
Tableau 11: Difficultés rencontrées dans l'implémentation de la coordination en 2023 et stratégies de mitigation.....	13
Tableau 12: Nombre d'adolescents et jeunes sensibilisés pendant VSS	14
Tableau 13 : Tendances des résultats de sensibilisation entre 2022 et 2023.....	15
Tableau 14: Synthèse des résultats de sensibilisation pendant le mois camerounais.....	16
Tableau 15: Synthèse de la distribution des préservatifs en 2023.....	17
Tableau 16: Synthèse de la distribution des préservatifs pendant VSS.....	18
Tableau 17: Synthèse de la distribution des préservatifs au cours du mois camerounais.....	18
Tableau 18: Synthèse des résultats de la PrEP en 2023.....	19
Tableau 19 : Nombre de personnes testées ; retrait des résultats et taux de séropositivité selon les régions.....	19
Tableau 20:Données sur l'autotest des régions.....	26
Tableau 21 : Dépistage et lien au TARV chez les populations vulnérables en 2023	22
Tableau 22 : Dépistage et lien au TARV chez les KPs.....	22
Tableau 23: Cascade du dépistage par type de stratégie pendant le Mois camerounais.....	24
Tableau 24: Dépistage chez les populations clés et vulnérables pendant le mois camerounais	24
Tableau 25 : Résultats des indicateurs PTME par rapport aux cibles	28
Tableau 26: couverture en sites PTME	29
Tableau 27:Répartition des sites DBS et EID/POC par région.....	30
Tableau 28 : Dépistage par région de la syphilis chez la femme enceinte 2023.....	31
Tableau 29 : Dépistage du VIH chez les partenaires des FEC.....	35
Tableau 30 : Couverture régionale en TARV chez la FEC VIH+	36
Tableau 31 : Couverture régionale en INH chez la FEC VIH+.....	37
Tableau 32 : Couverture régionale en ARV prophylactique chez les EE 2023	39
Tableau 33: Couverture en offre d'EID et mise sous TARV en 2023 par région.....	40
Tableau 34:Répartition des PDV chez les EE dans les régions.....	41
Tableau 35: cibles et interventions des acteurs communautaires de la PTME	42
Tableau 36:Matrice des intervenants, acteurs communautaires et prestataires de santé de la PTME en 2023.....	43
Tableau 37: Cartographie nationale des ASCP	44
Tableau 38:Cartographie nationale des Mother Mentors	45
Tableau 39: Structures professionnelles intervenant dans la PTME.....	46

Tableau 40: Synthèse des résultats des interventions communautaires de PTME 2023.....	47
Tableau 41: Contribution des acteurs communautaires suivant les cascades PTME 2023.....	48
Tableau 42 : Cartographie des APS au niveau national.....	55
Tableau 43: Répartition de la file active par région en 2023	63
Tableau 44: Répartition de la file active par sexe et âge en 2023.....	64
Tableau 45: Répartition de la file active par protocole en 2023	64
Tableau 46: répartition des PDV dans la population générale dans les régions.....	72
Tableau 47: classification des modèles moins intensifs de TARV différencié adoptés au Cameroun	73
Tableau 48: Résumé cumulatif des données du projet pilote dispensation des ARV en officines de pharmacie (jusqu'au 30 septembre 2023).....	75
Tableau 49: Évolution mensuelle régionale de la file active de la DC au cours de l'année.....	78
<i>Tableau 50: Couverture et suppression de la CV par région en 2023</i>	<i>79</i>
Tableau 51: Suivi de la charge virale des patients à l'OBC	80
Tableau 52 : Acquisitions des ARVs et TDRs pour le compte de l'année 2023	82
Tableau 53: Quantité d'ARVs et de Tdrs	82
Tableau 54: Taux de réalisation pour les produits de santé VIH	82
Tableau 55:Disponibilité des outils de collecte des données.....	86
Tableau 56:Complétude du remplissage des outils dans les OBV	87
Tableau 57: Projets de recherche ayant bénéficié d'une clairance administrative	87
Tableau 58: Niveau de performance des IAP sur le plan national.....	90
Tableau 59: Activités conduites dans le cadre de l'appropriation de la lutte dans les CTD en 2023	94
Tableau 60 : Cartographie des acteurs et des domaines d'interventions	99
Tableau 61:Estimation budgétaire de 2023 par résultat d'impact.....	106
Tableau 62: Dépenses enregistrées pour le compte du financement NFM3 en 2023.....	107
Tableau 63: Répartition des dépenses de fonds de contrepartie par rubrique	107
Tableau 64: Dépenses dans le cadre du projet CNLS-CDC/PEPFAR en 2023	108
Tableau 65: Répartition des prévisions budgétaires identifiées par bailleurs de fonds.....	109

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Répartition du budget du GC7 selon les modules	10
Graphique 2: Cascade de dépistage en stratégie fixe	19
Graphique 3 : Pyramide des âges du dépistage au cours de l'année 2023	20
Graphique 4 : Pyramide des âges des personnes testées VIH+	20
Graphique 5 : Nombre de personnes testées et « évolution du taux de séropositivité entre 2017 à 2023	20
Graphique 6: Cascade globale des résultats de réactivité à l'ADVIH	26
<i>Graphique 7 : Évolution du taux de séropositivité en transfusion sanguine de 2017 à 2023</i>	<i>21</i>
Graphique 8 : Évolution du testing et du taux de séropositivité chez les KPs entre 2018 et 2023	23
Graphique 9: Cascade du dépistage pendant VSS 2023	23
Graphique 10 : Cascade PTME-mère 2023	28
Graphique 11: Évolution du nombre de site PTME depuis 2018	29
Graphique 12 : Évolution du taux de fréquentation de la CPN entre 2010 et 2023	30
Graphique 13 : Réalisation de la 1 ^{ère} CPN au niveau régional	31
Graphique 14 : Evolution du taux de réalisation du test VIH chez la FEC entre 2019 et 2023	32
Graphique 15 : Réalisation du test de dépistage VIH au niveau régional	33
Graphique 16 : Comparaison des taux régionaux de séropositivité chez la FEC entre 2022 et 2023	33
Graphique 17 : Répartition des FEC VIH+ selon le moment de dépistage	34
Graphique 18 : Répartition régionale des FEC VIH+ selon le moment de dépistage	34
Graphique 19 : Evolution de la couverture du dépistage chez les partenaires des FEC entre 2016 et 2023	35
Graphique 20 : Cascade PTME-Enfant 2023	38
Graphique 21 : Évolution de la couverture en NVP chez les EE entre 2020 et 2023	38
Graphique 22 : Taux de positivité au VIH des EE entre 2020 et 2023	40
Graphique 23 : Cascade programmatique globale de suivi des PvVIH, 2023	51
Graphique 24 : Evolution des cascades programmatiques de suivi des PvVIH entre 2017 et 2023	53
Graphique 25 : Evolution du nombre de sites de prise en charge ARV par rapport au nombre d'établissements de soins	54
Graphique 26 : Evolution des sites de PECG, PTME et OBC en 2022	54
Graphique 27 : Évolution du lien au TARV de 2018 à 2023	56
Graphique 28 : Evolution du lien direct au TARV selon les régions entre 2019 et 2023	56
Graphique 29 : Evolution du lien indirect au TARV selon l'âge de 2020 à 2023	58
Graphique 30 : Evolution du lien au TARV chez les populations clés de 2019 à 2023	58
Graphique 31 : Évolution du lien au TARV chez les populations vulnérables de 2019 à 2023	59
Graphique 32 : Évolution des nouvelles inclusions dans la file active nationale de 2018 à 2023	59
Graphique 33 : Evolution mensuelle des nouvelles inclusions de PvVIH de janvier à décembre 2023	60
<i>Graphique 34 : Evolution des nouvelles inclusions chez les enfants (moins de 15 ans) et les adultes (15 ans et plus) de 2020 à 2023</i>	<i>60</i>
Graphique 35 : Répartition des nouvelles inclusions par région en 2023	61
Graphique 36 : Evolution de la file active nationale de 2017 à 2023	62
Graphique 37 : Evolution de la file active chez les enfants et les adultes de 2020 à 2023	63
Graphique 38 : Evolution de la couverture populationnelle en ARV au niveau national de 2017 à 2023	65

Graphique 39 : Evolution de la couverture populationnelle en ARV chez les adultes et les enfants de 2018 à 2023	66
Graphique 40 : Couverture populationnelle en ARV par sexe et âge en 2023	68
Graphique 41 : Cascade programmatique de PEGC chez les enfants de moins 15 ans en 2023	68
Graphique 42 : Cascade programmatique de PEGC chez les enfants de Moins 10 ans en 2023	69
Graphique 43 : Cascade programmatique de PEGC chez les enfants de 10-14 ans en 2023.....	69
Graphique 44 : Cascade programmatique de PEGC chez les adolescents de 15-19 ans en 2023.....	70
Graphique 45:Taux de rétention national et régionales à 12 et 24 mois	71
Graphique 46 : Couverture Patient des modèles moins intensifs de TARV	73
Graphique 47: Evolution de la dispensation multi-mois des ARV entre Juin 2022 et juin 2023	74
Graphique 48: Dispensation multi-mois ARV T4 2023	74
Graphique 49: Nombre d'enrôlement par sexe à Yaoundé	76
Graphique 50: Nombre d'enrôlement par sexe à Douala	76
<i>Graphique 51 : Évolution de la file active de la dispensation communautaire au Cameroun</i>	<i>77</i>
<i>Graphique 52 : Evolution du taux de réalisation de la CV de 2017 à 2023</i>	<i>78</i>
<i>Graphique 53 : Evolution du taux de suppression de la CV de 2017 à 2023</i>	<i>79</i>
Graphique 54 : Répartition du nombre de PVIH ayant pris l'INH par région en 2023.....	81

INTRODUCTION

Le Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le VIH/Sida au Cameroun définit la vision du pays pour mettre fin à l'épidémie d'ici 2030. Ce plan repose sur trois piliers majeurs : (i) la prévention des nouvelles infections, (ii) l'accès au traitement antirétroviral et (iii) la réduction de l'impact de l'épidémie sur les populations.

Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) est l'organe suprême chargé de la coordination et de la mise en œuvre du PSN. Il est composé des structures gouvernementales, de la société civile, du secteur privé et des partenaires techniques et financiers. Le bras opérationnel du CNLS est Groupe Technique Central (GTC) au niveau Central et les Groupes Techniques Régionaux (GTR) au niveau régional qui assure la cohérence et l'efficacité des interventions sur l'ensemble du territoire national.

En 2023, le Cameroun a réalisé quelques progrès dans la riposte au VIH/Sida. Entre autres, le nombre de nouvelles infections a diminué de 26% par rapport à 2022 et le nombre de décès liés au sida a baissé de 16%. Ces résultats sont le fruit des interventions mises en œuvre par les acteurs impliqués dans la riposte nationale.

L'année 2023 a été marquée par l'achèvement du PSN 2021 - 2023 et l'élaboration d'un nouveau plan stratégique national pour la période 2024-2030. Ce nouveau plan découle des leçons apprises de la mise en œuvre du précédent. Il est le produit d'un processus d'élaboration participatif et d'une collaboration étroite entre tous les acteurs de la riposte nationale et infranationale. Le PSN 2024 - 2030 est aligné à l'objectif globale d'élimination du VIH à l'horizon 2030.

En 2023, le pays a également soumis avec succès une nouvelle demande de financement au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GC7) pour la mise en œuvre des interventions de riposte au VIH pour la période 2024 - 2025.

Conformément aux orientations du PSN 2021 – 2023 qui arrivait son terme en 2023, les activités de riposte au VIH ont été menées en vue de la réduction des nouvelles infections, de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, de la réduction de la mortalité liée au VIH, de la lutte contre la discrimination et de l'amélioration de la gouvernance. L'année 2023 a également été marquée par la poursuite de l'optimisation de la prise en charge pédiatrique, la mise à l'échelle de la différenciation des services VIH et le suivi des interventions par la communauté (CLM).

Le présent rapport offre un aperçu complet des activités de lutte contre le VIH/Sida au Cameroun en 2023. Il constitue un outil essentiel pour évaluer les progrès accomplis, identifier les défis persistants et orienter les interventions futures vers l'objectif ultime : l'élimination du VIH/Sida au Cameroun d'ici 2030.

Synthèse des performances programmatiques en 2023

Effectif des PvVIH au Cameroun

Au Cameroun, le nombre de PvVIH estimés en 2023 était de **490 484** (Rapport des estimations et projections VIH 2024), parmi lesquels **27 960 (5,7%)** enfants de moins de 15 ans et **317 108 (66,8%)** femmes.

Tableau 1: Nombre de PvVIH estimés

	2019	2020	2021	2022	2023	Tendance
PvVIH (total)	491 894	488 640	484 869	480 228	490 484	
Enfants < 15 ans	35 388	33 475	31 280	29 168	27 960	
Adolescents (15-19 ans)	19 012	18 351	17 632	16 719	18 039	
Jeunes (20-24 ans)	32 732	31 152	29 560	27 796	30 453	
Adultes (15-49 ans)	382 192	376 163	368 826	359 988	361 667	
Femmes	323 096	322 598	321 509	319 583	331 163	

Source : Rapport des estimations et projections VIH 2023

Réduction des nouvelles infections : Les récentes estimations laissent observer une baisse de nouvelles infections dans la population générale, de 55% entre 2019 et 2023 (de 16 311 en 2019 à 7 297 en 2023). Chez les enfants de moins de 15 ans, cette baisse est quasiment de 35,2% (de 4 831 en 2019 et 1 702 en 2022). Les femmes représentaient près de 2/3 (65%) des nouvelles infections.

Tableau 2: Nombre de nouvelles infections à VIH

	2019	2020	2021	2022	2023	Tendance
Nouvelles infections (total)	16 311	14 074	12 221	9 898	11 896	
Enfants < 15 ans	4 831	4 411	3 793	3 414	3 657	
Adolescents (15-19 ans)	2 125	1 797	1 577	1 218	1 052	
Jeunes (20-24 ans)	2 426	2 031	1 766	1 359	1 176	
Adultes (15-49 ans)	10 708	9 015	7 862	6 047	5 217	
Femmes	10 394	8 949	7 799	6 256	5 921	

Source : Rapport des estimations et projections VIH 2023

Décès liés au VIH : En 2023, les décès liés au VIH étaient de **8 561** contre 14 995 en 2019 ; soit une réduction baisse de 43%. La baisse des décès liés au VIH s'observe dans tous les groupes d'âges depuis 2019. Parmi les décès de 2023, environ 25% (2 160) sont survenus chez les enfants de moins de 15 ans.

Tableau 3: Nombre de décès liés au VIH

	2019	2020	2021	2022	2023	Tendance
Décès liés au VIH (total)	14 995	13 330	11 569	10 198	9 724	
Enfants < 15 ans	3 516	3 414	3 177	2 795	2 792	
Adolescents (15-19 ans)	425	412	389	376	323	
Jeunes (20-24 ans)	495	481	459	453	311	
Adultes (15-49 ans)	8 734	7 508	6 314	5 531	6 931	
Femmes	7 771	7 012	6 154	5 484	5 348	

Source : Rapport des estimations et projections VIH 2023

Mesures de prévention de l'infection à VIH

- Distribution de préservatifs, gels lubrifiants et préventions chez les KPs:

Tableau 4: Nombre de préservatifs et lubrifiants distribués.

	2019	2020	2021	2022	2023	Tendance
Préservatifs féminins	3 401 584	2 918 908	2 660 738	2 846 635	1 005 380	
Préservatifs masculins	34 978 318	41 057 011	33 111 351	29 122 272	28 180 438	
Gels Lubrifiants	4 791 302	912 714	14 059 136	12 347 440	5 615 620	
Prep chez les HSH		1 064	1 376	1 853	2 020	
Prep chez les TS		688	1082	2984	3 789	

Source : Rapport d'activités CARE et CHP 2023 et rapport annuel du CNLS 2022

- Dépistage

Tableau 5: Nombre de personnes testées pour le VIH.

	2019	2020	2021	2022	2023	Tendance
Nombre de personnes testées (stratégies fixe et communautaire)						
Nb de personnes testées	2 941 083	2 984 346	3 479 989	2 948 355	2 638 708	
Nb de personnes testées VIH+	83 243	99 273	92 829	70 206	54 916	
Taux de séropositivité	2,8%	3,3%	2,7%	2,4%	2,1%	

Source : Rapports mensuels d'activités des FOSA en 2023 et rapport annuel du CNLS 2022

Tableau 6: Prévention et dépistage au sein des populations clés et vulnérables.

	2019	2020	2021	2022	2023	Tendance
Nombre de personnes ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH						
Travailleuses de sexe (TS)	55 561	69 361	46 841	83 344	60 964	
HSH	15 027	38 291	18 801	39 963	45 388	
UD	1 101	1 252	6 019	6 393	3 172	
TG	270	1 963	466	1 627	1 285	
Clients TS	144 564	141 378	18 965	12 927	11 758	
JFNS	43 310	49 201	29 800	12 326	12 079	
JGNS	52 772	55 182	12 634			
Taux de séropositivité						
Travailleuses de sexe (TS)	7,9%	11,6%	5,6%	5,2%	4,3%	
HSH	9,7%	13,0%	10,4%	6,3%	6,2%	
UDI	NA	8,2%	3,8%	3,1%	4,9%	
TG	10,4%	12,7%	10,1%	11,2%	12,0%	
Clients des TS (CTS)	,7%	2,4%	3,0%	3,9%	3,3%	
JFNS	1,1%	1,2%	1,2%	1,1%	1,1%	
JGNS	0,7%	0,7%	1,0%	1,1%	1,0%	

Source : Rapport d'activités CARE et CHP 2023 et rapport annuel du CNLS 2022

- Prévention Transmission mère-enfant

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

	2019	2020	2021	2022	2023	Tendance
Nombre de FEC reçu en CPN	737 161	785 253	869 313	853 399	826 115	↘
Taux de fréquentation en CPN	78,5%	83,2%	86,7%	83,2%	78,7%	↘
Pourcentage de FEC testées qui connaissaient leur statut	83,5%	89,6%	94,8%	99,7%	99,8%	↗
Nombre de FEC VIH+ identifiées	20 168	20 852	19 081	17 587	15 378	↘
Taux de séropositivité FEC	3,3%	2,9%	2,3%	2,1%	1,9%	↘
Pourcentage de FEC déjà connues VIH+	49,6%	49,1%	55,8%	57,9%	58,9%	↗
Nombre de FEC VIH+ sous TARV	17 046	16 731	17 304	15 950	13 899	↘
Pourcentage de FEC VIH+ ayant initié un TARV	84,5%	80,2%	90,7%	90,7%	90,1%	→
Ratio de partenaires de FEC testés	0,04%	0,04%	0,04%	0,04	0,04	→
Taux de séropositivité chez les partenaires masculins des FEC	3,8%	2,8%	1,5%	1,3%	1,4%	↘
Nombre d'EE identifiés	15 195	14 137	13 807	13 414	12 957	↘
Nombre d'EE ayant fait une PCR	14 970	13 777	12 160	13 381	12 538	↘
Pourcentage d'EE ayant bénéficié d'une PCR	98,5%	97,4%	88,2%	99,4%	96,8%	↘
Pourcentage d'EE sous prophylaxie ARV	87,5%	85,2%	91,5%	94,3%	94,9%	↗
Taux de séropositivité des EE	4,8%	4,3%	4,0%	3,6%	3,3%	↘
% d'EE ayant une PCR+ qui ont initié le TARV	46,1%	62,3%	72,6%	80,4%	78,4%	↘

Source : Rapport mensuels d'activités des FOSA en 2023 et rapport annuel du CNLS 2022

Prise en charge des PvVIH

- Lien au TARV

Tableau 8: Lien au TARV au sein des populations clés et vulnérables.

	2019	2020	2021	2022	2023	
Pourcentage de lien au TARV						
Travailleuses de sexe	80,1%	64,1%	75,1%	78,9%	72,6%	↘
HSH	76,7%	42,2%	80,7%	95,1%	88,6%	↘
UDI	NA	68,9%	75,9%	82,2%	77,6%	↘
TG	64,3%	54,0%	85,1%	85,6%	81,0%	↘
Clients des TS	61,2%	71,3%	60,6%	65,1%	69,7%	↗
JFNS	66,8%	67,9%	66,3%	67,3%	74,3%	↗
JGNS	71,7%	67,6%	70,1%	69,1%	79,8%	↗

Source : Rapport d'activités CARE et CHP en 2023 et rapport annuel du CNLS 2022

Tableau 9: Enfants de moins de 15 ans, adolescents et jeunes sous TARV.

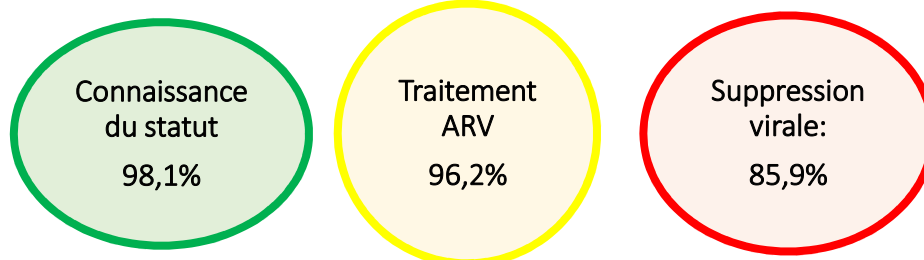
	2019	2020	2021	2022	2023	Tendance
Enfants de moins de 15 ans	25,7%	32,5%	34,9%	39,5%	40,9%	↗
Adolescents de 10 -19 ans	32,2%	35,2%	39%	45,6%	46,5%	↗
Jeunes de 20 -24 ans	48,3%	60,7%	66,4%	81,5%	83,0%	↗

Source : Rapport mensuels d'activités des FOSA en 2023 et rapport annuel du CNLS 2022

Tableau 10: Suivi des PvVIH sous TARV.

	2019	2020	2021	2022	2023	Tendance
PvVIH identifiés	312 214	413 188	469 783	460 088	481 147	↗
% connaissance du statut	83,8%	83,2%	94,1%	95,8%	98,1%	↗
File active	312 214	350 818	388 358	424 771	448 818	↗
% lien au TARV	73,7%	84,9%	82,7%	93,3%	96,2%	↗
Nombre de CV réalisées	107 506	203 905	241 613	265 019	203 134	↘
% réalisation CV	34,4%	58,1%	62,2%	62,4%	45,3%	↘
CV supprimées	94 617	172 212	227 429	236 493	174 593	↘
% suppression virale	88,0%	84,5%	94,1%	89,2%	85,9%	↘
Rétention à 12 mois	73,7%	75,7%	ND	85%	87%	↗

Source : base de données des laboratoires de référence en 2023 et rapport annuel du CNLS 2023



Résumé des résultats programmatiques régionaux

	Adamaoua	Centre	Est	Extrême-nord	Littoral	Nord	Nord-ouest	Ouest	Sud	Sud-ouest	National
Prévalence (EDS 2018)	4,10%	3,5% (Sans Ydé)	5,60%	1,10%	2,4%(Sans Dla)	1,70%	4,00%	1,60%	5,80%	3,20%	2,70%
		Yaoundé : 2,4			Douala : 2,4						
Femmes	4,70%	4,30%	7,30%	1,10%	3,90%	2,50%	5,80%	1,80%	5,50%	3,70%	3,40%
Hommes	3,40%	2,70%	3,40%	1,10%	1,10%	0,70%	1,60%	1,30%	6,10%	2,60%	1,90%
Taux de séropositivité au dépistage de routine											
Population générale	2,50%	2,80%	2,80%	1,50%	2,40%	1,60%	0,90%	1,10%	3,60%	2,10%	2,10%
Femmes enceintes	2,13%	3,02%	3,07%	0,54%	2,40%	0,95%	2,62%	1,42%	3,12%	2,79%	1,91%
Partenaires des FEC	0,84%	1,63%	3,57%	0,90%	0,93%	0,75%	1,87%	0,74%	0,80%	2,28%	1,44%
Enfants exposés	5,55%	4,29%	2,80%	5,41%	2,78%	4,18%	1,95%	1,05%	1,70%	3,50%	3,32%
Indicateurs de couverture de services PTME											
Couverture en CPN	84,9%	80,0%	103,9%	66,9%	76,7%	68,9%	54,1%	75,2%	77,3%	47,4%	72,3%
Connaissance du statut	99,8%	99,6%	99,9%	99,7%	99,9%	99,7%	99,9%	99,9%	99,9%	99,7%	99,8%
Couverture TARV FEC	98,8%	75,4%	94,2%	94,1%	97,5%	96,7%	96,4%	96,1%	98,6%	89,3%	90,4%
Couverture ARV prophylactique EE	98,6%	89,4%	97,2%	90,2%	99,6%	92,6%	98,3%	97,6%	96,8%	90,1%	94,9%
Offre du dépistage chez les EE	98,7%	89,8%	74,5%	109,9%	96,6%	97,6%	104,4%	111,6%	114,9%	98,9%	96,8%
Indicateurs de Prise en charge globale											
Connaissance du statut	107,9%	102,2%	102,4%	95,0%	95,8%	93,3%	103,8%	114,1%	106,1%	101,7%	98,1%
Mise sous traitement	99,6%	99,8%	102,3%	96,9%	87,5%	99,5%	92,2%	96,8%	102,1%	81,8%	93,3%
Réalisation de la CV	50,6%	36,0%	16,2%	38,5%	2320,0%	48,4%	79,6%	49,2%	13,2%	60,4%	45,3%
Suppression virale	88%	72%	81%	86%	92%	84%	93%	87%	85%	93%	86%
Rétention à 12 mois	78%	86%	82%	83%	72%	90%	79%	81%	85%	79%	81%
File active	25365	116968	38214	27918	71829	30444	43514	32756	24840	36970	448818

Quelques temps forts de l'année 2023

1. Évaluation du PSN 2021 – 2023

L'évaluation du PSN 2021 - 2023 a été un processus participatif et a porté sur l'analyse de la dynamique de l'épidémie du VIH au Cameroun ainsi que sur l'analyse des performances programmatiques réalisées au cours de cette période 2021- 2023. Cette évaluation a permis de relever les résultats et constats ci-après :

➤ Concernant la population générale

- Faible disponibilité du préservatif masculin et féminin pour les campagnes et activités de sensibilisation auprès des populations les plus à risque
- Baisse du nombre d'activités de renforcement des capacités des acteurs, de sensibilisation, de production et de distribution des outils et matériels de prévention aussi bien en formation sanitaire qu'en communauté
- Faible accès à l'information et aux services de prévention et de prise en charge des accidents d'exposition au sang et liquides biologiques en communauté et dans la formation sanitaire
- Faible taux de dépistage et de prise en charge des personnes présentant des signes d'IST particulièrement la syphilis
- Enquête nationale de prévalence et bio-comportementale vieille de 5 ans (EDS 2018)

➤ Concernant les populations clés

- Faible identification des cas VIH chez les UDI en formation sanitaire
- Indisponibilité constante et en quantité suffisante du préservatif masculin dans les points de rassemblement des UDI
- Faible utilisation d'approches différenciées d'offre de services adaptées à la cible UDI

➤ Concernant les enfants exposés

- Taux estimé de transmission du VIH de la mère à l'enfant à 12 mois incluant l'allaitement reste élevé (15%)
- Faible identification des enfants exposés (72,4% en 2021 et 76,2% en 2022)
- Faible disponibilité des intrants pour le dépistage par PCR
- Difficultés dans l'acheminement des échantillons de PCR et CV
- Long délai de rendu des résultats de PCR (3 mois et + via plateforme conventionnelle)
- Faible dépistage VIH des nourrissons à 9 mois et à 18 mois

➤ Concernant les jeunes et adolescents

- Faible identification des cas VIH chez les adolescents
- Faible taux de connaissance approfondie du sida chez les filles et garçons globalement particulièrement les 15 à 24 ans
- Faible taux d'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels occasionnels chez les filles et garçons surtout les 15 à 24 ans
- Faible couverture en services de prévention primaire intégrés (Sensibilisation aux VBG, SRH, Promotion de la santé)
- Faible utilisation d'approches différenciées adaptées à la cible des adolescents lors des activités de renforcement des capacités des acteurs, de sensibilisation – faible utilisation des TIC comme outil de communication en direction de cette cible
- Insuffisance d'acteurs communautaires expérimentés pour la mise en œuvre des interventions dans cette cible

A la suite des constats majeurs faits au terme de cette évaluation, les recommandations ont contribué à dégager des priorités pour le nouveau PSN.

2. Élaboration du PSN 2024 - 2030

Le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH élaboré en 2023 comme le précédent repose sur six objectifs majeurs :

- Réduire les nouvelles infections chez les adultes, adolescents et enfants ;
- Éliminer la transmission mère – enfant du VIH ;
- Réduire la mortalité liée au VIH ;
- Améliorer la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH ;
- Lutter contre toute forme de discrimination ;
- Améliorer la gouvernance grâce à une réponse efficace

Les priorités de ce PSN sont alignées aux objectifs d'élimination du VIH d'ici 2030, et prennent en compte objectifs du pays en matière de réponse à la maladie, des aspirations des populations bénéficiaires, du contexte socioculturel, épidémique et programmatique, ainsi que du paysage de financement.

3. Élaboration de la demande de financement GC7

L'année 2023 a été marquée par la soumission d'une demande de financement par le pays au Fonds Mondial pour la riposte au VIH pour la période 2024-2026. Le processus d'élaboration de cette demande de financement a été structuré en plusieurs temps forts.

- **Janvier 2023** : Établissement du comité technique

- **Février 2023**: début du dialogue pays et recueil des priorités des populations cibles et des entités de mise en œuvre
- **Mars 2023** : Partage de la documentation de la subvention et développement de la première version de la demande
- **Mai 2023** : visite de l'équipe pays du Fonds Mondial au Cameroun. Revue de la première version de la demande de financement y compris des documents annexes
- **Juin 2023** : soumission de la demande de financement au Fonds mondial par l'Instance National de coordination des subventions et échanges
- **Juillet -Août 2023** : examen de la demande de financement par le comité technique de revue du Fonds Mondial (TRP)
- **Septembre 2023** : Réponse aux questions du TRP
- **Octobre 2023** : Établissement de la subvention avec le LFA. Ajustement du budget et validation finale des activités
- **Décembre : 2023** Approbation de la subvention

La demande de financement se décline en 9 modules :

Modules 1-3 Prévention : Ce module permettra de contribuer à la réduction de nouvelles infections liées au VIH et autres comorbidités (TB et hépatites virales) en particulier parmi les populations clés les plus exposées au risque, les détenus, les réfugiés, les déplacés internes, les adolescents (es) et de jeunes femmes et les autres populations vulnérables (les travailleurs d'entreprises et les hommes en tenue).

Module 4 PTME : L'objectif du module est la triple élimination de la TME du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B avec intégration du dépistage intégré des femmes enceintes pour ces trois pathologies et intensification des autres activités telles que diagnostic précoce du nourrisson et dépistage de suivi du VIH chez les nourrissons exposés et prophylaxie postnatale des nourrissons.

Module 5 Services de dépistage différencié du VIH : Les priorités du module étaient de renforcer l'identification des personnes vivant avec le VIH . Le module visera en outre l'intensification de la mise en œuvre de l'autodépistage et l'implémentation de l'algorithme à 3 tests.

Module 6 Traitement, prise en charge et soutien : Ce module va contribuer au développement d'une approche holistique prenant en compte tous les aspects des PvVIH y compris les populations clés (médical, psychologique, sexuel et social). Par ailleurs, un accent sera mis sur les personnes âgées et les maladies avancées. La prise en charge pédiatrique reste une priorité de même que les OEV.

Module 7 Réduire les obstacles liés aux droits humains : qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH/la tuberculose. Les deux plans stratégiques VIH et TB ont inscrit dans les

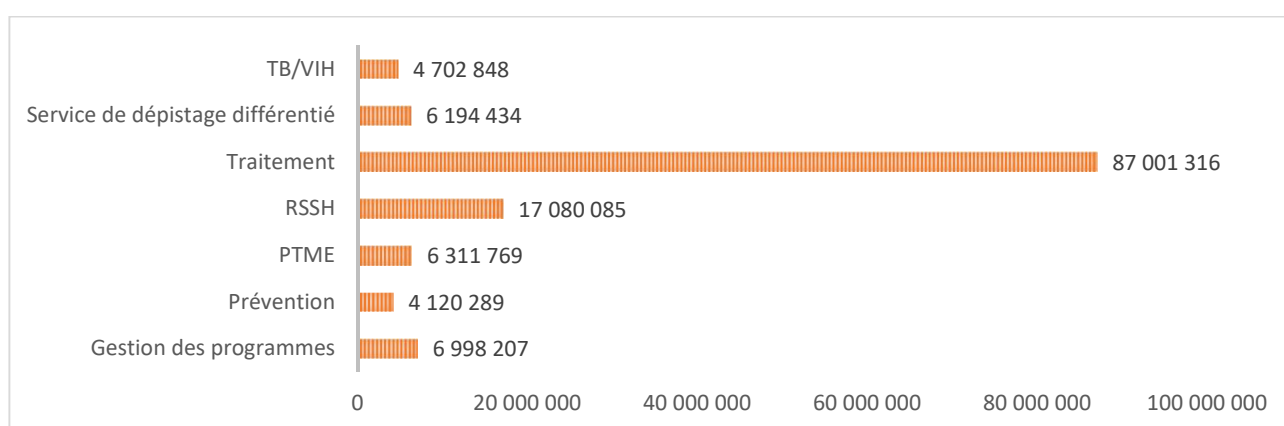
principes directeurs et les objectifs ces interventions autour du renforcement des droits humains et de l'égalité entre les hommes et les femmes ainsi que des populations clés.

Module 8 Co-infection Tuberculose/VIH : Les interventions viseront à renforcer les activités de collaboration à tous les niveaux entre les deux programmes de manière à assurer la fourniture de services intégrés et/ou continus aux patients co-infectés.

Module 9 Gestion de programmes VIH pour la gestion courante de la mise en œuvre du projet par le PR.

Cette nouvelle subvention accordée au Cameroun présente un budget dont le montant s'élève à **132.408.949 Euro** dont **66%** est destiné au module relatif au traitement, soins et soutien et 13% au renforcement du système de santé.

Graphique 1: Répartition du budget du GC7 selon les modules



4. Forum PTME 2023

Dans le but d'évaluer les progrès accomplis et de stimuler la réponse du VIH chez les enfants et les adolescents, un troisième Forum National sur la PTME/PECPA a été organisé en Septembre 2023 par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de l'UNICEF, CDC/PEPFAR, ONUSIDA, OMS, CIRCB et d'autres partenaires. Le thème était : « Riposte multisectorielle en faveur de l'e-TME du VIH, l'accélération vers les objectifs 95-95-95 chez la mère, l'enfant, l'adolescent et la problématique de la pharmaco résistance au Cameroun »

L'objectif général était de renouveler le Momentum pour la riposte et la prévention de la pharmaco résistance au VIH en vue d'une prise en charge optimale du VIH chez les femmes enceintes, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents conformément aux objectifs 95-95-95 au Cameroun.

Ce troisième forum a réuni des experts du niveau stratégique de la gestion des programmes, que des professionnels de mise en œuvre et des bénéficiaires. Par ailleurs, des experts internationaux dans le domaine de l'élimination de la TME (eTME) du VIH et de la prise en charge du VIH chez les enfants et les adolescents ont aussi été mobilisés pour partager leurs expériences dans la traduction des politiques et orientations internationales en programmes nationaux efficaces à grande échelle.

Au terme de ce troisième Forum, la Déclaration d'engagement de Yaoundé a été formulée. Elle définit les actions prioritaires à mettre en œuvre par tous les détenteurs d'enjeux afin accélérer le progrès

vers l'eTME et améliorer la couverture en prise en charge du VIH chez les enfants et les adolescents. Elle a mis l'emphase sur la participation des acteurs communautaires et des acteurs des autres secteurs à la lutte contre le VIH/SIDA. Le Forum a donc été une excellente opportunité pour analyser la problématique de la pharmaco résistance du VIH, identifier les goulots et définir les perspectives pour atteindre les Objectifs 95-95-95 au Cameroun.

5. la mise en place au niveau national d'un groupe de travail multipartenaires de coordination de la DSD,

NB : MINSANTE/ GTC-CNLS A reçu « le prix du pays le plus engagé dans les activités d'apprentissage DSD » lors de la réunion mondiale du réseau CQUIN en Afrique du Sud en Novembre 2023

6. La mise à jour des directives nationales de prise en charge VIH /IST selon les recommandations de l'OMS.

7. La réalisation d'une étude de vérification pour la détermination de la combinaison de tests à utiliser pour la transition à un algorithme à 3-tests pour le dépistage du VIH.

CHAPITRE I : ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH

1. Orientations générales et stratégies de la riposte au VIH

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

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

2. Cartographie des principaux acteurs de mise en œuvre

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

3. Implémentation de la coordination de la riposte

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

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

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

Source : Rapport annuel 2023 des PTF de la lutte contre le VIH au Cameroun

PRODUITS	ACTIVITES DE COORDINATION	DIFFICULTES	POINTS FORTS DE LA STRATEGIE	RECOMMANDATIONS
100% des organes de coordination de la réponse aux niveaux national et régional sont fonctionnels et la multisectorialité est renforcée	Réunion de coordination semestrielle avec les PR (TB/ HIV)	Absence de financement pour la tenue de toutes les réunions	Harmoniser les interventions des différents PR sur le terrain	Implication du programme de lutte contre la Tuberculose ;
	Réunion de coordination avec le PR communautaire (CARE– Cameroun) pour la mise en œuvre du plan d'accélération 2023 de la subvention FM héritée de CAMNAFAW	Procédure de transition de CAMNAFAW à CARE qui a réduit le temps de mise en œuvre	Harmonisation de la vision et suivi intégrer de la mise en œuvre des activités par CARE	Coordination trimestrielle avec ce PR communautaire
	Réunion de coordination trimestrielle avec les OSC (Associations des PVVIH, coalition, KPCLM DE HEDECS)	Absence de financement pour la tenue de toutes les réunions. Faible implication des organisations des PVVIH aux réunions tenues. Réorganisation en cours de la coalition.	Permet une meilleure implication et appropriation de la riposte par les bénéficiaires.	Implication de toutes les organisations des PVVIH Mobilisation des ressources internes
	Réunion de coordination trimestrielle du suivi des SR communautaires et humanitaires de la subvention fonds mondiale.	Définition des indicateurs clés de suivi des SR qui permettent d'évaluer l'apport de ces SR dans la réponse communautaire de riposte au VIH.	Permet une meilleure visibilité de la contribution des SR aux résultats et objectifs des PR.	Disponibilité des rapports de ces SR à temps pour une analyse à temps de l'information Suivi conjoint et concerté des SR par les trois programmes
GAS	Réunion mensuelle de la task Force régionale	Absence de réunion de la task force GAS sur les intrants BID	Il y a une réduction du délai de livraison ; Une réduction des commandes d'urgence due aux commandes en lignes	Les intrants BID doivent être pris en compte lors de l'élaboration du plan de répartition des intrants
	Réunions trimestrielles d'évaluation de la chaîne logistique	Absence de réunions d'évaluation de la chaîne logistique des intrants BID /UNICEF	Évaluer la chaîne logistique au cours du trimestre précédent	Il faudra que le projet BID respecte la chaîne logistique nationale

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

1. Sensibilisation

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

Cette section se penche sur les efforts de communication multiformes, en mettant en évidence les initiatives clés qui ont contribué de manière significative à la riposte nationale au VIH/Sida. Elle illustre l'engagement des acteurs à exploiter le pouvoir de la communication pour stimuler le changement social et promouvoir le bien-être individuel et communautaire.

1.1. Campagne de sensibilisation via des affiches et réseaux sociaux

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

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

Dans le cadre de la mise en œuvre de « Vacances Sans Sida » (VSS) parrainé par la première Dame Madame Chantale Biya et dont le but est de prévenir le VIH/Sida et les IST chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans dans l'ensemble des 10 régions du Cameroun, une campagne multidimensionnelle comprenant la mobilisation communautaire, la communication digitale, le marketing social, le conseil et dépistage volontaires (CDV) a été menée au cours du mois d'août 2023. De cette campagne, il ressort que 3 706 410 adolescents et jeunes ont été touchés par les activités de sensibilisation. La majorité de ces adolescents ont été sensibilisés par le biais des médias (télévision, radio...), suivis des réseaux sociaux, des entretiens individuels et des causeries éducatives. Les efforts de sensibilisation ont été relativement équilibrés entre les hommes et les femmes.

Tableau 12: Nombre d'adolescents et jeunes sensibilisés pendant VSS

	F	G	Total
Nombre d'adolescents et jeunes sensibilisés lors des causeries éducatives	129 727	143 808	273 535

	F	G	Total
Nombre d'adolescents et jeunes sensibilisées lors des entretiens individuels	168 106	162 561	330 667
Nombre d'adolescents et jeunes sensibilisés à travers les réseaux sociaux	513 137	430 636	943 773
Nombre d'adolescents et jeunes sensibilisés à travers les médias (télé, radio...)	1 326 617	831 818	2 158 435
Total	2 137 587	1 568 823	3 706 410

Source : Rapport national VSS 2023

Les données présentées dans le tableau 12 soulignent l'importance d'utiliser divers canaux pour faire passer les messages de prévention du VIH/SIDA aux adolescents et aux jeunes. La campagne VSS a réussi à atteindre un grand nombre de jeunes grâce à une combinaison de médias de masse, de réseaux sociaux et d'interactions en face à face.

Il est particulièrement encourageant de constater qu'une proportion importante d'adolescents et de jeunes ont été sensibilisés par le biais des réseaux sociaux. Cela suggère que les réseaux sociaux peuvent être un outil puissant pour atteindre les jeunes avec des informations sur la prévention du VIH/SIDA.

Cependant, il est également important de noter qu'un nombre important d'adolescents et de jeunes n'ont pas été touchés par la campagne VSS. Cela suggère qu'il est nécessaire de continuer à élargir et à diversifier les efforts de sensibilisation afin d'atteindre tous les jeunes.

Au regard des résultats obtenus au cours de l'année 2022, on en déduit que la sensibilisation via les médias a connu la plus forte croissance, avec une augmentation de +1 418 405 par rapport à l'année 2021 (confer tableau 13). On dénote une augmentation dans toutes les catégories d'indicateurs à savoir les causeries éducatives, les entretiens individuels, les réseaux sociaux et les médias. La plus forte augmentation a été enregistrée pour la sensibilisation à travers les réseaux sociaux, avec une hausse de plus de 935 000 jeunes sensibilisés.

Tableau 13 : Tendances des résultats de sensibilisation entre 2021 et 2022

Indicateurs	2023		2022	
	F	G	F	G
Nombre d'adolescents et jeunes sensibilisées lors des causeries éducatives	129727	143808	58259	66692
Nombre d'adolescents et jeunes sensibilisées lors des entretiens individuels	168106	162561	70455	72618
Nombre d'adolescents et jeunes sensibilisés à travers les réseaux sociaux	513137	430636	4817	3550
Nombre d'adolescents et jeunes sensibilisés à travers les médias (télé, radio...)	1326617	831818	12555	7558
Total	2137587	1568823	146086	150418

Source : Rapport national VSS 2023

Les résultats présentés dans le tableau 13 démontrent un succès remarquable de la campagne VSS 2023 en matière de sensibilisation des adolescents et des jeunes aux questions liées au VIH/SIDA. L'augmentation significative du nombre de jeunes touchés par les messages de prévention dans toutes les catégories d'indicateurs est encourageante et témoigne de l'efficacité des stratégies mises en œuvre.

Il est particulièrement notable que les réseaux sociaux aient joué un rôle crucial dans l'amplification de la portée de la campagne, permettant de toucher un nombre record de jeunes. Cette tendance souligne l'importance d'intégrer les plateformes digitales dans les stratégies de communication en santé publique pour atteindre les populations jeunes et connectées.

La sensibilisation accrue des filles est également un élément positif à souligner, car elle contribue à réduire les disparités entre les sexes en matière d'accès à l'information et aux services de prévention du VIH/SIDA.

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

En prélude à la journée mondiale de lutte contre le Sida, le Cameroun a opté pour une campagne nationale qui s'étend pendant les 30 jours précédant cette journée. Le but de cette vaste campagne est d'accroître un peu plus les connaissances des populations sur le VIH/Sida. A cet effet, un grand nombre d'activités de sensibilisation sont menées par les différents acteurs. Ces activités ont permis de toucher 5 790 238 personnes pour le compte de l'édition 2023. La majorité des personnes touchées l'ont été par le biais des réseaux sociaux et des médias (81 %), suivis des formations sanitaires (19 %), des ONG et OSC (7 %), des sectoriels (4 %), du GTR (3 %), des entreprises privées (0,4 %) et des confessions religieuses (0,5 %). La répartition des efforts de sensibilisation entre les hommes et les femmes a été relativement équilibrée.

Tableau 14: Synthèse des résultats de sensibilisation pendant le mois camerounais

Désignation	Hommes	Femmes	Total
GTR/CNLS	78 397	109 973	188 370
Sectoriels	110 089	120 028	230 117
ONG et OSC	149 635	247 157	396 792
Entreprises Privées	11 690	10 039	21 729
Formations Sanitaires	88 053	118 561	213 405
Confessions religieuses	//	//	27 552
Réseaux sociaux et Médias	2 057 713	2 654 560	4 712 273
TOTAL	2 495 577	3 260 318	5 790 238

Source : rapport mois camerounais 2023 des régions

Les données présentées dans le tableau 14 soulignent l'importance d'utiliser divers canaux pour faire passer les messages de prévention du VIH/SIDA à la population pendant le Mois Camerounais. La campagne de 2023 a réussi à atteindre un grand nombre de personnes grâce à une combinaison de réseaux sociaux, de formations sanitaires, d'ONG et d'OSC, d'organisations sectorielles, du GTR, d'entreprises privées et de confessions religieuses.

Il est particulièrement encourageant de constater que la grande majorité des personnes sensibilisées l'aient été par le biais des réseaux sociaux et des médias. Cela suggère que ces plateformes peuvent être des outils puissants pour diffuser des informations sur la prévention du VIH/SIDA à un large public.

Cependant, il est également important de noter qu'un nombre important de personnes n'ont pas été touchées par la campagne du Mois Camerounais. Cela suggère qu'il est nécessaire de continuer à élargir et à diversifier les efforts de sensibilisation afin d'atteindre tous les segments de la population.

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

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

2.1. Situation générale de la distribution des préservatifs

Au cours de l'année 2023, environ 28 180 438 préservatifs masculins, 1 005 380 préservatifs féminins et 5 615 620 lubrifiants ont été distribués. Les populations les plus à risque d'infection par le VIH ont été les principaux bénéficiaires. La distribution de ces produits s'est principalement faite durant les activités et les campagnes de sensibilisation sur le VIH.

Tableau 15: Synthèse de la distribution des préservatifs en 2023

Structure de distribution	Produits distribués en 2023		
	Préservatif Masculin	Préservatif Féminin	Lubrifiant
CENAME	8 064 224	192 399	902 000
ACMS	7 944 705	5 001	0
Care International	4 464 382	267 046	3 414 224
Horizons Femmes	969 511	392 833	708 396
UNFPA	6 737 616	148 101	591 000
Total 2023	28 180 438	1 005 380	5 615 620

Source : Rapport section communication CNLS 2023

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

En marge des activités de sensibilisation organisées durant l'évènement Vacances Sans Sida, 240 308 préservatifs masculins sur 266 492 disponibles ont été distribués (taux de distribution de 90%). Aussi, 39 917 préservatifs féminins sur 63 879 disponibles ont été distribués (taux de distribution de 62%) et 69 430 gels lubrifiants sur 79 428 disponibles ont été distribués (taux de distribution de 87%).

Tableau 16: Synthèse de la distribution des préservatifs pendant VSS

Régions	Préservatifs masculins disponibles	Préservatifs masculins distribués	Préservatifs féminins disponibles	Préservatifs féminins distribués	Lubrifiants disponibles	Lubrifiants distribués
Adamaoua	8200	8200	3000	1411	10000	6213
Centre	50172	50172	7399	7399	17928	17928
Est	28600	23463	12000	6576	10700	9675
Extrême-Nord	7000	7000	4000	1840	14000	8854
Littoral	50000	43353	20000	7115	6000	5960
Nord	50000	50000	10000	10000	800	800
Nord-Ouest	13800	13800	600	600	14500	14500
Ouest	33600	21200	2000	2000	0	0
Sud	22000	20000	3800	1896	5000	5000
Sud-Ouest	3120	3120	1080	1080	500	500
National	266492	240308	63879	39917	79428	69430

Source : Rapport national VSS 2023

Malgré la persistance des ruptures de stock, les préservatifs et lubrifiants disponibles ont été distribués par les différents acteurs lors du mois camerounais de lutte contre le VIH/Sida. La distribution était généralement associée à des séances de sensibilisation et de dépistage du VIH.

Tableau 17: Synthèse de la distribution des préservatifs au cours du mois camerounais

Acteurs	Préservatifs masculins	Préservatifs féminins	TOTAL préservatifs	Lubrifiants
GTR	71 788	18 200	89 988	131 268
SECTORIELS	57 685	14 209	71 894	16 058
SECTEUR PRIVÉ	52 504	6 768	59 272	28 620
ONG et Associations	468 156	86 355	554 511	390 273
FOSA	74 224	6 556	80 780	10 466
TOTAL	724 357	132 088	856 445	476 685

Source : rapport Mois Camerounais 2023 des régions

Les résultats du tableau 17 nous montrent que la distribution la plus importante était celle des ONG et associations avec 468 156 préservatifs masculins sur les 724 357 distribués (64,63%), 86 355 préservatifs féminins sur les 132 088 distribués (65,37%) et 390 273 gels et lubrifiants sur les 476 685 distribués (81,87%).

2.2. Prophylaxie Pré Exposition (PrEP)

La Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP) constitue une stratégie complémentaire de prévention biomédicale du VIH dont le principe est de donner des ARV à des personnes non-infectées (séronégatives) avant l'exposition au VIH, dans un contexte de relation(s) sexuelle(s) à haut risque.

Au cours de l'année 2023, les activités de dispensation de la PrEP ont été menées par plusieurs partenaires dont CARE et CHP. Les résultats ci-après ont été obtenus le long de la cascade de soins de prévention offerts aux populations clés (MSM et TS).

Tableau 18: Synthèse des résultats de la PrEP en 2023

Indicateurs	Valeurs 2023
Nombre de TS initiées sur PrEP	3 789
Nombre de MSM initiés sur PrEP	2 020

Source : Base de données Care et CHP 2023

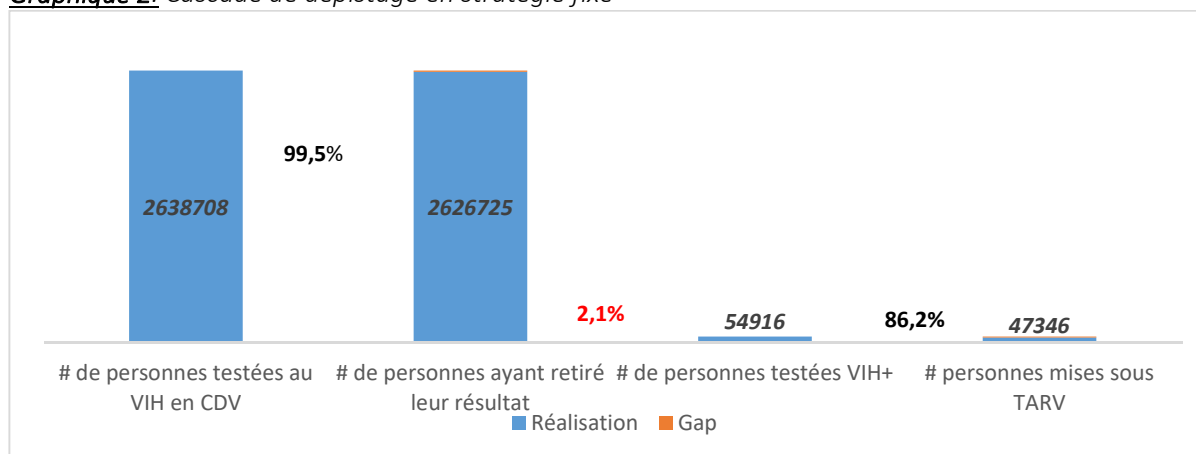
3. Renforcement de l'offre de dépistage

3.1. Dépistage de routine en Formation sanitaire

Le dépistage et la connaissance du statut vis-à-vis du VIH demeurent la pierre angulaire de toute politique de prévention contre cette pandémie. Afin d'étendre l'offre de dépistage du VIH des stratégies de dépistage différenciés ont été adoptées et sont mises en œuvre aussi bien en formation sanitaire qu'en communauté.

Au cours de l'année 2023, 2 638 708 personnes ont été testées au VIH en formation sanitaire dans le pays, parmi lesquelles 54 916 (2,1%) ont été testées positives au VIH représentant une baisse de 0,3% par rapport à l'année 2022. Le taux de mise sous traitement ARV était de 86,2% soit 47 346 personnes enrôlées au TAR.

Graphique 2: Cascade de dépistage en stratégie fixe



Les taux de séropositivités les plus élevés ont été enregistré dans la région du Sud (3,6%), du Centre (2,8%) et de l'Est (2,8%). Les régions du Nord-Ouest (0,9%) et de l'Ouest (1,1%) enregistrent le taux de positivité les plus bas.

Tableau 19 : Nombre de personnes testées ; retrait des résultats et taux de séropositivité selon les régions

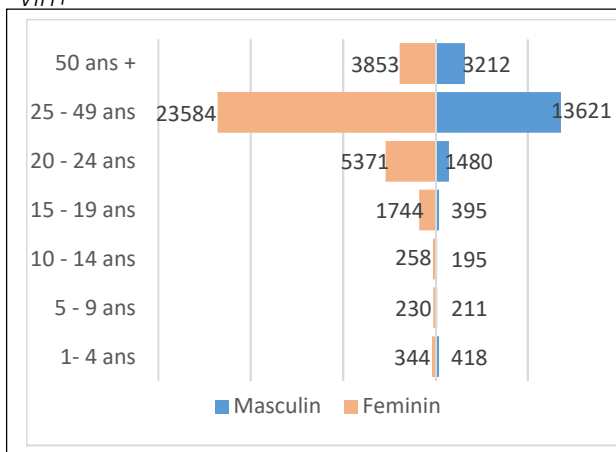
Régions	Personnes testées	Retrait des résultats	Taux de rendu des résultats	Personnes testées positives	Taux de Séropositivité
Adamaoua	184056	183616	99,8%	4533	2,5%
Centre	446365	443213	99,3%	12433	2,8%

Est	232419	231131	99,4%	6568	2,8%
Extrême-nord	323179	320630	99,2%	4957	1,5%
Littoral	391575	390082	99,6%	9507	2,4%
Nord	296193	294193	99,3%	4698	1,6%
Nord-ouest	243331	242887	99,8%	2302	0,9%
Ouest	253851	253750	100,0%	2765	1,1%
Sud	104409	104223	99,8%	3741	3,6%
Sud-ouest	163330	163000	99,8%	3412	2,1%
National	2638708	2626725	99,5%	54916	2,1%

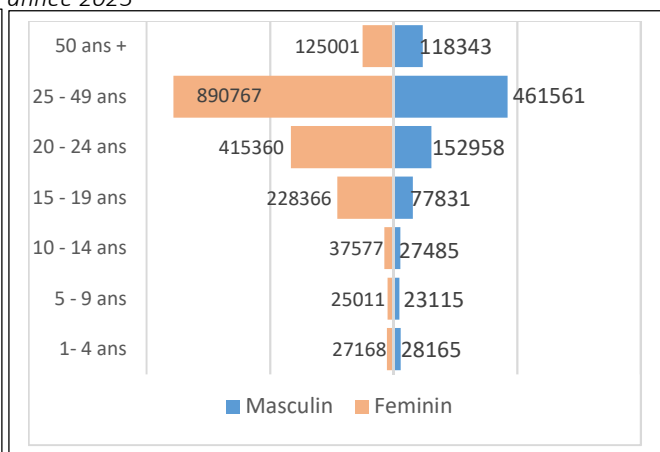
Source : Base DHIS2 2023 du 07/02/2024

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

Graphique 3 : Pyramide des âges des personnes testées VIH+

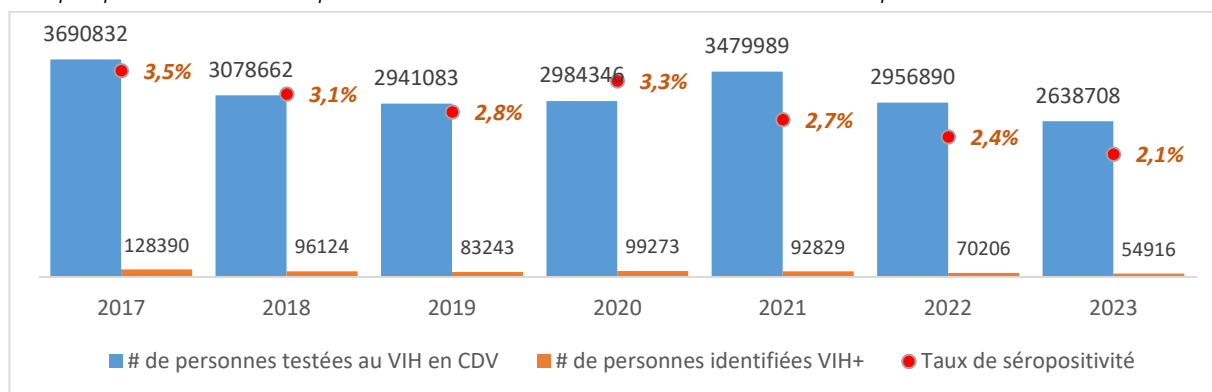


Graphique 4 : Pyramide des âges du dépistage au cours de l'année 2023



On observe par ailleurs qu'entre 2017 et 2023, la séropositivité enregistrée au cours des dépistages de routine a baissé de 3,5% à 2,1%.

Graphique 5 : Nombre de personnes testées et « évolution du taux de séropositivité entre 2017 à 2023



Source : Rapports annuels du CNLS de 2017 à 2023 et Base de données DHIS 2, 2023.

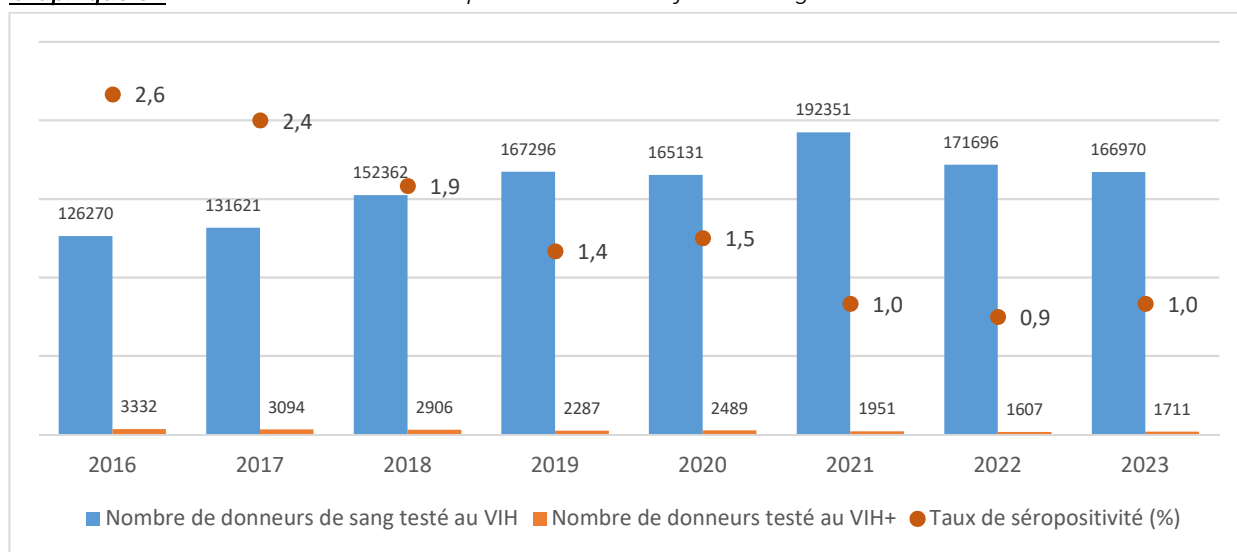
3.2. Sécurisation de la transfusion sanguine

Le dépistage des donneurs de sang a révélé un nombre important d'infections transmissibles par le sang, avec 1 711 cas de VIH, 7 568 cas d'hépatite B et 2 978 cas de syphilis.

3.2.1. Dépistage du VIH en transfusion sanguine

En 2023, 166 970 donneurs de sang ont été testés, révélant 1 711 cas de VIH, soit un taux de séropositivité de 1,02%, en légère augmentation par rapport aux 0,94% de 2022. Ce taux varie de 0,72% et 2,1% selon les régions. L'évolution de la séropositivité en transfusion sanguine est illustrée dans la figure ci-dessous.

Graphique 6 : Évolution du taux de séropositivité en transfusion sanguine de 2017 à 2023



Source : Rapports annuels du CNLS de 2017 à 2022 et Base de données DHIS2 2023

3.2.2. Dépistage de la syphilis en transfusion sanguine

Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un facteur de risque majeur pour l'infection au VIH. C'est pourquoi leur dépistage et leur traitement précoces sont des éléments essentiels d'une riposte efficace et globale au VIH. En 2023, 163 308 donneurs de sang ont été testés pour la syphilis, révélant 2 978 cas syphilis positives, soit un taux de prévalence nationale de 1,82%, en baisse par rapport à 2022. Ce taux demeure cependant élevé dans les régions du Littoral (2,62%) et du Sud-Ouest (2,82%).

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

En 2023, 171 988 donneurs de sang ont été testés pour l'hépatite B dans le cadre de la transfusion sanguine. Parmi eux, 7 568 ont été testés positifs, soit un taux de prévalence de 4,4%, en baisse par rapport aux années 2022 (5,1%) et 2021 (5,7%). Les régions de l'Extrême-Nord et du Nord ont enregistré les taux de prévalence les plus élevés, avec respectivement 7,8% et 8,7% en 2023. Selon l'étude CAMPHIA, la prévalence de l'infection active à l'hépatite B chez les 15 - 64 ans était de 8,3% en 2018, ce qui corrobore les taux de prévalence élevés observés dans certaines régions.

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

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

3.3.1. Dépistage chez les Populations vulnérables

Selon le PSN, les adolescents et jeunes, les utilisateurs de drogue (UD), les clients des TS (CTS) et les orphelins et enfants vulnérables (OEV) sont classés comme populations vulnérables du VIH. Au cours de l'année 141 913 personnes appartenant aux populations vulnérables ont été dépistées pour le VIH dont 68 786 adolescentes en jeunes filles non scolarisées (AJFNS) et 25 978 Adolescents et jeunes garçons non scolarisés (AJGNS). Parmi les personnes testées, 2 513 (1,8 %) se sont révélées séropositives et 1 795 (71,4 %) ont été liées au TARV. Le taux de lien au TARV était le plus élevé chez les OEV (93,8 %) et le plus faible chez les UD (61,6 %).

Tableau 20 : Dépistage et lien au TARV chez les populations vulnérables en 2023

Populations Vulnérable	Personnes dépistées	Personnes testées positives	Taux de séropositivité	Testées positives mises sous ARV	Taux de lien au TARV
AJFNS (10-24 ans)	68786	778	1,1%	578	74,3%
AJGNS (10-24 ans)	25978	257	1,0%	205	79,8%
UD	8980	232	2,6%	143	61,6%
CTS	38044	1246	3,3%	869	69,7%
OEV	125	16	12,8%	15	93,8%
Total	141 913	2513	1,8%	1795	71,4%

Source : Base de données CHP et Care 2023

3.3.2. Dépistage chez les populations clés

En 2023, le dépistage chez les KPs a concerné 122 654 personnes dont 85 635 TS, 33 057 HSH, 877 TG, et 3 085 UDI (Tableau 21). Parmi ces KPs, 5 980 ont été identifiés positifs soit un taux de séropositivité global de 4,9%. Des disparités sont observées entre les sous-groupes : le taux de séropositivité est de 12,0% chez les TG, 6,2% chez les HSH ; 4,9% chez les UDI et 4,3% chez les TS.

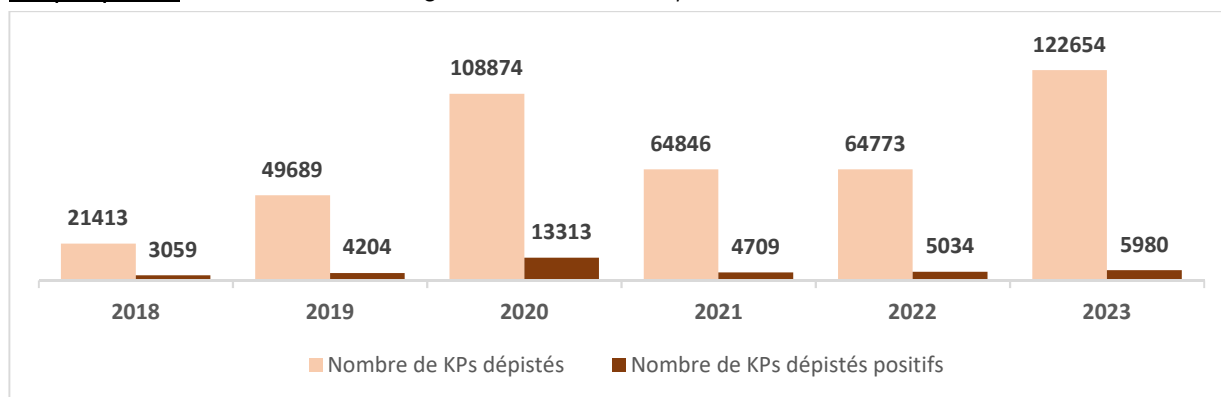
Tableau 21 : Dépistage et lien au TARV chez les KPs en 2023

Populations Clés	Nombre de KP dépistés	Nombre de KP testés positifs	Taux de séropositivité	Dépistés positifs mis sous traitement	Taux de lien au traitement
TS	85635	3683	4,3%	2674	72,6%
HSH	33057	2040	6,2%	1807	88,6%
TG	877	105	12,0%	85	81,0%
UDI	3085	152	4,9%	118	77,6%
Total	122654	5980	4,9%	4684	78,3%

Source : CHP et Care 2023

Entre 2018 et 2023, le nombre de personnes appartenant aux populations clés a varié de 21 413 à 122 654.

Graphique 7 : Évolution du testing et du taux de séropositivité chez les KPs entre 2018 et 2023



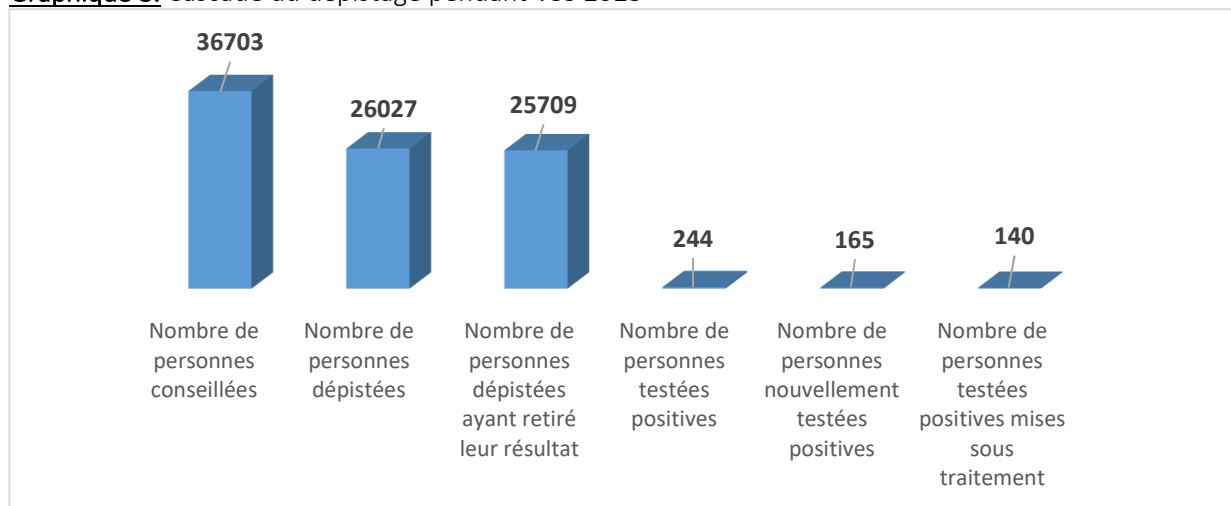
Source : Bases de données CHP, Care 2023

3.3.3. Dépistage lors des évènements spéciaux

- *Vacances Sans Sida*

Pour ce qui est de la promotion du dépistage, 36 703 personnes ont été conseillées sur le VIH durant la campagne de VSS. De ces chiffres, 26 027 personnes ont été testées au VIH et 25 709 ont retiré leurs résultats pour un taux de retrait de 98,8 %. Au total 244 cas positifs ont été enregistrés parmi lesquels 165 étaient nouvellement dépistés VIH+. Le taux de séropositivité sur le plan national en 2023 a été de 0,9%, présentant une baisse de 0,1% par rapport à l'édition de 2022. A l'issue de la campagne, 95% des personnes testées positives ont été enrôlées au traitement.

Graphique 8 : Cascade du dépistage pendant VSS 2023



Source : Rapport VSS 2023

- *Mois Camerounais de lutte contre le VIH/Sida*

Durant le Mois Camerounais de lutte contre le VIH/Sida, 222 957 personnes ont été conseillées pour le VIH. Parmi les personnes conseillées, 174 098 ont été dépistées, soit un taux de dépistage de 78%. Parmi les personnes dépistées, 166 841 ont retiré leur résultat et connaissent leur statut, soit un taux de retrait de 95,8%. Parmi les personnes ayant retiré leur résultat, 2 262 (1,4%) ont été testées positives et 1 992 (88,1%) ont été mises sous traitement antirétroviral (TARV), soit un taux de liaison

au TARV de 88,1%. La stratégie avancée a permis de dépister un plus grand nombre de personnes et d'identifier un plus grand nombre de cas positifs par rapport à la stratégie fixe au cours de cet évènement.

Tableau 22: Cascade du dépistage par type de stratégie pendant le Mois camerounais

Acteurs	Nombre de personnes conseillées	Nombre de personnes dépistées	Nombre de personnes dépistées ayant retiré leur résultat	Nombre de personnes testées positives	Taux de séropositivité (en %)	Nombre de personnes testées positives mises sous traitement	Taux de liaison au TARV
Stratégie fixe	121298	76324	76033	996	1,3%	917	92,1%
Stratégie avancée	101659	97774	90808	1266	1,4%	1075	84,9%
TOTAL	222957	174098	166841	2262	1,4%	1992	88,1%

Source : rapport mois camerounais 2023 des régions

Au cours du Mois camerounais, un total de 31 031 personnes issues de populations clés et vulnérables ont été dépistées pour le VIH. Parmi les personnes dépistées, 668 (2,1 %) ont été testées positives. Le taux de séropositivité était le plus élevé (10,1%) dans la région du Nord-Ouest et le plus faible (0,9%) dans la région du Sud. Le taux de liaison au TARV était le plus élevé chez les populations dépistées dans l'Adamaoua et le Nord-ouest (100%) et le plus faible dans la région de l'Ouest (63,8%).

Tableau 23: Dépistage chez les populations clés et vulnérables pendant le mois camerounais

Régions	Populations clés et vulnérables	Nbre de pers conseillées	Nbre de pers testées	Nbre de résultats retirés	Nbre de pers testées positives	Taux de séropositivité %	Nb de pers testées positives mis sous ARV	Taux de lien au TARV
Adamaoua	TS, HSH, CTS, AGYW, UDI	2268	2268	2268	46	2,3%	46	100,0%
Centre	TS, HSH, CTS	720	720	720	23	3,2%	20	87,0%
Est	TS, HSH, CTS, AGYW, UDI TG, Déplacés internes	1942	1875	2235	85	4,5%	76	89,4%
Extrême-Nord	TS, HSH, CTS, AGYW, UDI	2279	2114	2114	46	2,2%	42	91,3%
Littoral	TS, HSH, CTS, AGYW, UDI, TG, JGNS	8830	8830	8830	226	2,6%	225	99,6%
Nord	TS, HSH, CTS, AGYW, UDI	3 295	3 295	3 295	88	2,7%	62	70,5%
Nord-ouest	FSW, MSM, CFSW, TG	168	168	168	17	10,1%	17	100,0%
Ouest	TS, HSH, CTS, AGYW, UDI, Déplacés internes	3340	3321	3321	47	1,4%	30	63,8%
Sud	TS, HSH, CTS, AGYW	3567	3567	3567	33	0,9%	29	87,9%

Régions	Populations clés et vulnérables	Nbre de pers conseillées	Nbre de pers testées	Nbre de résultats retirés	Nbre de pers testées positives	Taux de séropositivité %	Nb de pers testées positives mis sous ARV	Taux de lien au TARV
Sud-ouest	FSW, MSM, IDU, CTS, AJFNS, AJGNS	4622	5414	5414	57	1,1%	48	84,2%
Total		31031	31572	31932	668	2,1%	595	89,1%

Source : rapport mois camerounais 2023 des régions

3.4. Dépistage différencié du VIH

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

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

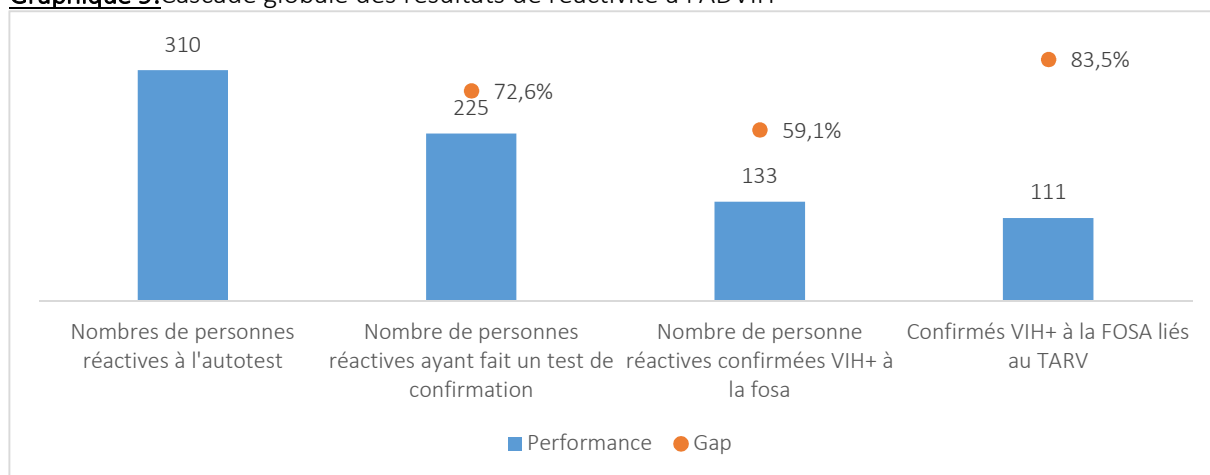
3.4.1. Auto-dépistage du VIH

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

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

La mobilisation pour susciter la demande est effectuée par les pairs éducateurs en communauté, en formation sanitaire par les prestataires de santé pour les cas index et les partenaires des femmes enceintes. Au cours de l'année 2023 après distribution de 43 000 kits d'autotest, 310 personnes ont été réactives. Environ 73% (225) de ceux-ci ont fait un test de confirmation dont 59% (133) ont été confirmés positives au VIH dont 111 enrôlées au TAR.

Graphique 9: Cascade globale des résultats de réactivité à l'ADVIH



Source : Base de données Care 2023

Les statistiques de distribution indiquent que la région du centre a bénéficiée à elle seule de 28% de l'ensemble des Kits distribués au cours de l'année. L'Adamaoua (12%), l'Extrême-Nord (12%) et le Nord (14%) suivant en termes de distribution de kits d'autotest. Le taux de confirmation des autotests réactifs était globalement de 59%, variant de 17% (4/25) dans la région du Centre à 100% (2/2) dans la région du Nord-Ouest. Le taux de liaison au traitement des personnes confirmé positive est de 83% et varie de 56% (9/16) dans la région du littoral à 100%, dans les régions de l'Est (21/21), du Nord-Ouest (2/2) et du Sud (17/17).

Tableau 24: Données sur l'autotest des régions

Régions	Nombre de kits d'autotest distribués	Nombre total de retour de résultats	Nombres de personnes réactives à l'autotest	Nombre de personnes réactives ayant fait un test de confirmation	Nombre de personne réactives confirmées VIH+ à la fosa	Confirmés VIH+ à la FOSA liés au TARV
Adamaoua	5 050	5 050	48	25	16	11
Centre	12 098	12 098	33	23	4	3
Est	3 156	3 156	26	25	21	21
Extrême-nord	5 170	5 170	65	56	24	23
Littoral	3 826	3 826	30	30	16	9
Nord	6 020	6 020	66	29	25	19
Nord-ouest	453	453	2	2	2	2
Ouest	3 102	3 102	5	5	4	3
Sud	2 995	2 995	29	25	17	17
Sud-ouest	2 030	2 030	6	5	4	3
TOTAL	43 900	43 900	310	225	133	111

Source : Base de données Care 2023

3.4.2. Dépistage par cas index en formation sanitaire

C'est une stratégie visant à offrir le dépistage du VIH à l'entourage et aux contacts sexuels des PVVIH. Il est question d'offrir le test de dépistage du VIH à tous les contacts sexuels d'un PVVIH et aussi aux partenaires des utilisateurs de drogue injectable. La mobilisation pour cette stratégie se fait à partir

d'une personne vivant avec le VIH identifiée, à travers les descentes en communauté, par appel téléphonique ou de façon anonyme.

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

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

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

<p style="text-align: center;">Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engagement politique fort • Utilisation efficace des médias et des réseaux sociaux pour sensibiliser aux questions liées au VIH/SIDA. • Couverture élevée du dépistage du VIH. • Baisse du taux de séropositivité au VIH. • Efforts ciblés pour le dépistage du VIH chez les populations clés et vulnérables. • Mise en œuvre du dépistage différencié y compris l'autotest • Disponibilité d'une feuille de route nationale de la prévention. 	<p style="text-align: center;">Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi – évaluation et coordination insuffisants • Manque d'informations sur les motivations et comportements liés au dépistage • Insuffisance des intrants de prévention (préservatifs, gels lubrifiants, etc.) • Insuffisance de campagnes de sensibilisation en faveur de certains groupes de population (jeunes et adolescents)
<p style="text-align: center;">Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégration des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA. • Engagement accru de la communauté et les acteurs de la société civile. 	<p style="text-align: center;">Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de ressources financières • Désinformation et fausses informations sur le VIH/SIDA.

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

La transmission mère-enfant reste la principale cause de l'infection à VIH chez l'enfant au Cameroun. L'e-TME au Cameroun vise la réduction de la TME à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 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.

Résultats par rapport aux cibles programmatiques du PSN 2021-2023

Tableau 25 : Résultats des indicateurs PTME par rapport aux cibles

Indicateurs	Cibles	Performance	
Nbre de Femmes enceintes reçues en CPN et SA	1 049 683	826 115	78,7%
Nombre de FEC testées pour le VIH en CPN et SA	997 199	807 236	81,0%
Nombre de FEC mise sous ARV	23 210	13 899	60,0%
Nombre d'enfants exposés (EE) ayant bénéficié d'un examen PCR	23 210	12 538	54,0%
Nombre d'enfants exposés (EE) ayant reçu la prophylaxie ARV	23 210	12 290	53,0%
Nombre d'EE testés VIH+ mis sous TARV	416	326	78,4%

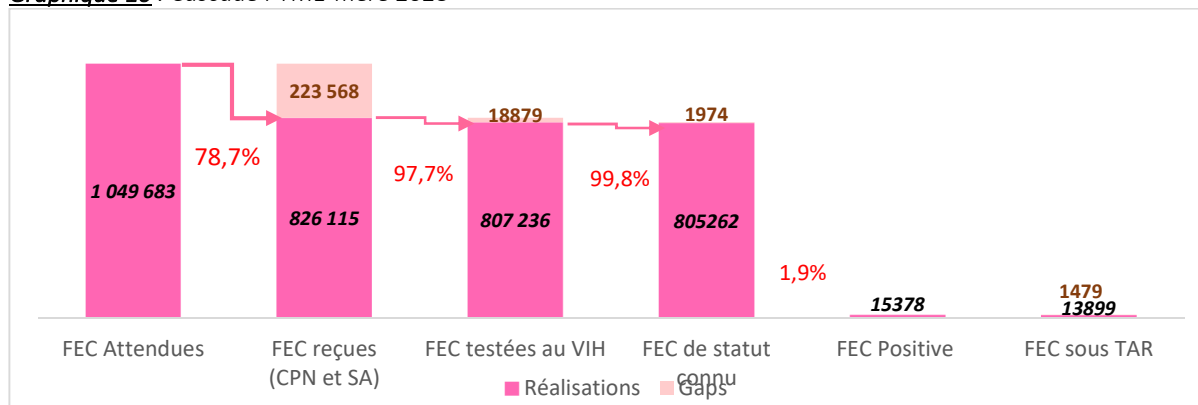
Source : PSN 2021-2023 et données DHIS2, 2023, CIS.

La cascade de la femme enceinte

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) consiste en une cascade de services offerts au couple mère-enfant. Celle-ci passe par la mise en œuvre des interventions dont le but est de réduire la TME du VIH au cours de la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.

La cascade de la PEC de la femme enceinte présente le cadre permettant de quantifier les lacunes en matière d'identification et de prise en charge du VIH chez la FEC. En 2023 sur le plan national, 1 049 683 FEC étaient attendues et 826 115 ont été reçues en CPN ou en SA soit un taux de réalisation de 78,7%. Parmi les FEC reçues, 807 236 (97,7%) ont été testées dont 15378 positives au VIH et 13 899 (90,4%) ont été mise sous TARV.

Graphique 10 : Cascade PTME-mère 2023



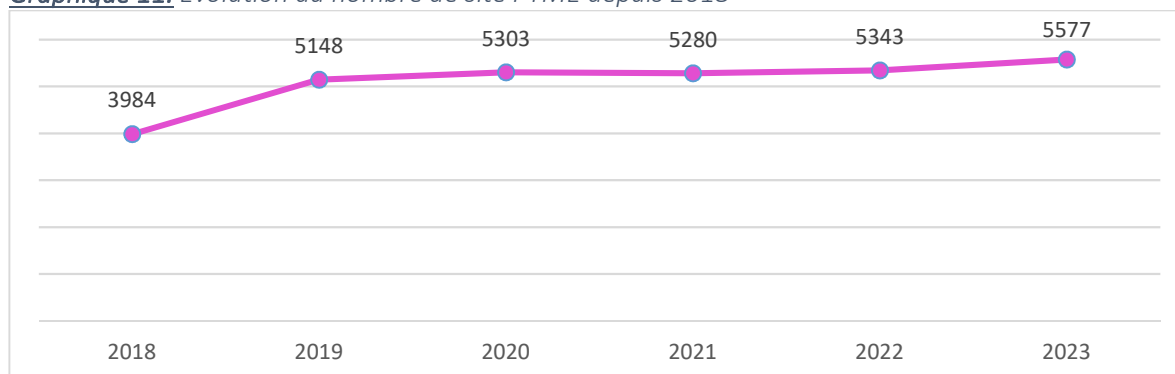
Source : Bases de données de la CIS et Dhis2/Minsanté 2023

1. Offre de service PTME

1.1. Évolution de la couverture en site PTME

Entre 2018 et 2023, le nombre de site rapportant les services PTME est passé de 3984 à 5577 soit une progression de 4,2% sur les 5 ans.

Graphique 11: Évolution du nombre de site PTME depuis 2018



1.2. Couverture géographique en site PTME

Le nombre de formations sanitaires rapportant les services PTME représente 80,3% (5577/6943) des structures sanitaires du pays. Les régions de l'Est (89,1%), du Nord-Ouest (89,5%) et du Sud (88,7%) présente les couvertures PTME les plus élevés du pays tandis que le Sud-Ouest est la région ayant la couverture la plus faibles avec seulement 65,4% de formations sanitaires qui offre les services de PTME.

Tableau 26: couverture en sites PTME

Régions	DS	Nombre de FOSA	Site PTME	Couverture	NB de FEC reçues
Adamaoua	11	231	200	86,58%	60 736
Centre	32	2 171	1673	77,06%	143 789
Est	15	312	278	89,10%	59 487
Extrême- Nord	32	497	410	82,49%	178 535
Littoral	24	1 207	883	73,16%	100 458
Nord	15	347	301	86,74%	108 650
Nord -Ouest	21	438	392	89,50%	37 657
Ouest	20	1008	881	87,40%	77 659
Sud	12	344	305	88,66%	27 138
Sud-Ouest	21	388	254	65,46%	32 006
National	203	6 943	5577	80,33%	826 115

Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

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

L'offre du diagnostic précoce chez les enfants nés de mère VIH+ depuis 2016, se fait à travers la PCR/ADN sur DBS dans les laboratoires conventionnels ou à travers les POC, permettant ainsi de réduire le temps de rendu des résultats et d'améliorer la mise précoce sous traitement des enfants infectés. Dans le cadre de l'offre du diagnostic précoce, le pays compte 88 POC/EID et 4 laboratoires de référence effectuant le diagnostic précoce du VIH. La région de l'extrême-Nord compte le plus grand nombre de POC avec 13 appareils fonctionnels.

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

Régions	Sites PTME	Laboratoire de référence	POC/EID
Adamaoua	200	0	9
Centre	1673	1	10
Est	278	0	9
Extrême-Nord	410	0	13
Littoral	883	0	10
Nord	301	0	9
Nord-Ouest	392	1	9
Ouest	881	1	8
Sud	305	0	7
Sud-Ouest	254	1	4
National	5577	4	88

Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024 et rapports annuels des régions 2023

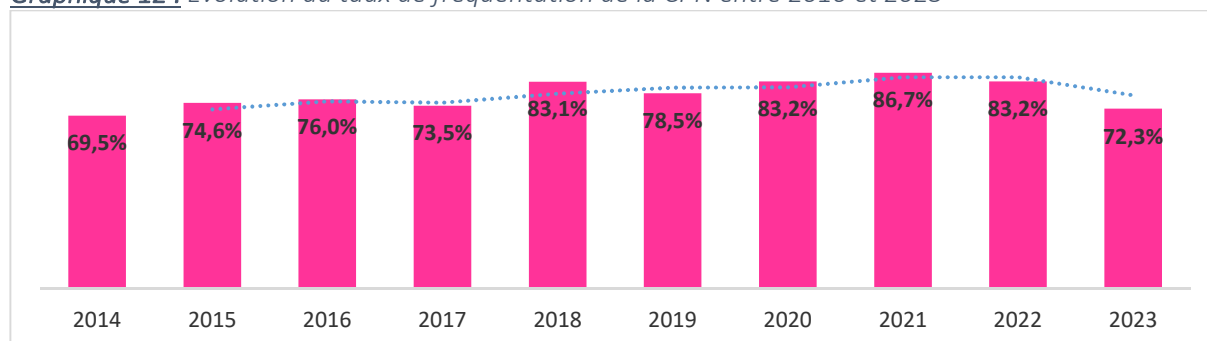
2. Demande de service pour la PTME

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

La consultation prénatale est la principale porte d'entrée pour les interventions de la PTME. Le taux de fréquentation correspond à la proportion des femmes enceintes ayant reçu au moins une CPN et permet de mesurer la couverture des services par rapport à la cible.

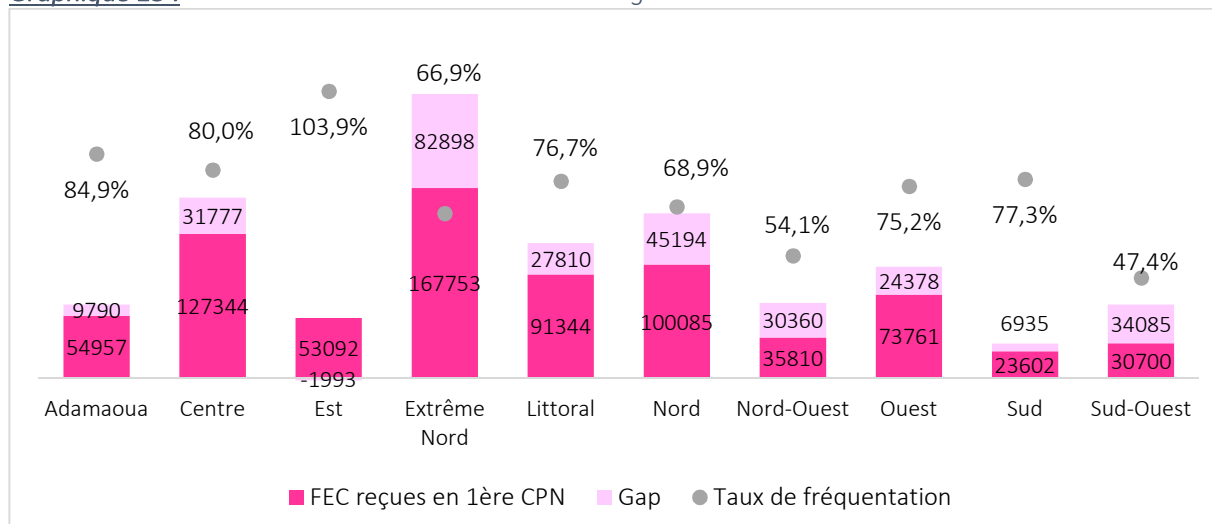
En 2023, la couverture en CPN au niveau national était de 72,3% (758 448/1 049 683). Elle est en régression par rapport à l'année 2022 (83,2%). Ceci peut être expliqué par la non prise en compte par le système des données des formations sanitaires non déclarées.

Graphique 12 : Évolution du taux de fréquentation de la CPN entre 2010 et 2023



Les régions de l'Est (104%) et de l'Adamaoua (85%) présentent les couvertures CPN les plus élevés du pays. Dans le cas de la région de l'Est, le nombre de femmes enceintes reçues en CPN est supérieure au nombre estimé. Cette situation est la même depuis plusieurs années et peut être expliquée par les mouvements des populations venues des pays voisins. Les régions du Sud-ouest (47,4%) et du Nord-Ouest (54,1%) présentent les couvertures les plus faibles certainement dues aux déplacements des populations du fait de la crise sécuritaire.

Graphique 13 : Réalisation de la 1^{ère} CPN au niveau régional



2.2. Prévention primaire de l'infection à VIH et de syphilis

L'offre de service a permis de dépister 538 276 FEC à la syphilis, correspondant à une couverture de 71,0% (538 276/758 448) tandis que 96,3% (730 479/758 448) des femmes enceintes reçues en CPN1 ont bénéficié du test de dépistage du VIH. Cette différence peut s'expliquer par l'absence de la gratuité du test de la syphilis. Par ailleurs seulement 38,5% (17 606/45 699) des cas de syphilis diagnostiqués et rapportés chez la FEC en 2023 ont été traités.

Tableau 28 : Dépistage par région de la syphilis chez la femme enceinte 2023

Régions	Nombres de FEC reçus	Nombre de FEC ayant effectué un test de syphilis	Taux de réalisation du test de la syphilis chez les FEC	Nombre de cas de syphilis diagnostiqués chez les femmes enceintes	Taux de positivité à la syphilis chez la FEC	Nombre de cas de syphilis traités chez les femmes enceintes	Taux de traitement de la syphilis chez la FEC
Adamaoua	54 957	44 448	80,9%	4 353	9,8%	1 097	25,2%
Centre	127 344	81 455	64,0%	5 902	7,2%	2 381	40,3%
Est	53 092	41 516	78,2%	3 909	9,4%	1 123	28,7%
Extrême Nord	167 753	90 824	54,1%	6 860	7,6%	3 230	47,1%
Littoral	91 344	60 165	65,9%	6 791	11,3%	3 075	45,3%
Nord	100 085	70 001	69,9%	6 177	8,8%	1 773	28,7%
Nord-Ouest	35 810	38 096	106,4%	1 962	5,2%	1 543	78,6%
Ouest	73 761	64 824	87,9%	5 701	8,8%	1 891	33,2%

Régions	Nombres de FEC reçus	Nombre de FEC ayant effectué un test de syphilis	Taux de réalisation du test de la syphilis chez les FEC	Nombre de cas de syphilis diagnostiqués chez les femmes enceintes	Taux de positivité à la syphilis chez la FEC	Nombre de cas de syphilis traités chez les femmes enceintes	Taux de traitement de la syphilis chez la FEC
Sud	23 602	16 679	70,7%	1 995	12,0%	563	28,2%
Sud-Ouest	30 700	30 268	98,6%	2 049	6,8%	931	45,4%
Total	758 448	538 276	71,0%	45 699	8,5%	17 607	38,5%

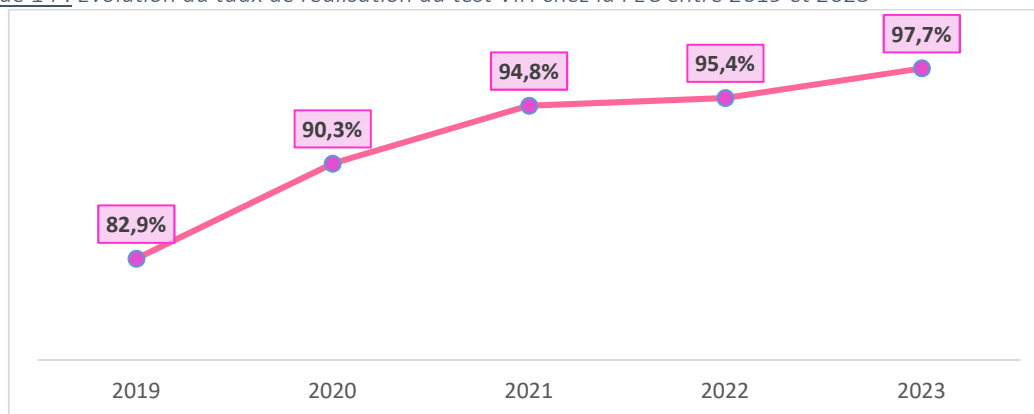
Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

2.3. Dépistage du VIH chez la femme enceinte

2.3.1. Tendence du dépistage dans le temps

En 2023, le dépistage du VIH a été offert aux femmes enceintes en CPN ou en SA. Cette offre a permis d'obtenir une couverture de 97,7% (807 236/826 115) des femmes enceintes reçues et testées en CPN et en SA à l'échelle nationale, en hausse par rapport à 2022 (95,4%). Toutefois, la couverture populationnelle (CPN1 et SA) en 2023 était de 76,9% (807 236/1 049 236) en baisse par rapport à celle de 2022 (80,7%). Des efforts restent encore à fournir pour atteindre l'objectif 95% du dépistage du Plan stratégique National 2021-2023.

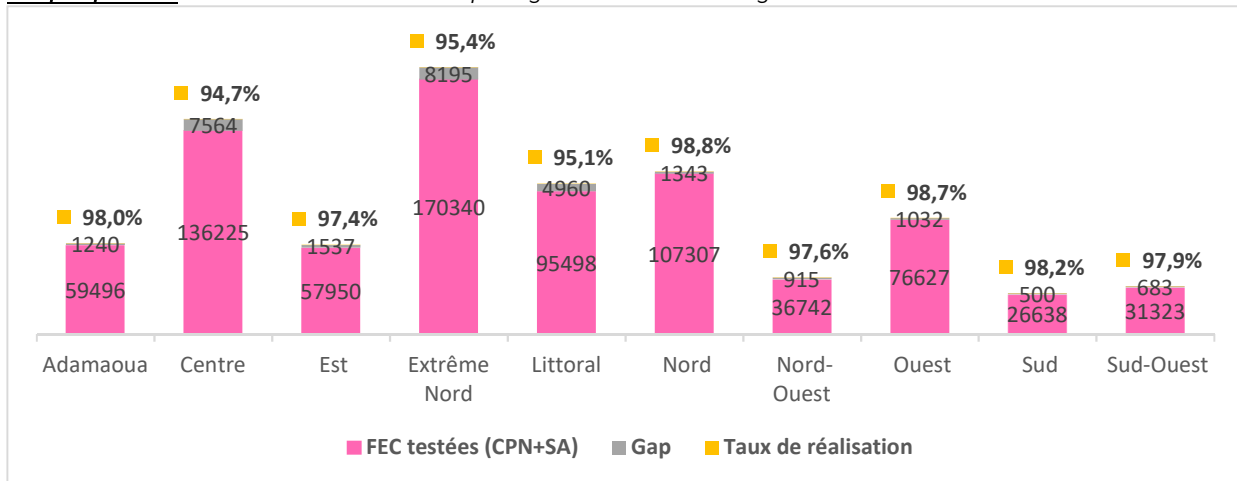
Graphique 14 : Evolution du taux de réalisation du test VIH chez la FEC entre 2019 et 2023



Source : DHIS2/Minsanté 2023

Il ressort du graphique 15 que le taux de réalisation du dépistage chez la FEC est passé de 82,8% en 2019 à 97,7% en 2023, ce qui pourrait être dû à l'intensification des stratégies avancées pour l'offre de la CPN (y compris la PTME) menées dans toutes les régions du Cameroun depuis 2021.

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

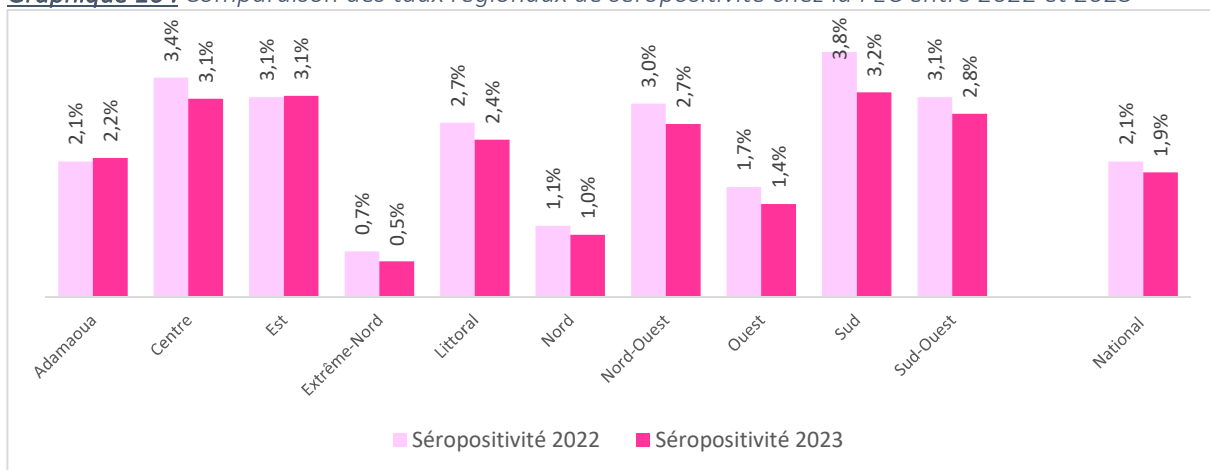


Source : Dhis2/Minsanté 2023

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

En 2023, 97,7% des femmes enceintes ont accepté le test VIH avec 15 378 identifiées VIH+ parmi lesquelles 59,1% (9 090) qui connaissaient déjà leur statut VIH+ avant la grossesse en cours. Le taux de séropositivité observé était de 1,9% en légère baisse par rapport à 2022 où il était de 2,1%. La figure ci-dessous présente le taux de séropositivité chez les FEC par région au cours de l'année 2023. On a remarqué une baisse de ce taux dans la plupart des régions exception faite de l'Adamaoua où ce taux a légèrement augmenté et de l'Est où il est resté constant.

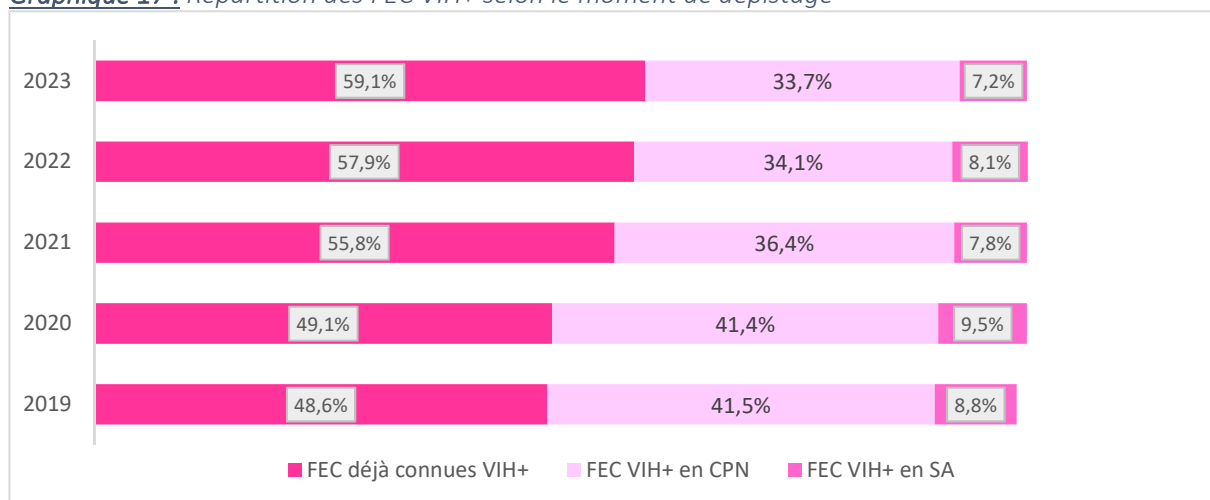
Graphique 16 : Comparaison des taux régionaux de séropositivité chez la FEC entre 2022 et 2023



Source : Rapport annuel 2022 et Base de données Dhis2/Minsanté 2023

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 2023. On constate une baisse progressive de la proportion de femmes nouvellement dépistées VIH+ en CPN de 41,5% en 2019 à 33,7% en 2023.

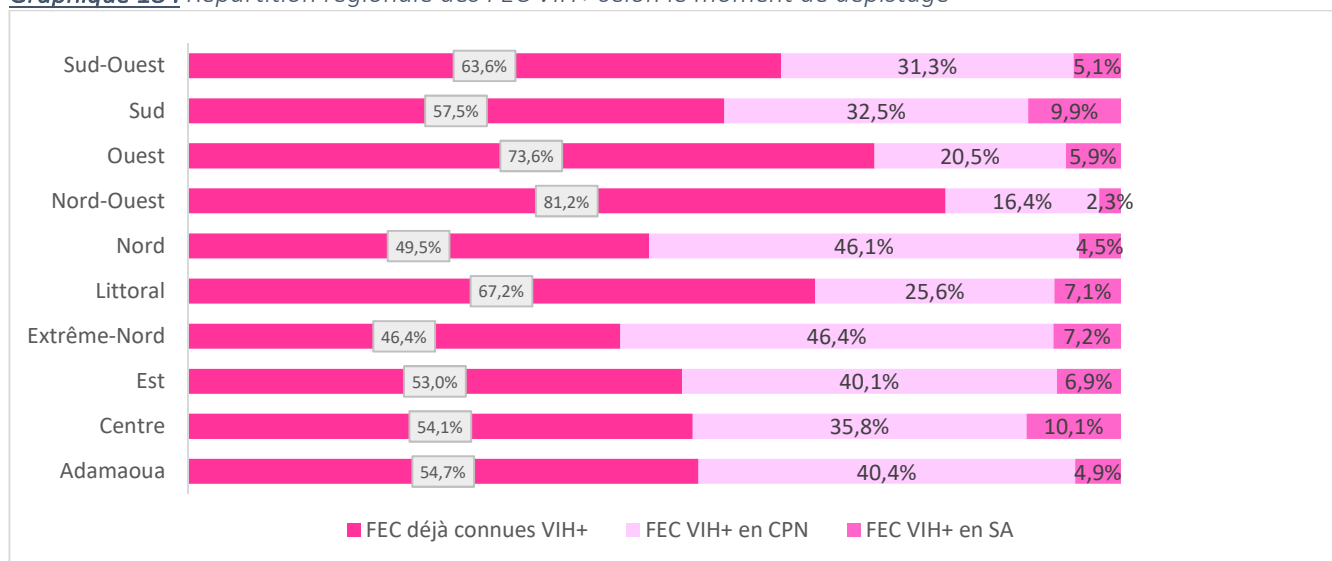
Graphique 17 : Répartition des FEC VIH+ selon le moment de dépistage



Source : Base de données Dhis2/Minsanté 2023

La répartition régionale des femmes enceintes identifiées VIH+ en fonction de la porte d'entrée montre des disparités. En effet, on a constaté que les régions du Nord-Ouest et de l'Ouest, ont présenté respectivement 81,2% et 73,6% de femmes enceintes de statut déjà connu parmi les FEC VIH+ identifiées, tandis que les régions de l'Extrême-Nord et du Nord ont présenté les taux les plus bas, respectivement 46,4% et 49,5%.

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



Source : Base de données Dhis2/Minsanté 2023

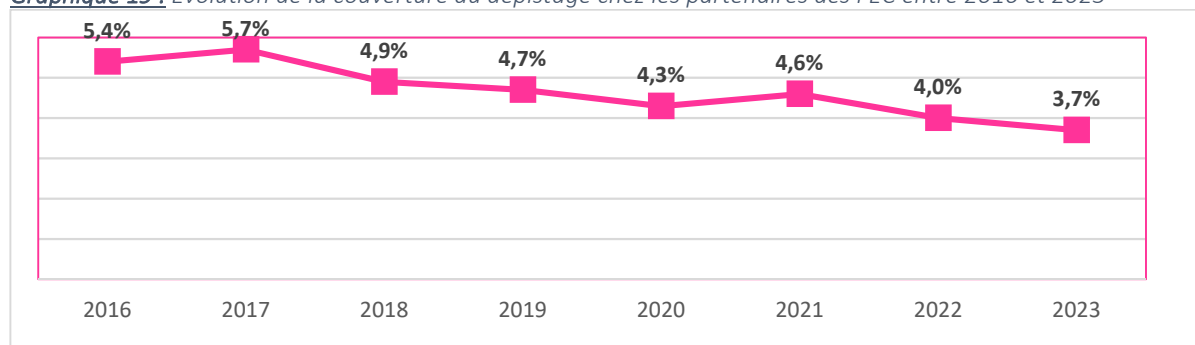
Dans le cas très particulier du re-testing des femmes enceintes, il s'agit des dépistages effectués soit en CPN3/4 ou en SA permettant ainsi de rattraper celles ayant eu un test négatif en CPN1 et qui se serait infectées durant la période s'écoulant jusqu'aux autres CPN ou en salle d'accouchement. En 2023, 295 720 femmes enceintes ont bénéficié d'un re-testing. 47,3% de ces re-testing ont été effectués en SA. Le taux de séropositivité au VIH obtenu au cours du re-testing en CPN3/4 et en SA a été de 0,2 %. Le re-testing a permis de capter 660 FEC VIH+ additionnel.

2.4. Dépistage chez les partenaires des FEC

L'approche familiale promeut que les femmes enceintes soient accompagnées par leurs partenaires masculins lors des consultations prénatales, afin de pouvoir bénéficier du dépistage du VIH.

On constate selon le graphique 17 une régression de la couverture du dépistage des partenaires. En effet, depuis 2017 le taux de réalisation du test de dépistage chez les partenaires des femmes enceintes est passé de 5,7% à 3,7% en 2023.

Graphique 19 : Evolution de la couverture du dépistage chez les partenaires des FEC entre 2016 et 2023



Source : Rapports annuels de 2016 à 2022 et Base de données DHIS2 2023

Le ratio des partenaires testés par rapport aux FEC testées stagne à 0,04 (soit environ 1 partenaire pour 22 FEC testées). 427 PvVIH ont été identifiées à travers le dépistage des partenaires des FEC, la majorité ayant été recensée dans la région de l'Est (111).

D'après le tableau 30, la séropositivité chez les partenaires masculins des femmes enceintes testées était à 1,4% (427/29 625) au cours de l'année 2023 légèrement en hausse par rapport à 2022 (1,3%) et en deçà de celui des femmes enceintes (1,9%) pour la même année. Au niveau régional, on a noté des variations de 0,74% (28/3 793) dans la région de l'Ouest à 3,57% (111/3 108) dans la région de l'Est.

Tableau 29 : Dépistage du VIH chez les partenaires des FEC

Régions	Nombre de FEC reçues (CPN&SA)	Nombres de FEC testés au VIH (CPN&SA)	Nombre de Partenaires des FEC testés au VIH	Ratio partenaires testés sur FEC testées	Nombre de Partenaires des FEC testés VIH+	Taux de séropositivité des partenaires au VIH (%)	Ratio partenaire testé VIH+ - FEC VIH+
Adamaoua	60 736	59 496	1 911	0,03	16	0,84%	0,03
Centre	143 789	136 225	5 025	0,04	82	1,63%	0,05
Est	59 487	57 950	3 108	0,05	111	3,57%	0,14
Extrême-Nord	178 535	170 340	2 005	0,01	18	0,90%	0,04
Littoral	100 458	95 498	4 304	0,05	40	0,93%	0,06
Nord	108 650	107 307	2 664	0,02	20	0,75%	0,04
Nord-Ouest	37 657	36 742	1 604	0,04	30	1,87%	0,17
Ouest	77 659	76 627	3 793	0,05	28	0,74%	0,10
Sud	27 138	26 638	2 488	0,09	20	0,80%	0,06
Sud-Ouest	32 006	31 323	2 723	0,09	62	2,28%	0,20
National	826 115	798 146	29 625	0,04	427	1,44%	0,07

Source : DHIS2/Minsanté 2023

2.5. Couverture en ARV des FEC VIH+

L'offre des services de PTME dans les sites fonctionnels a permis d'enregistrer 15 378 femmes enceintes séropositives dont 6 288 nouvellement dépistées. Parmi les femmes enceintes séropositives enregistrées, 13 899 sont sous TARV correspondant à une couverture de 90,38%. Parmi celles sous TARV, 8 662 (62,3%) l'étaient avant la grossesse, 4 354 (31,3%) ont été mises sous ARV au cours de la CPN et 883 (6,4%) en salle d'accouchement.

En 2023, 1 479 femmes enceintes VIH+ n'ont pas été mises sous TARV correspondant à autant d'opportunités manquées d'éviter la TME du VIH. Les principales causes seraient : le refus de la femme enceinte VIH+, le non-respect des directives nationales avec la stratégie 'Test and Treat' et la mauvaise gestion des stocks ARV.

En 2023, les femmes enceintes séropositives attendues sur le plan national étaient estimées à 23 210 selon les estimations Spectrum (2023). Ainsi, le pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant reçu le TARV pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant d'un point de vue populationnel était de 64,4% (13 899/22 162), inférieur à la performance de 2022 (69,4%).

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

Régions	Nombre de FEC déjà connues VIH+	Femmes enceintes déjà connues VIH+ sous TARV	Couverture TARV chez les FEC déjà connues VIH+	Nombre de FEC nouvellement identifiées VIH+ (CPN&SA)	Nombre de FEC nouvellement identifiées VIH+ mises sous TARV (CPN&SA)	Couverture TARV chez les FEC nouvellement dépistées VIH+ 2023	Couverture TARV chez les FEC nouvellement dépistées VIH+ 2022
Adamaoua	701	695	99,1%	580	571	98,4%	100,0%
Centre	2265	1994	88,0%	1921	1164	60,6%	64,1%
Est	957	923	96,4%	849	779	91,8%	90,9%
Extrême-nord	430	413	96,0%	497	459	92,4%	93,6%
Littoral	1566	1546	98,7%	763	725	95,0%	99,3%
Nord	508	492	96,9%	519	501	96,5%	95,6%
Nord-ouest	800	787	98,4%	185	163	88,1%	85,4%
Ouest	811	798	98,4%	291	261	89,7%	96,8%
Sud	486	476	97,9%	359	357	99,4%	97,7%
Sud-ouest	566	538	95,1%	324	257	79,3%	85,2%
National	9090	8662	95,3%	6288	5237	83,3%	85,1%

Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

Le tableau 30 présente la 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 83,3% contre 95,3% pour celles dont le statut était déjà connu.

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

Au niveau régional, les régions du Centre (60,6%), Nord-ouest (88,1%) et Sud-ouest (79,3%) sont celles qui ont présenté les plus faibles taux de couverture TARV chez les FEC nouvellement dépistées VIH+. Ceci pourrait s'expliquer par (i) l'insuffisance en personnels formés en PTME, (ii) les crises socio-

politique et sécuritaire, (iii) les 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+**

La région du Centre a présenté le plus faible taux (88,0%) posant non seulement le problème de la rétention des femmes sous ARV mais aussi celui de l'initiation au TARV.

2.6. 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.

En 2023, moins d'un quart (23,3%) des FEC nouvellement initiées aux ARV ont été mises sous INH prophylactique au niveau national. Les régions de l'Extrême-nord et de l'Ouest présentent des couvertures extrêmement basses soit respectivement 8,9% et 9,2%.

Tableau 31 : Couverture régionale en INH chez la FEC VIH+

Régions	Nombre de FEC VIH+ nouvellement initiées aux ARV	Nombre FEC VIH+ nouvellement initiées aux ARV qui ont reçu l'INH	Couverture en INH des FEC VIH+ nouvellement initiées sous ARV
Adamaoua	571	167	29,2%
Centre	1164	243	20,9%
Est	779	119	15,3%
Extrême Nord	459	41	8,9%
Littoral	725	295	40,7%
Nord	501	78	15,6%
Nord-Ouest	163	47	28,8%
Ouest	261	24	9,2%
Sud	357	52	14,6%
Sud-Ouest	257	155	60,3%
National	5237	1221	23,3%

Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

➤ CV chez les FEC VIH+

Le suivi des femmes enceintes dans le cadre de la PTME est également effectif sur le plan biologique. En effet, il est prévu que ces dernières réalisent des examens de la charge virale chaque 3 mois durant leur grossesse. Les données collectées pour cet examen dans le cadre du suivi des sites appuyés par les partenaires cliniques de CDC révèlent que le taux de réalisation de la CV chez la FEC est de 51% (3565/6982) et le taux de suppression la CV est de 93,4% (3331/ 3565). Il faut souligner que ces données représentent près de la moitié des FEC VIH+ identifiées au niveau national.

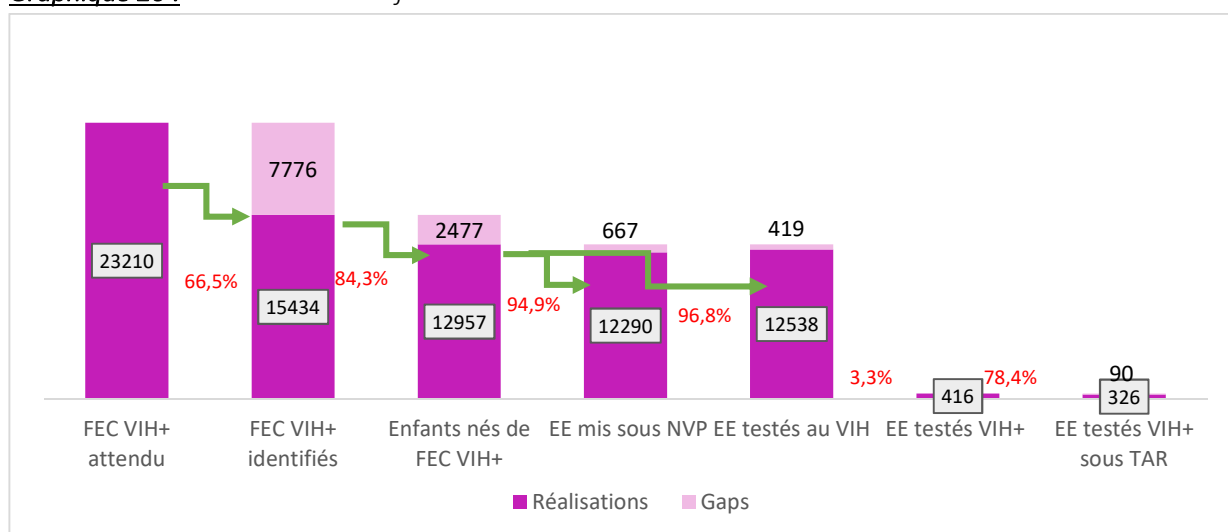
2.7. Prise en charge des enfants exposés

Le suivi des EE jusqu'à 24 mois comprend : l'administration de la Névirapine, la réalisation du diagnostic précoce du VIH et l'administration du Cotrimoxazole.

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

L'analyse de la cascade de prise en charge de l'enfant exposé présentée dans le graphique 20 ressort globalement que 12 957 enfants exposés avaient été identifiés parmi lesquels 12 290 soit 94,9% ont été mis sous Névirapine sirop. Cette performance est presque constante par rapport à celle de 2022 (94,3%). Au total, 12 538 EE ont été dépistés par PCR parmi les 12 957 identifiés (96,8%) avec 416 (3,3%) dépistés positifs et 326 mis sous traitement, soit un taux de mise sous traitement de 78,4% presque constant comparé à 78,2% en 2022

Graphique 20 : Cascade PTME-Enfant 2023

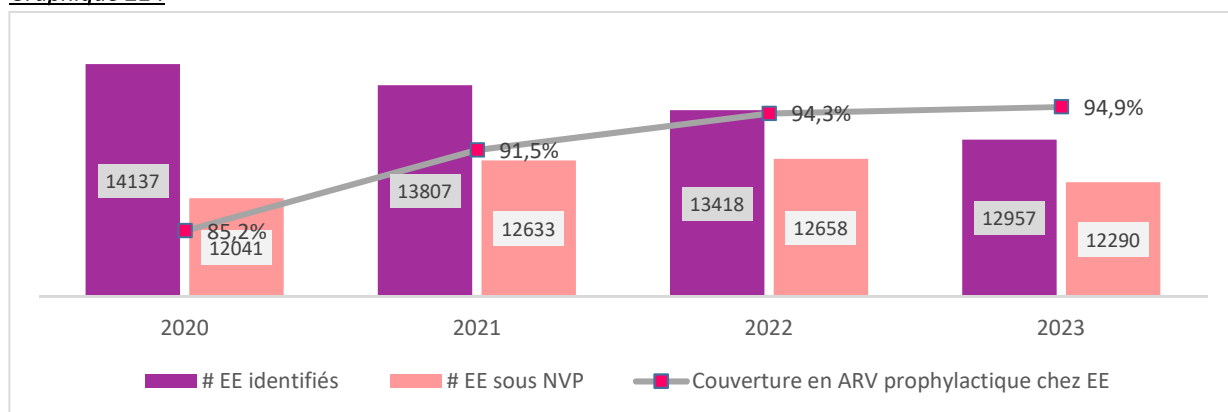


Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

2.7.2. Couverture en ARV prophylactique chez l'enfant exposé

Les ARV prophylactiques chez les EE sont recommandés dans les 72h qui suivent la naissance afin de réduire les risques d'infection par le VIH. Après une baisse de la couverture programmatique en ARV prophylactique chez les EE en 2020, on a noté une hausse en 2023, passant de 85,17% à 94,85%.

Graphique 21 : Évolution de la couverture en NVP chez les EE entre 2020 et 2023



Source : Rapports annuels CNLS/ Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

L'analyse régionale a montré de faibles résultats dans les régions du Centre, de l'Extrême-Nord et du Sud-Ouest respectivement 89,36% ; 90,24% et 90,10%.

Les raisons pouvant expliquer ces résultats sont entre autres l'éloignement de certains districts limitant la livraison au dernier kilomètre, entraînant des ruptures artificielles en intrants, les affectations constantes des personnels déjà formés mais aussi beaucoup d'incohérences aux niveaux des données.

Tableau 32 : Couverture régionale en ARV prophylactique chez les EE 2023

Régions	Nombre de FEC attendues VIH+	Nombre de FEC VIH+	Nombre de FEC VIH+ sous TARV	Couverture en ARV de la FEC VIH+	Nombre d'EE identifiés	Nombre d'EE sous NVP	Couverture en ARV prophylactique chez les EE
Adamaoua	1933	1 281	1266	98,8%	1022	1008	98,6%
Centre	6318	4 186	3158	75,4%	3168	2831	89,4%
Est	2726	1 806	1702	94,2%	1244	1209	97,2%
Extrême Nord	1399	927	872	94,1%	656	592	90,2%
Littoral	3515	2 329	2271	97,5%	2343	2334	99,6%
Nord	1550	1 027	993	96,7%	785	727	92,6%
Nord-Ouest	1487	985	950	96,4%	1130	1111	98,3%
Ouest	1663	1 102	1059	96,10%	1107	1080	97,6%
Sud	1275	845	833	98,6%	664	643	96,8%
Sud-Ouest	1343	890	795	89,3%	838	755	90,1%
National	23210	15378	13899	90,4%	12957	12290	94,9%

Source : Rapport des estimations et projections VIH 2023/ Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

Les meilleures performances obtenues ont été observées dans les régions du Littoral (99,62%), de l'Adamaoua (98,6%), du Nord-ouest (98,3%), de l'Ouest (97,6%) et de l'Est (97,2%). 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.

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

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

- Offre en PCR

Au cours de l'année 2023, 12 957 enfants exposés au VIH ont été identifiés. 96,8% de ces enfants ont bénéficié du diagnostic précoce. Le taux de positivité avant 18 mois est de 3,3%. Seulement 78,4% des enfants dépistés positifs ont été mis sous traitement.

Tableau 33: Couverture en offre d'EID et mise sous TARV en 2023 par région

Régions	EE identifiés	EE testés au VIH	EE testés VIH+	TX de positivité au VIH des EE	EE testés VIH+ ayant été initiés au TARV	Couverture en ARV des EE ayant une PCR+
Adamaoua	1022	1009	56	5,6%	44	78,6%
Centre	3168	2845	122	4,3%	79	64,8%
Est	1244	927	26	2,8%	21	80,8%
Extrême Nord	656	721	39	5,4%	32	82,1%
Littoral	2343	2263	63	2,8%	57	90,5%
Nord	785	766	32	4,2%	24	75,0%
Nord-Ouest	1130	1180	23	1,9%	21	91,3%
Ouest	1107	1235	13	1,1%	11	84,6%
Sud	664	763	13	1,7%	11	84,6%
Sud-Ouest	838	829	29	3,5%	26	89,7%
National	12957	12538	416	3,3%	326	78,4%

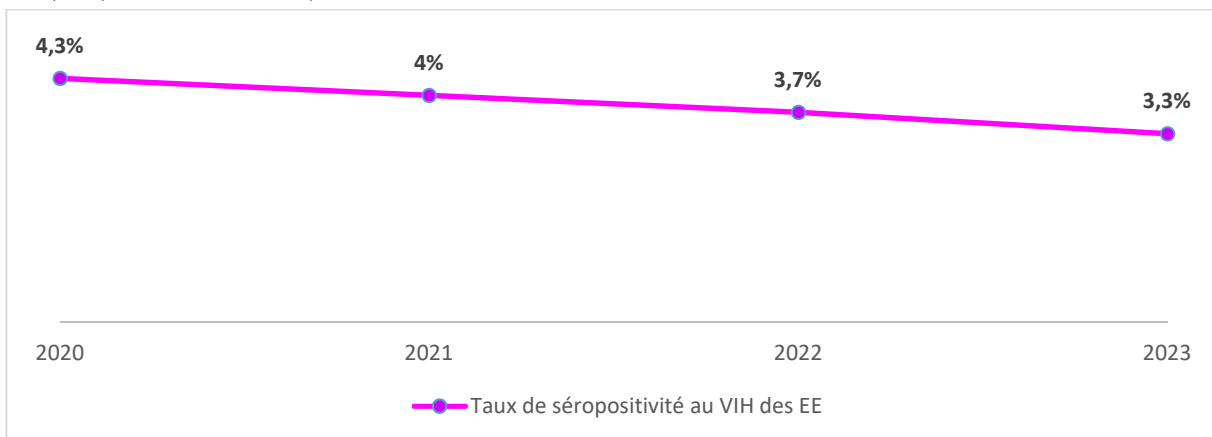
Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

Le taux de réalisation du diagnostic précoce est passé de 99,4% en 2022 à 96,8% en 2023. Le taux de positivité au VIH des EE par PCR quant à lui est passé de 3,7% en 2022 à 3,3% en 2023.

On note néanmoins des disparités régionales avec des taux élevés dans l'Adamaoua (5,6%), à l'Extrême-nord (5,4%), au Centre (4,3%), et au Nord (4,2%), ceci pourrait s'expliquer par l'intensification du dépistage des enfants exposés et la recherche en communauté des enfants dont les mères n'ont pas été mises sous TARV.

- Positivité en PCR

Graphique 22 : Taux de positivité au VIH des EE entre 2020 et 2023.



Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

Le graphique ci-dessus montre une baisse considérable du taux de positivité sur le plan national passant de 4,3 % en 2020 à 3,3% en 2023.

Le taux de positivité a connu une baisse de 0,4% et la mise sous TARV une augmentation de 7,8%. Ces améliorations pourraient s'expliquer par l'optimisation des POC déployés depuis 2021 et la recherche active des EE pour la réalisation du diagnostic précoce.

- **Contribution d'autres intervention dans la recherche des enfants exposés**

Le mois Camerounais de lutte contre le VIH/Sida a été également un évènement contributeur pour la recherche des enfants exposés perdus de vue (EE PDV). Des équipes spécialisées ont mené des enquêtes, sensibilisé les familles et localisé ces enfants, contribuant ainsi à l'amélioration de la cascade PTME enfant. Dans cette recherche, un total de 2 354 EE PDV ont été ciblés. Parmi ces enfants, 1 193 (51 %) ont été effectivement retrouvés. Parmi les EE retrouvés, 894 (75 %) ont été dépistés pour le VIH. Parmi ceux qui ont été testés, 45 (5 %) se sont révélés séropositifs au VIH. Le taux de positivité au VIH parmi les EE PDV était le plus élevé dans les régions du Centre (15%) et de l'Adamaoua (11 %) et le plus faible dans les régions de l'Est, de l'Ouest et du Sud-ouest (0 %) tel que présenté dans le tableau 24. Au total, 23 (51 %) des EE PDV séropositifs au VIH avaient débuté un traitement antirétroviral (ARV).

Tableau 34: Répartition des PDV chez les EE dans les régions

Régions	Nbre d'EE PDV	Nbre d'EE retrouvé	% d'EE retrouvé	Nbre d'EE testé	% d'EE testé	Nbre d'EE testé VIH+	Taux de séropositivité (%)	Nbre d'EE mis sous traitement	Taux de mise sous traitement (%)
Adamaoua	22	19	86%	19	100%	2	11%	2	100%
Centre	1142	224	20%	224	100%	34	15%	12	35%
Est	128	48	38%	48	100%	0	0%	0	0%
Extrême-Nord	//	//	//	//	//	//	//	//	//
Littoral	668	603	90%	316	52%	4	1%	4	100%
Nord	//	//	//	//	//	//	//	//	//
Nord-ouest	156	99	63%	99	100%	4	4%	4	100%
Ouest	23	22	96%	22	100%	0	0%	0	0%
Sud	153	142	93%	142	100%	1	1%	1	100%
Sud-ouest	62	36	58%	24	67%	0	0%	0	0%
Total	2354	1193	51%	894	75%	45	5%	23	51%

Source : rapport mois camerounais 2023 des régions

Les données présentées dans le tableau 34 soulignent l'importance d'identifier et de tester les EP pour le VIH. Le taux élevé de positivité au VIH parmi les EP souligne la nécessité d'interventions ciblées pour prévenir la transmission du VIH dans cette population. Des progrès significatifs ont été accomplis dans la recherche et le dépistage des EP, mais il reste nécessaire d'améliorer

3. Interventions communautaires en faveur de la PTME

L'amélioration de la qualité de la Gouvernance de la réponse nationale passe par la contribution du système communautaire qui devrait atteindre 30% sur le plan stratégique et opérationnel d'ici 2023. Afin d'atteindre cet objectif, plusieurs stratégies et interventions sont mises en œuvre dans divers domaines de la riposte y compris la PTME, lesquelles visent spécifiquement l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cette section présente les résultats des activités réalisées dans ce domaine par les acteurs communautaires et s'articule ainsi autour de quatre axes à savoir la présentation des stratégies et interventions communautaire ; la matrice des intervenants et acteurs communautaires, les résultats des activités menées dans la PTME communautaire en 2023.

3.1. Acteurs communautaires de la PTME

La mise en œuvre des stratégies et interventions communautaires s'est faite avec la contribution des APS et des acteurs ci-après :

- ✚ Les Agents de Santé Communautaire Polyvalents
- ✚ Les leaders religieux
- ✚ Mothers mentors (M2M)
- ✚ Organisation de la Société Civile/Organisations à Base Communautaire

Le tableau 35 présente les cibles et interventions de ces acteurs au cours de l'année 2023.

Tableau 35: cibles et interventions des acteurs communautaires de la PTME

Acteurs	Cibles	Interventions
Mother mentor	<ul style="list-style-type: none"> ✚ FEC/allaitantes VIH+ nouvellement dépistées VIH+ ; ✚ FEC/allaitantes VIH+ à problèmes (non mises sous TARV, Absentes au TARV ou PDV) ✚ Partenaires et familles des FEC VIH+ et/ou allaitantes « à problèmes ». 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Promotion en communauté des services de PTME/SRMNIA et de prise en charge des Violences Basées sur le Genre (VBG) ; ✚ Soutien et accompagnement psychosocial en communauté ; ✚ Recherche active et référence dans les fosas des FEC/FA VIH+ et EE PDV.
Leaders religieux	<ul style="list-style-type: none"> ✚ FEC/allaitantes ; ✚ Partenaires et familles des FEC. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Sensibilisation dans les lieux de culte sur l'utilisation des services de PTME/SRMNIA ; ✚ Soutien et accompagnement psychosocial en communauté.
Organisations à Base Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ✚ FEC/allaitantes ; ✚ Partenaires et familles des FEC. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Sensibilisation sur l'utilisation des services de CPN ; ✚ Plaidoyer ; ✚ Recherche active et référence dans les FOSAs des EE ; ✚ Recherche active et référence dans les FOSAs des nouveaux nés, nés en communauté ;

Acteurs	Cibles	Interventions
		<ul style="list-style-type: none"> ✚ Recherche active et référence dans les FOSAs des FEC/FA VIH+ ; irrégulières, absentes ou PDV au TARV ; ✚ Recherche active et référence dans les FOSAs des FEC/FA non enrôlées dans les services de CPN/CPON ; ✚ Soutien et accompagnement psychosocial en communauté ; ✚ Dépistage démedicalisé ; ✚ Tracking et Incitation en communauté au prélèvement à la charge virale.
Agents de santé communautaires polyvalents	<ul style="list-style-type: none"> ✚ FEC/allaitantes ; ✚ Enfants nés en communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Sensibilisation sur l'utilisation des services de PTME/SRMNIA ✚ Recherche active et référence dans les FOSAs des FEC/FA non enrôlées dans les services de CPN/CPON ; ✚ Recherche active et référence dans les FOSAs des nouveaux nés, nés en communauté.

Source : rapport annuel des acteurs communautaires 2023

3.2. Matrice des intervenants, acteurs communautaires et prestataires de santé de la PTME

La matrice ci-après présente spécifiquement les interventions mises en œuvre par chaque acteur communautaire dans la PTME.

Tableau 36: Matrice des intervenants, acteurs communautaires et prestataires de santé de la PTME en 2023

Intervenants Interventions	OBC	APS	Leaders religieux	M2M	ASCP
Sensibilisation en communauté sur l'utilisation des services de PTME/SRMNIA	x	x	x	x	x
Soutien et accompagnement psychosocial	x	x	x	x	
Dépistage démedicalisé	x				
Recherche active et référence dans les FOSAs des FEC/FA non enrôlées dans services de CPN/CPON	x				x
Recherche active et référence dans les FOSAs des FEC/FA VIH+ irrégulières, absentes ou PDV au TARV	x	x		x	
Recherche active et référence dans les FOSAs des EE	x	x		x	
Recherche active et référence dans les FOSAs des nouveaux nés, nés en communauté	x				x
Gestion des cas de Violence Basées sur le Genre	x			x	x
Accompagnement des FEC/allaitantes et leur famille dans la réalisation des Activités Génératrices de Revenues	x				
Traking et Incitation en communauté au prélèvement de la charge virale	x				
Plaidoyer	x				
Création et animation des groupes de soutien		x		x	

Source : Rapport progrès PTME 2023

3.3. Synthèse des résultats des activités PTME communautaire

En 2023, une combinaison de stratégies et interventions communautaires a été mise en œuvre dans les 10 régions du pays par divers acteurs communautaires.

3.3.1. Stratégie intégrée des Interventions Sous Directives Communautaires (ISDC)

La stratégie intégrée des Interventions Sous Directives Communautaires (ISDC) est couverte dans les régions du Nord-ouest et Sud-ouest par le SR Reach Out et dans les 08 autres régions par Plan Cameroun. Ainsi, 5 710 Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) ont mené des activités dans les 10 régions, 80 Organisations de la Société Civile de District (OSCD) et 755 aires de santé.

Dans le cadre de la participation effective des leaders communautaires et l'accompagnement des collectivités territoriales décentralisées à travers les mairies, Plan Cameroun a organisé des réunions régionales de plaidoyer auprès des collectivités territoriales décentralisées aux niveaux Central, régional et district, afin de faciliter leur appropriation des ISDC, en vue de l'atteinte des objectifs visés par la stratégie et de la pérennisation des activités de santé communautaire. Ces réunions de plaidoyer ont été organisées dans 5 régions.

Quelques recommandations ont été formulées parmi lesquelles :

- La mise sur pied par les mairies des stratégies/activités permettant de générer des revenus pour le soutien des ISDC ;
- La révision des lignes budgétaires des mairies afin de voir dans quelle mesure intégrer la prise en charge financière des ASC dans leur budget.
- L'élaboration de la cartographie des ASCP pour une couverture optimale de l'espace géographique communal.

Le tableau 37 présente la cartographie nationale des ASCP

Tableau 37: Cartographie nationale des ASCP

Région	Nombre OSCD	Nombre AS	Nombre ASCP
Adamaoua	4	39	415
Centre	14	128	733
Est	7	69	341
Extrême-Nord	7	69	821
Littoral	7	56	530
Nord	5	44	533
Ouest	5	55	242
Sud	4	37	175
Nord-Ouest	15	184	1140
Sud-Ouest	12	73	780
Total	80	755	5710

Source : Rapport de progrès PTME 2023

Le déploiement des ASCP dans les 10 régions du pays a permis l'atteinte des résultats suivants :

- 35 221/46 107 (76,3%) femmes enceintes n'ayant pas commencé la CPN ont été référées et reçues à la FOSA ;

- 10 925/25 986 (42,0%) enfants nés en communauté référés et reçus dans la formation sanitaire ;
- 4 085/5 306 (76,9%) enfants absents à la consultation postnatale de 8 semaines, référés et reçus dans la FOSA ;
- 13 133/26 493 (49,5%) femmes enceintes absentes au rendez-vous à la CPN (2, 3 ou 4), 7 jours après la date prévue, référées.

3.3.2. Approche Mother Mentor (M2M)

L'action des M2M vise l'accompagnement psychosocial des femmes enceintes et allaitantes VIH+ pour leur santé et celle de leurs familles. La mise en œuvre de l'approche Mother Mentor (M2M) a été implémentée dans huit régions au cours de l'année appuyées par Georgetown University (GU) ; ICAP ; EGPAF et REACHOUT. Le tableau 38 présente la répartition des 211 M2M déployées dans 08 régions au Cameroun.

Tableau 38: Cartographie nationale des Mother Mentors

Région	Nombre de Mother Formées	Nombre de Mother Mentor actives	Partenaires de mise en œuvre
Adamaoua	11	11 (100%)	ICAP
Centre	41	15 (36,5%)	GU
Est	20	20 (100%)	GU
Extrême-Nord	13	13 (100%)	ICAP
Littoral	17	17 (100%)	EGPAF
Nord	20	20 (100%)	ICAP
Nord-Ouest	65	65 (100%)	REACHOUT
Ouest	00	00	CBCHS
Sud	08	08 (100%)	EGPAF
Sud-Ouest	36	36 (100%)	REACHOUT
Total	261	211 (80,8%)	National

Source : rapports des interventions communautaires régions

En 2023, les près de 80% des M2M formées ont été en activité, avec un déploiement de la totalité dans huit régions et un faible déploiement dans la région du centre. Malgré l'absence de formation des M2M dans la région de l'Ouest (ressources indisponibles), les clients experts ont servi dans certaines FOSA pour le partage d'expérience en CPN/PTME. Les interventions des M2M se sont articulées autour des activités suivantes: la recherche des femmes enceintes n'ayant pas commencé la CPN référées dans la FOSA, la recherche des FEC/FA VIH+ irrégulières, absentes ou PDV au TARV référées dans les FOSAs, la recherche des enfants exposées ramenés dans les FOSAs ; le conseil et dépistage des partenaires des Femmes enceintes, le suivi des FEC/FA VIH+ à problème en communauté ; l'accompagnement psychosocial et les séances individuelles pour le soutien.

3.3.3. Leaders religieux

Dans le cadre de la riposte au VIH, les communautés catholiques, musulmanes, protestantes et des églises de réveils en collaboration avec les structures communautaires contribuent à la mise œuvre du plan d'action de riposte au VIH/Sida dans les lieux de cultes.

En 2023, 1 300 femmes ont été sensibilisées dans les lieux de culte sur l'utilisation des services de CPN. L'on note une incomplétude des données qui est due à la faible mise en œuvre de leur plan d'action au niveau régional.

Le tableau 39 présente la cartographie de ces confessions religieuses ainsi que des structures communautaires partenaires.

Tableau 39: Structures confessionnelles intervenant dans la PTME

Confessions Religieuses	Dénomination des structures partenaires	Scope géographique
CENC	NOLFOWOP, AWA, AFSU, AFASO	1 Région
CEPCA	Groupes de Jeunes, Groupes de femmes	10 Régions
Synergies	CSF, ATFAS+P, TAHBE	05 Régions
CIDIMUC	Groupes de Jeunes, Groupes de femmes	10 Régions
CSIC	Comités Locaux interreligieux de Paix	6 Régions
ACIC	Groupes de Jeunes, Groupes de femmes	10 Régions
FEPEC	Groupes de Jeunes, Groupes de femmes	10 régions

Source : Rapport de progrès PTME 2023

3.3.4. Organisations à base communautaire (OBC)

De nombreuses associations et OBC ont également réalisé des activités dans plusieurs régions dans le cadre de la PTME en complémentarité avec les autres acteurs.

3.3.5. Stratégie avancée pour l'offre de la PTME dans les districts 2023

Les stratégies avancées visent à mener des prestations des services intégrés de CPN dans les districts à faible fréquentation et difficiles d'accès afin de rattraper celles n'ayant pas encore commencé les CPN et les CPON pour les femmes allaitantes.

Des réunions d'orientation et de programmation ont eu lieu dans 9 régions avant la mise en œuvre de cette activité afin de discuter des modalités de mise œuvre dans les districts de santé. Au sortir des réunions, des plans d'actions ont été établis en fonction des réalités et spécificités de chaque District.

Au cours de l'année, les interventions des stratégies avancées dans les districts de santé ont contribué à sensibiliser 15 658 FEC et 1124 FA, ce qui indique une accessibilité limitée des FA aux services de prévention et donc un risque accru de la transmission verticale du VIH durant l'allaitement. De cette sensibilisation, 2 995 femmes enceintes n'ayant pas commencé la CPN référées et reçues dans la FOSA, 1 007 FA ont été référées et reçues en CPON où elles ont reçu le paquet de services y compris les services liés au VIH.

L'on note l'absence de données de la région de Extrême Nord où cette activité n'a pas été mise en œuvre.

3.3.6. Contribution des acteurs communautaires de la PTME en 2023

En 2023, les résultats des interventions communautaires PTME ont contribué à la mise en œuvre des interventions de PTME à travers le renforcement de la fréquentation en CPN, de la prise en charge des FEC/FA VIH+ et de la prise en charge des EE. Le tableau ci-après présente la synthèse des résultats de la mise en œuvre des interventions PTME par les acteurs communautaires (tableau 40).

Tableau 40: Synthèse des résultats des interventions communautaires de PTME 2023

Résultats des interventions communautaires	Confessions religieuses	ASCP	OBC	M2M	Stratégies avancées	Total
Nbre de femmes sensibilisées dans les lieux de culte sur l'utilisation des services de CPN	1300					1300
Nbre femmes sensibilisées en communauté sur l'utilisation des services de CPN		23 628	5712		15658	44998
Nbre FA sensibilisées en communauté sur l'utilisation des services de CPN					1124	1124
Nbre de femmes enceintes n'ayant pas commencé la CPN référées et reçues dans la FOSA		35221	2332	4705	2995	45253
Nombre de FA, référées et reçues en CPON					1007	1007
Nbre FEC/FA dépistées au VIH					2669	2669
Nbre FEC/FA dépistées VIH +					46	46
Nbre de FEC/FA référées et testées VIH+ et mises sous TARV					43	43
Nombre de femmes enceintes absentes du rendez-vous à la CPN, (2, 3 ou 4), 7 jours après la date prévue, référées		13133				13133
Nombre d'enfants absents à la consultation postnatale de 8 semaines, référés et reçus dans dans la FOSA		4085	547		47	4679
Nbre de femmes ayant accouchées en communauté référées et reçues dans les FOSAs		805	0		128	933
Nbre de nouveau-nés, nés en communauté retrouvés, référés et reçus dans les FOSAs		10925	547		87	11559
Nbre de FEC/FA VIH+ irrégulières, absentes ou PDV au TARV retrouvées et référées dans les FOSAs			23	576	110	709
Nbre d'EE retrouvés et ramenés dans les FOSAs			244	129	51	424
Nbre de partenaires des Femmes enceintes conseillés et dépistés			723	135	217	1075
Nbre de FEC/FA VIH+ à problème suivies en communauté				610		610
Nbre de séances individuelles réalisées pour le soutien et accompagnement psychosocial			1531	2506		4037

Résultats des interventions communautaires	Confessions religieuses	ASCP	OBC	M2M	Stratégies avancées	Total
Nbre de personnes sensibilisées sur l'utilisation des services de prise en charge des Violences Basées sur le Genre (VBG)			1605			1605
Nbre de FEC/allaitantes VIH+ et leurs familles accompagnées dans la réalisation des Activités Génératrices de Revenu						0
Nbre de groupes de FEC/allaitantes VIH+ et leurs familles accompagnées dans la réalisation des Activités Génératrices de Revenu						0
Nbre de familles touchées par le Plaidoyer communautaire sur le diagnostic précoce chez les EE			230			230
Nbre d'acteurs communautaires des OBC Mentorés sur le SRMNIA/PTME			162			162
Nbre de FEC/FA VIH+ Incitées en communauté au prélèvement de la charge virale			1443			1443
Nbre de groupes de soutien fonctionnels créés						0
Nbre de séances d'animation des groupes de soutien réalisés			245			245

Source : Rapport de progrès PTME 2023

Les données du tableau 41 proviennent de sources diverses à savoir les rapports régionaux des ateliers annuels de programmation et d'orientation générale sur la mise en œuvre des activités PTME communautaire dans les districts de santé , les rapports semestriels des points focaux régionaux communautaires, les fiches d'activités mensuelles des M2M, le rapport semestriel de Plan Cameroun, les rapports régionaux d'orientation et de programmation de la PTME communautaire et des OBC (NOLFOWOP, CIBAEVA, NGOMOTO, ASAD et HORIZONS FEMMES etc...). Toutefois l'on note une incomplétude des données de certains acteurs ainsi que l'absence des données des PTF relatives à la PTME à savoir, EGPAF, ICAP, GU. L'analyse des données ci-dessus fait ressortir globalement la contribution des acteurs communautaires suivant la cascade PTME ci-après :

Tableau 41: Contribution des acteurs communautaires suivant les cascades PTME 2023

Interventions communautaires	Contribution des acteurs communautaires
Renforcement de la fréquentation en CPN	66785 Femmes enceintes n'ayant pas commencé la CPN ont été référées et reçues dans les FOSAs
	16688 femmes ayant accouchés en communauté référées et reçues dans les FOSAs
	20339 nouveau-nés, nés en communauté retrouvés, référés et reçus dans les FOSAs
Renforcement de la prise en charge des FEC/FA VIH+	421 FEC/FA VIH+ irrégulières, absentes ou PDV au TARV ont été retrouvées et référées dans les FOSAs.
Renforcement de la prise en charge des EE	1642 EE ont été retrouvés et ramenés dans les FOSAs pour la prise en charge

4. Analyse FFOM

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Offre systématique du dépistage du VIH aux femmes enceintes en CPN et en salle d'accouchement • Adoption des approches différenciées pour les femmes enceintes, femmes allaitantes et enfants exposés • Re-testing des femmes enceintes en CPN 3&4 et en SA • Mise à la disponibilité des femmes enceintes de la prophylaxie pour les enfants exposés dès le 3^{ème} trimestre de la grossesse • Renforcement du plateau technique pour la réalisation du diagnostic précoce du VIH avec la multiplication des POC • Recherche active par les ASCP et référence dans les FOSAs des FEC/FA non enrôlées dans les services de CPN/CPON et des nouveaux nés, nés en communauté • Sensibilisation des femmes enceintes dans la communauté sur l'utilisation des services de CPN 	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture en CPN sous optimale • Faible couverture en dépistage des partenaires des femmes enceintes VIH+ • Faible taux de linkage des femmes enceintes nouvellement diagnostiquées VIH+ • Faible couverture des femmes enceintes nouvellement diagnostiquées VIH+ en INH • Faible proportion des sites PTME fonctionnels pour la collecte des échantillons dans le cadre du diagnostic précoce
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Projet PETVISIDAME • Approche « Atteindre chaque district » • Projet COSMO • CSU • Chèque santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de gratuité du dépistage de la syphilis et de l'hépatite virale B chez la femme enceinte • Crise sécuritaire dans le NOSO • Flux transfrontalier des populations • Turn-over du personnel impliqué dans la prise en charge des femmes enceintes et enfants exposés

Quelques perspectives à prendre en compte

DOMAINE	PERSPECTIVES
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Tenir des réunions semestrielles de coordination avec les acteurs impliqués dans les activités communautaires de la riposte contre le VIH (GTR/DRSP, PTF, OSC/OSC, Districts, Fosa ...) dans les régions - Organiser une réunion avec toutes les OBC et PTF afin d'identifier les activités communautaires de la PTME planifiées à tous les niveaux ; - Renforcer la collaboration FOSA/DS et les acteurs communautaires ;
Planification, Suivi & Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer, mettre en œuvre une feuille de route relative aux interventions communautaires de la PTME au niveau de chaque région ; - Disséminer les outils harmonisés de collecte des données de suivi communautaire de la PTME auprès de tous les acteurs communautaires et institutionnels ;
Offre des services	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités du personnel de santé en PTME et sur le prélèvement DBS/POC - Mobiliser les ressources pour l'acheminement des échantillons de PCR et CV sur le plan régional - Rendre disponible les intrants POC et des kits DBS - Intensifier la mise en place et le passage à échelle des modèles de soins différenciés
Demande des services	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités des prestataires de santé et des acteurs communautaires sur la PTME ; - Renforcer les capacités des prestataires des FOSA sur la gestion des médicaments, des intrants et consommables laboratoire à tous les niveaux ; - Mettre à disposition des acteurs communautaires des supports d'information et de communication pour la mobilisation communautaire ; - Faire un plaidoyer auprès des PTF pour un appui financier aux OBC pour mener les activités de PTME communautaire ; - Vulgariser les interventions de recherche active de PDV et absents au TARV dans les DS (FEC/FA VIH et EE) - Prioriser les actions de communication dans les activités de routine ; - Faire un plaidoyer pour le dépistage et la prise en charge gratuite de la syphilis l'hépatite virale B chez les FEC - Optimiser l'approche PTME communautaire en intégrant les COSA

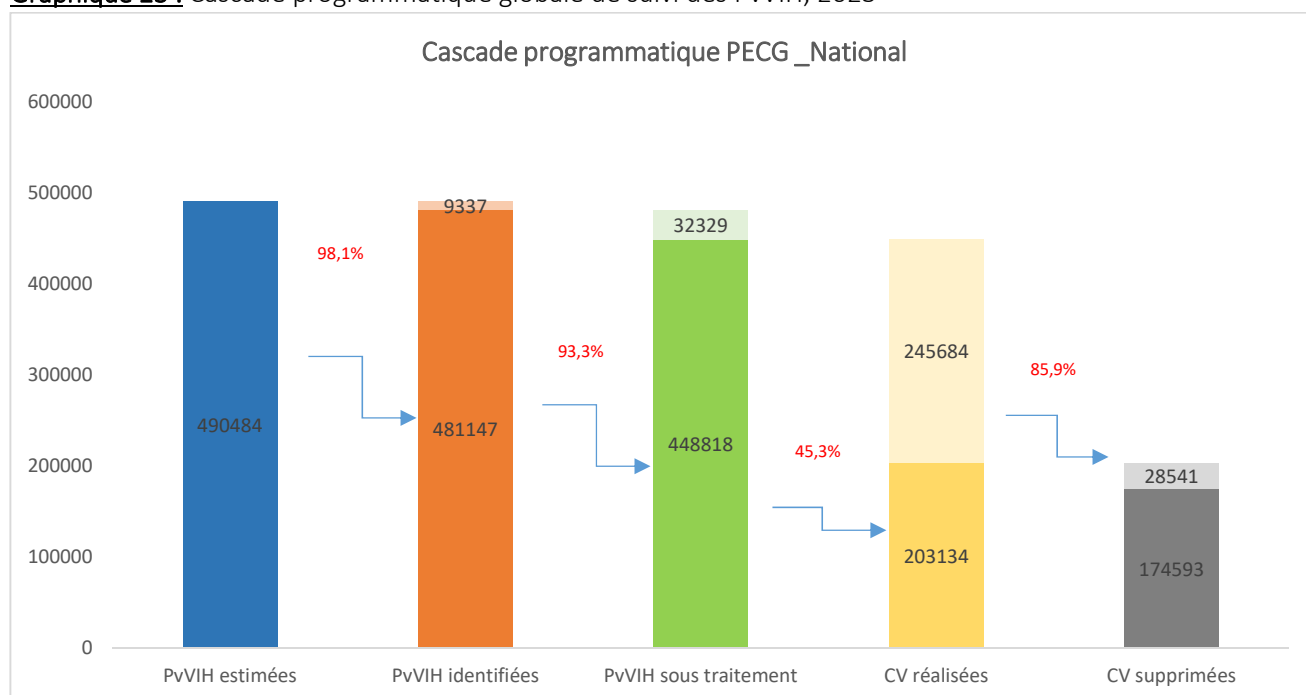
CHAPITRE 4 : AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE DES PvVIH GRACE A UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE GLOBALE

Depuis 2016, le Cameroun a adopté la stratégie « Test and Treat » qui exige que toute personne dépistée VIH positive soit directement mise sous traitement ARV (TARV). Une fois sous traitement, les services offerts dans le continuum des soins permettent d'améliorer la rétention des PvVIH dans le système de soins, l'observance au traitement, la suppression virale afin de réduire la morbidité et la mortalité liée au VIH en améliorant la qualité de vie des PvVIH. Pour cela le programme s'attèle à :

- Identifier les personnes positives à travers des stratégies innovantes et l'offre de services différenciée (ex : autodépistage du VIH, dépistage des cas index) ;
- 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.

Le résumé de la cascade des soins en 2023 permet de constater que 98,1% (481 147/490 484) des PvVIH estimées connaissaient leur statut. Parmi ces dernières, 93,3% des personnes identifiées (448 818/481 147) ont été mises sous TARV. La couverture en charge virale était de 45,3% (203 134/448 818) ; une baisse drastique par rapport à 2022 où elle était de 62,4% (265 019/424 771) due principalement aux ruptures en intrants de CV. Parmi les PvVIH sous TARV ayant fait la charge virale, le taux de suppression était de 85,9% (174 593/203 134) en baisse par rapport à 2022 où elle était de 89,2% (236 493/265 019). Cette baisse légère en suppression virale se justifie par l'accessibilité réduite en tests de CV durant l'année, ce qui entraîne des défis d'identification des PvVIH non-supprimées pour et une intervention d'aide à l'observance.

Graphique 23 : Cascade programmatique globale de suivi des PvVIH, 2023



Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024 ; Spectrum 2023, Laboratoires

Connaissance du statut : Seules les régions du Nord (93,3%) de l'Extrême-nord (95,0%), et du Littoral (95,8%) ont des performances inférieures à la moyenne nationale.

Mise sous TARV : Elle est 93,3% au niveau national, soit un gain global de 1% comparé à l'année dernière. Sur le plan régional, la région du Littoral présente la performance la plus basse (90,8%) tandis que 03 régions ont atteint et voir même dépassé la performance de 95% escomptée à l'horizon 2030. Il s'agit de la région du Nord (95,0%), du Nord-ouest (95,4%) et de celle de l'Ouest (96,3%)

Couverture en charge virale : Elle reste le maillon faible de la chaîne. Au niveau national, il est rapporté seulement 45,3% de charge virale réalisée. Les performances régionales sont tout aussi disparates. Alors que la région du Nord-ouest présente une performance de 79,6%, celles du sud et de l'Est se situent respectivement à 13,2% et 16,2%. Il faut noter cependant qu'un certain nombre de défaillances ont entravé l'atteinte des objectifs face à cet indicateur. Il s'agit entre autres de la disponibilité des intrants de charge virale mais aussi du manque d'assurance qualité de données de charge virale transmises.

Suppression virale : Elle est globalement de 85,9% soit une perte de 4,1% par rapport à 2022. 03 régions affichent des performances assez prometteuses. Il s'agit de la région du Littoral (91,8%), de celle du Nord-ouest (92,9%) et de celle du Sud-ouest (93,0%). La région du Centre qui porte à elle seule 26,1% de la file active ne présente que 71,7% de suppression virale. Le taux de suppression pourra s'améliorer avec un passage à échelle de la transition vers les protocoles à base du Dolu-tegravir, accompagnée d'une meilleure couverture en charge virale.

Il ressort que de nombreux efforts restent encore à fournir pour atteindre une couverture optimale en charge virale et cela dans toutes les régions. Une analyse par intervention et par district afin de prioriser les interventions à mettre en œuvre dans les DS à faible performance serait bénéfique à l'atteinte des objectifs du programme. Cependant, le challenge à relever reste la désagrégation des données de CV par district de santé.

➤ *Analyse de l'évolution des cascades programmatiques de suivi des PvVIH entre 2017 et 2023*

Cette analyse nous montre pour chacun des indicateurs de la cascade, la performance évolutive au fil des ans.

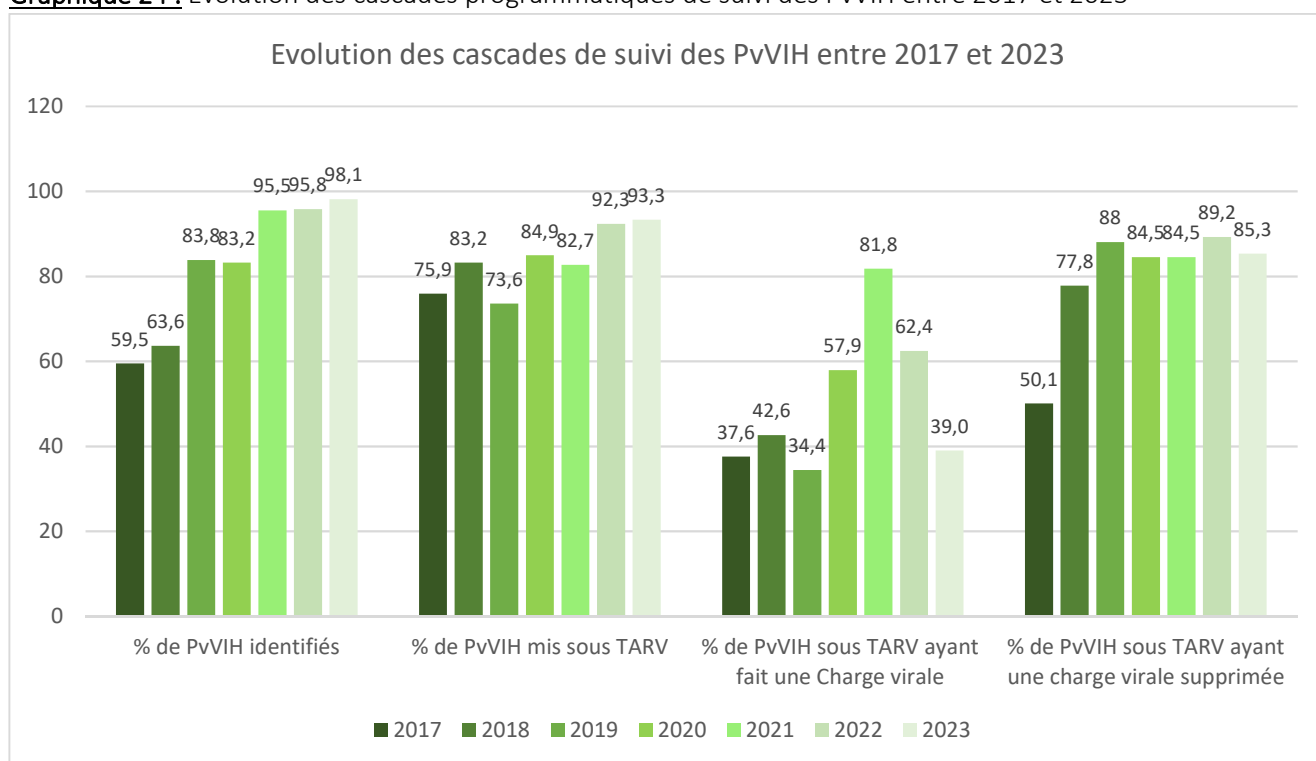
Connaissance du statut : elle est restée en évolution constante tout au long de la période, quittant de 59,5% en 2017 à 98,1% en 2023. Cette performance est le résultat des stratégies d'identification des cas à travers la recherche active en communauté, l'index testing, l'auto-dépistage, le dépistage à toutes les portes d'entrée des formations sanitaires tant les populations adultes que pédiatriques. Par conséquent, l'atteinte du 1^{er} 95 est effective en contexte Camerounais, soulignant la nécessité de pérenniser ces bonnes pratiques et d'intensifier les interventions chez les enfants et adolescents chez qui les performances demeurent sous-optimales.

Mise sous TARV des PvVIH identifiées : on observe une amélioration globale de la couverture en TARV de 17,4%. Cette performance a été facilitée par la mise en œuvre effective de la stratégie « Test and Treat », la délégation des tâches, la décentralisation de l'offre de traitement.

Couverture en tests de charge virale : Malgré une légère augmentation, l'accès en CV demeure en deçà du seuil minimal recommandé tout au long de la période 2017-2023, avec une baisse drastique en 2023 (45,3%). Bien que la disponibilité intermittente des réactifs soit la raison principale justifiant cette faible performance, il convient de souligner les défis dans la chaîne de distribution des intrants entre le niveau central et les laboratoires de référence, la nécessité d'une optimisation de la cartographie pour la couverture en CV et l'intégration de toutes les plateformes existantes pour la réalisation des tests de CV dans la cadre du renforcement du système de santé.

Suppression virale : Malgré la progression observée entre 2017 et 2019 (de 50,1% à 88,0%), la suppression en charge virale stagne autour de 85%. Ceci est la résultante des défis dans l'identification des patients non-supprimés (pour renforcement de l'observance) ou en échec thérapeutique (pour un changement de ligne thérapeutique dans les délais). Ainsi, une constance dans l'approvisionnement en tests de CV, couplée à une transition continue vers les schémas thérapeutiques à base du dolutegravir, permettrait l'atteinte du troisième 95.

Graphique 24 : Evolution des cascades programmatiques de suivi des PvVIH entre 2017 et 2023



Source : Données DHIS 2, Spectrum 2023, Laboratoires

1. Offre de services de prise en charge globale

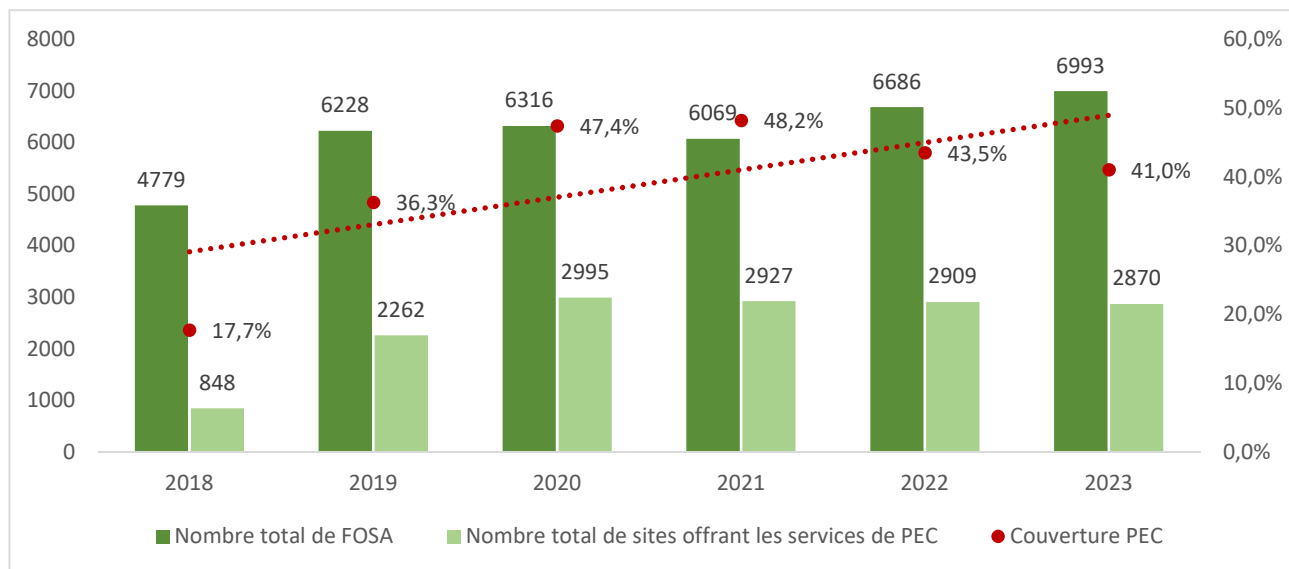
1.1. Évolution de la couverture annuelle en service de prise en charge du VIH

Depuis la décentralisation de la prise en charge du VIH, on observe une nette augmentation des sites PEC. La prise en charge nécessite en amont un système de santé performant, capable de proposer l'offre de soins de qualité cohérente et efficace pour améliorer la qualité de vie des PvVIH.

Le nombre d'établissements de prise en charge est passé de 848 à 2 870 entre 2018 et 2023, soit une augmentation de 2 022 établissements de prise en charge. Cette augmentation fait suite à la décision ministérielle portant sur la décentralisation de la prise en charge des PvVIH jusqu'aux FOSA de 5e et

6e catégorie depuis 2018 afin d'assurer l'accès universel au traitement. On observe néanmoins une légère baisse entre 2022 et 2023 passant de 2 909 à 2 870.

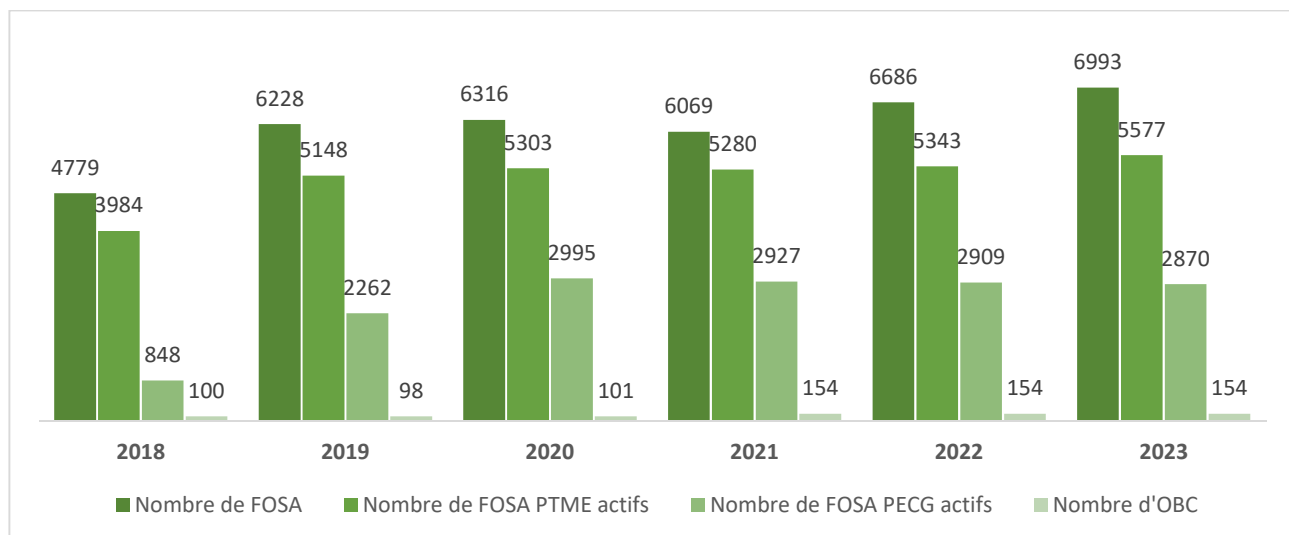
Graphique 25 : Evolution du nombre de sites de prise en charge ARV par rapport au nombre d'établissements de soins



Source : Base DHIS2 2022 du 13/02/2024

La couverture moyenne en sites de PECG a également connu une hausse de 17,7% à 41% entre 2018 et 2023. Cependant, on note une légère baisse entre 2022 et 2023 passant de 43,5% à 41%.

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



Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

Par rapport à 2022, le nombre de sites de PEC fonctionnels a connu une baisse passant de 2 909 à 2 870. Etant donnée la vision du programme à étendre la prise en charge dans toutes les FOSA, il convient de comprendre les raisons de la fermeture de ces sites afin d'apporter des solutions. Le nombre des OBC est resté constant, 154. Cependant il convient de préciser que parmi les 154 OBC recensées, 100 sont sous contrat avec le CNLS, 44 sont des antennes ou des représentations secondaires et les 10 dernières fonctionnent sous fonds propres.

1.2. Disponibilité des APS au niveau national

Le programme bénéficie grâce à l'appui du Fonds mondial et des fonds de CDC/PEPFAR de l'accompagnement des agents psychosociaux (APS) agissant dans le compte d'un contrat de louage de service pour le bien des PvVIH identifiées. Ces APS qui interviennent dans les domaines divers de la riposte au VIH (dépistage, lien au traitement, suivi maternel, etc.) couvrent toutes les régions du pays. De manière globale 2 469 APS sont répertoriés dont la majorité sont pédiatrique ou adulte (88%). La cartographie présentée dans le tableau 42 fait état qu'au niveau national un APS suit en moyenne 182 PvVIH. De façon plus spécifique dans les régions, il ressort que le ratio 1 APS/250 PvVIH est dépassé dans 02 régions (Littoral et Sud) reflétant ainsi une surcharge de travail pouvant impacter sur la performance.

Tableau 42 : Cartographie des APS au niveau national

Région	APS pédiatrique	APS adultes	APS testeur	Total APS	File active	PvVIH/APS
Adamaoua	51	46	49	146	25365	174
Centre	193	405	116	714	116968	164
Est	40	113	50	203	38214	188
Extrême-Nord	98	127	17	242	27918	115
Littoral	62	202	12	276	71829	260
Nord	91	63	9	163	30444	187
Nord-Ouest	87	161	9	257	43514	169
Ouest	78	114	28	220	32756	149
Sud	35	63		98	24840	253
Sud-Ouest	44	102	4	150	36970	246
National	1036	1139	294	2469	448818	182

Source : Base DHIS2 2022 du 07/02/2023

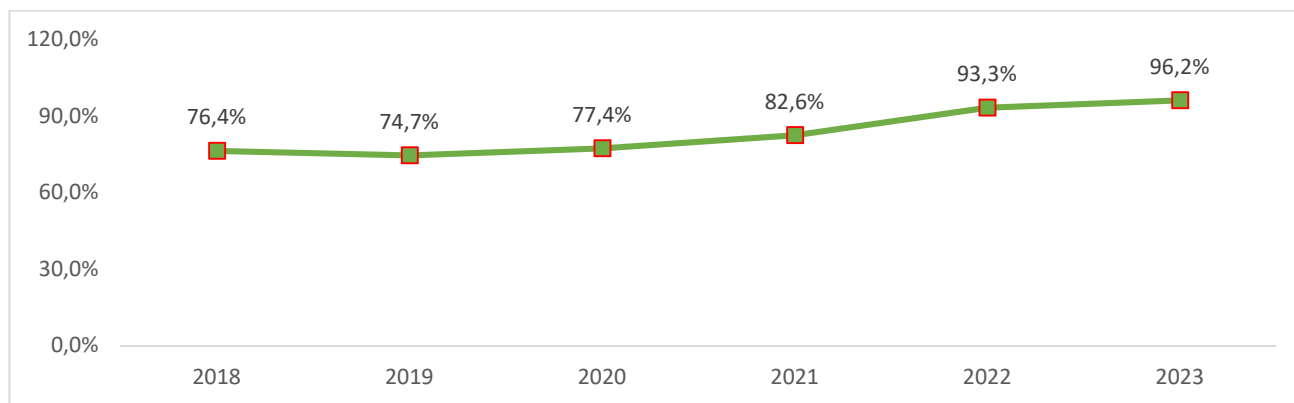
2. Demande de services de prise en charge globale

2.1. Lien direct du dépistage à la mise sous traitement

2.1.1. Tendance de l'évolution du taux national de lien direct au traitement

Les directives de mise en œuvre de la stratégie « tester et traiter » prescrivent la mise sous traitement des personnes dépistées positives au VIH au plus tard 7 jours après leur identification. Depuis 2020 on note une amélioration continue du lien au traitement des personnes testées positives. En 2023, 96,2% des personnes identifiées ont été liées au TARV, comparativement à 93,3% enregistré en 2022.

Graphique 27 : Évolution du lien au TARV de 2018 à 2023

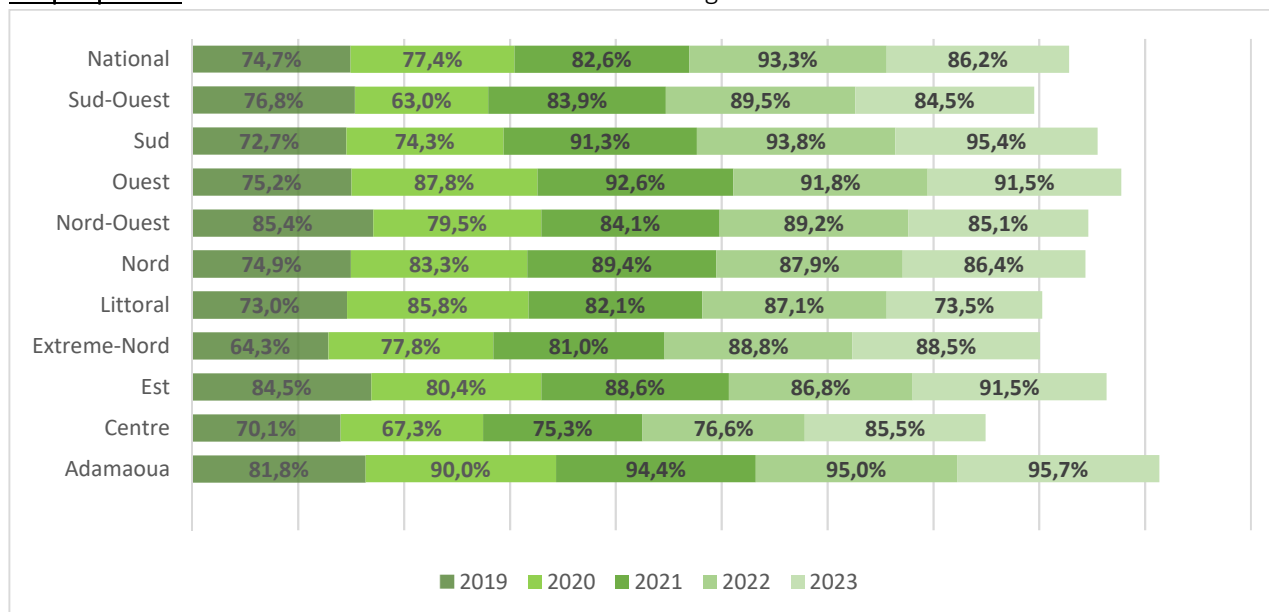


Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

2.1.2. Tendence d'évolution du taux de lien direct au traitement au niveau infranational

Globalement, on a observé une augmentation du taux de lien au TARV dans toutes les régions entre 2019 et 2023. La région du Littoral présente la plus faible performance en 2023 (73,5%), inférieure à la performance nationale (86,2%) tandis que l'Adamaoua a la meilleure performance (95,7%).

Graphique 28 : Evolution du lien direct au TARV selon les régions entre 2019 et 2023



Source : Base DHIS2 2022 du 13/02/2024

Au niveau des districts de santé, 81,8% (166/203) des DS ont un lien au TARV satisfaisant ($\geq 80\%$). Cette performance est en baisse par rapport à l'année 2023 (85,5%). Il faut noter que l'une des raisons pouvant expliquer ce faible taux de lien au TARV dans ces 37 districts est le retesting des cas déjà connus positifs or les outils de collecte de 2023 ne permettent pas d'identifier ces derniers. Les particularités au niveau des districts sont présentées dans le tableau suivant :

Adamaoua : Tous les districts avaient une performance de lien au TARV supérieure à 90% à l'exception du DS de Tignère qui enregistre une performance de 86,4%.

Centre : Dans la région, sept (17) DS ont une performance en dessous de la moyenne régionale. Les DS présentant les plus faibles performances sont : le DS Awaé (48,3%) et le DS Okola (63,3%)

Est : Tous les DS ont une bonne performance pour le lien au traitement à l'exception des DS de Bertoua (84,0%), Messamena (88,0%) et Doume (88,9%).

Extrême-Nord : Douze (12) DS sur les 32 dont compte la région ont une performance en dessous de la moyenne régionale qui est de 88,5%. Les DS de Mindif (31,6%), Goulfey (31,8%), Makary (50,0%), Fotokol (60,0%), Bogo (61,9%), Yagoua (72,1%) et Hina (75,4%) sont ceux présentant les taux les plus faibles de lien au traitement.

Littoral : Six (06) DS ont un taux de liaison au TARV inférieur à la moyenne régionale (73,5%) à savoir les DS de Loum (38,9%), Deido (48,5%), Dibombari (48,8%), Japoma (63,0%), Njombe Penja (65,9%) et Nkondjock (66,7%).

Nord : Six (06) DS enregistrent un faible taux de liaison comparativement à la valeur de la région (86,4%). Il s'agit des DS de Tchollire (73,8%), Figuil (75,3%), Garoua 2 (78,8%), Ngong (81,0%), Touboro (82,6%) et Guide (85,8%).

Nord -Ouest : Les DS de Oku (60,5%), Bali (70,0%), Ndu (75,7%), Bamenda (79,7%) et Kumbo-West (79,8%) sont ceux présentant un faible taux de liaison au TARV.

Ouest : Seul le DS de Bandja a une faible performance (75,0%) et sept (07) DS ont un taux de liaison en dessous de la moyenne régionale (91,5%), mais oscillant entre 80% et 90%.

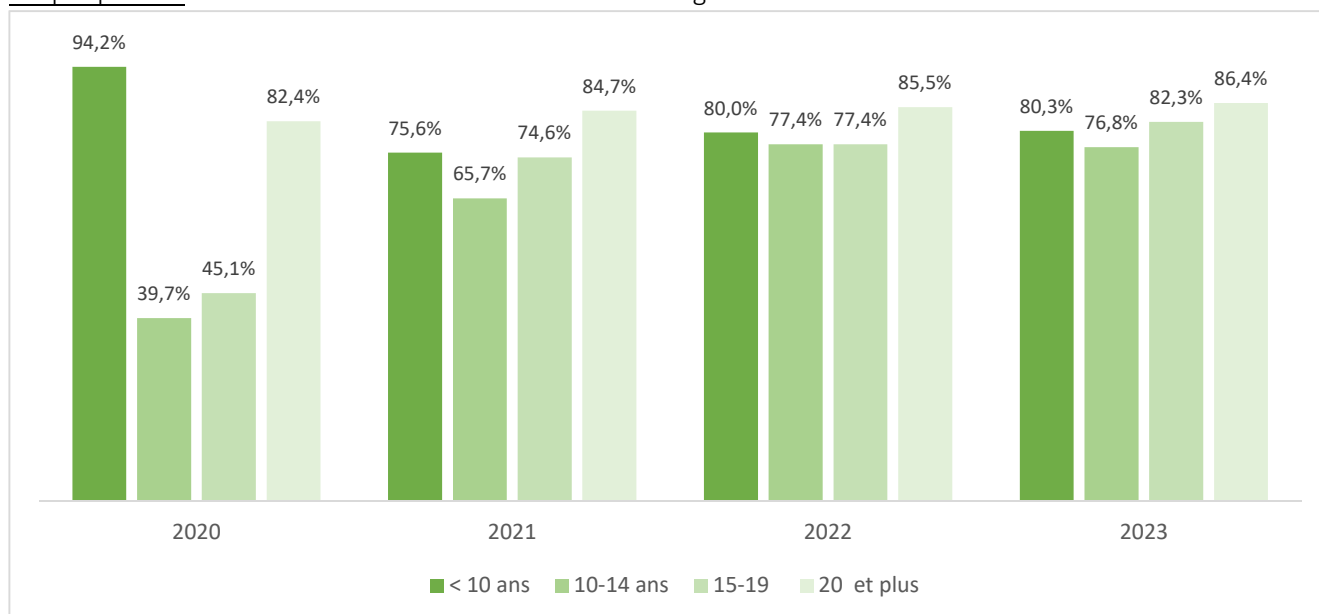
Sud : Dans l'ensemble, tous les DS présentent une bonne performance ($\geq 90\%$) à l'exception des DS d'Olamze (63,6%) et Ambam (89,5%).

Sud-Ouest : Trois (03) DS ont enregistré un faible taux de liaison au TARV (en dessous de 80%). Il s'agit des DS de Konye (29,3%), Limbé (74,2%) et Tiko (79,4%).

2.1.3. Tendances de l'évolution du taux national de lien direct au traitement par tranches d'âges

Le graphique 31 présente l'évolution du lien au TARV selon l'âge entre 2020 et 2023. Globalement, on observe sur les 3 dernières années une stagnation du taux de lien au traitement chez toutes les tranches d'âge. Néanmoins les taux les plus bas restent observés chez les jeunes et adolescents (10 – 14 ans et 15 – 19 ans). Les raisons qui expliqueraient ce mauvais résultat chez les enfants est la difficulté à avoir un adulte (parent, tuteur) pour leur suivi. Par ailleurs il y'a la faible couverture géographique des sites de prise en charge pédiatrique et l'insuffisance des prestataires formés à l'annonce du statut sérologique et la prise en charge des enfants et adolescents.

Graphique 29 : Evolution du lien indirect au TARV selon l'âge de 2020 à 2023

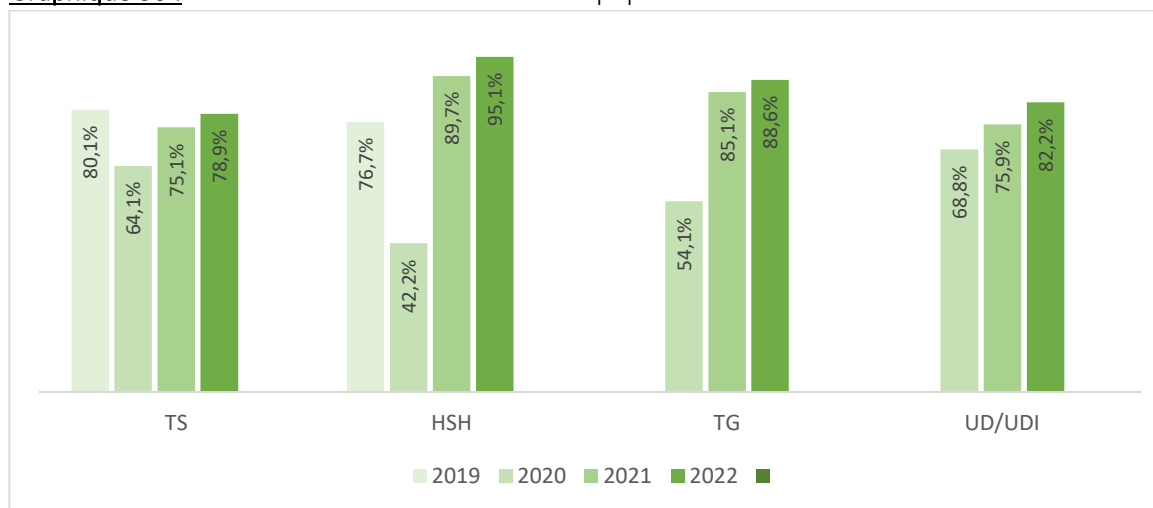


Source : Base DHIS2 2022 du 13/02/2024

2.1.4. Tendance de l'évolution du taux national de lien direct au traitement chez les populations clés

En 2023, le lien au TARV chez les populations clés, oscillait entre 72,6% chez les TS et 88,6% chez les HSH (figure ci-dessous). Bien que la progression soit croissante au cours des dernières années, on observe quand même une légère baisse chez tous les sous-groupes en 2023.

Graphique 30 : Evolution du lien au TARV chez les populations clés de 2019 à 2023



Source : Données CHP et Care 2023

2.1.5. Tendance de l'évolution du taux national de lien direct au traitement chez les personnes vulnérables

Le lien au TARV chez les populations vulnérables, bien qu'évoluant de façon croissante au fil du temps, demeure en deçà de la moyenne nationale pour toutes les catégories, variant de 69,7% chez les CTS à 79,8% chez les AJGNS.

Graphique 31 : Évolution du lien au TARV chez les populations vulnérables de 2019 à 2023

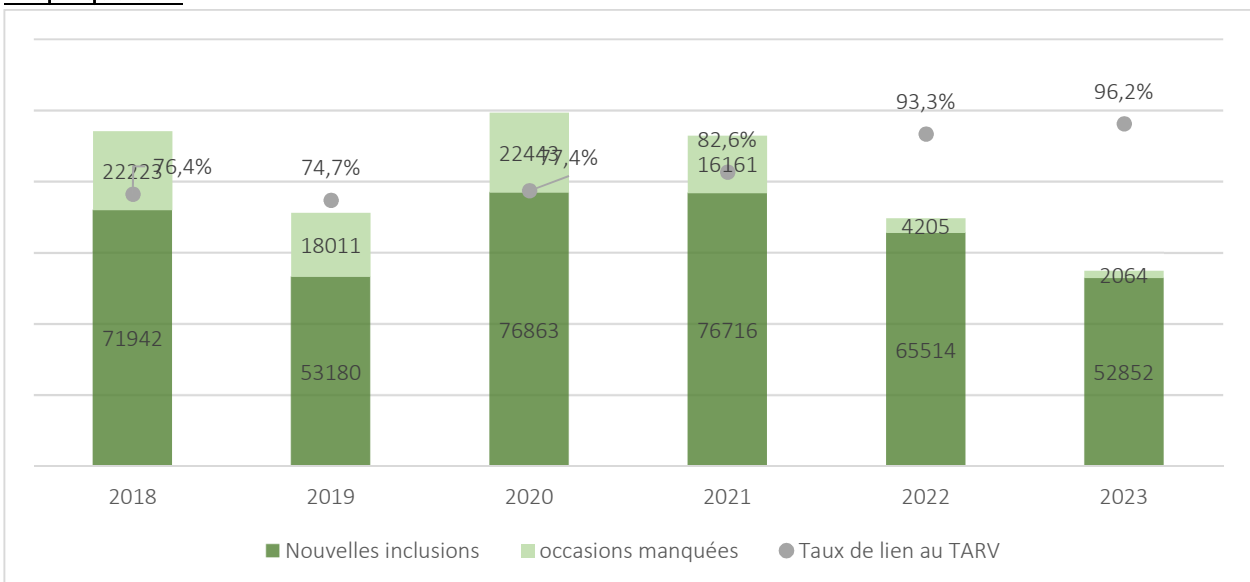


Source : Données CHP et Care 2023

2.2. Nouvelles inclusions au traitement ARV

Au regard de la tendance d'évolution des nouvelles initiations annuelles dans le pays, on constate que l'effectif moyenne sur les 6 dernière années est d'environ 65 000 personnes. Mais, il convient de relever une baisse de ces initiations au cours des 04 dernières années même si le taux d'initiation est croissant sur la même période. Au cours de l'année 2023, 52 852 personnes ont été enrôlées sous TARV parmi les 54 916 personnes dépistées positives soit un taux de 96,2%. La hausse du taux d'initiation observée depuis 2020 est liée à l'accompagnement des partenaires d'implémentation de CDC dont l'appui s'est étendu dans tout le pays en 2020.

Graphique 32 : Évolution des nouvelles inclusions dans la file active nationale de 2018 à 2023

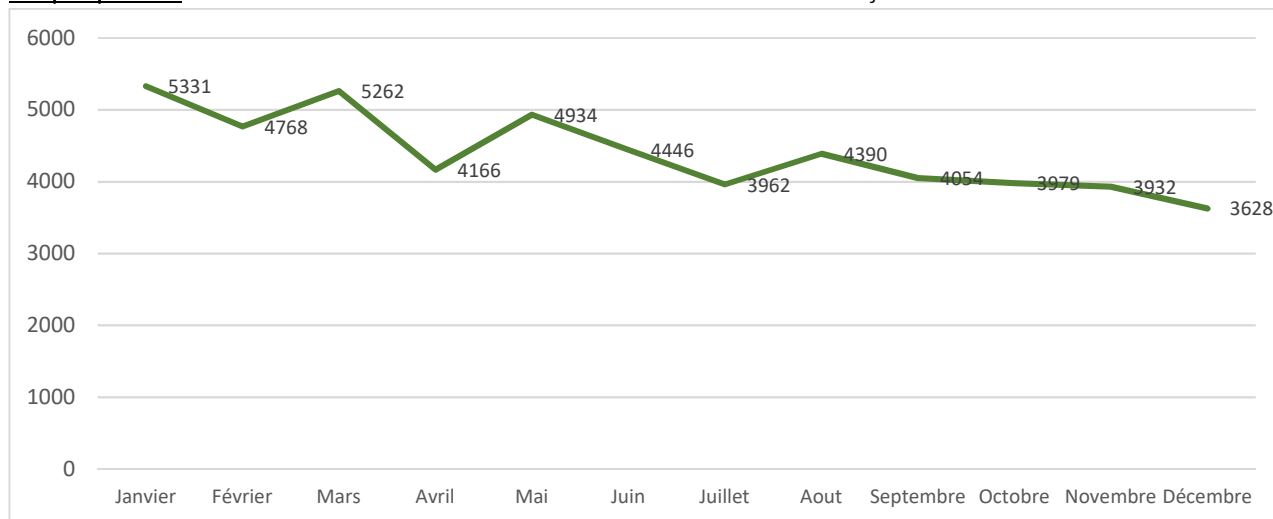


Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

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

L'observation de l'évolution mensuelle des nouvelles inclusions au cours de l'année 2023 montre une évolution oscillante au cours de la première moitié de l'année et une baisse progressive au cours du 2nd semestre. Le nombre d'inclusion maximal est observé au mois de janvier (5 331) et le minimum en décembre (3 628) avec une moyenne annuelle de 4 404 inclusions par mois.

Graphique 33 : Evolution mensuelle des nouvelles inclusions de PVIH de janvier à décembre 2023

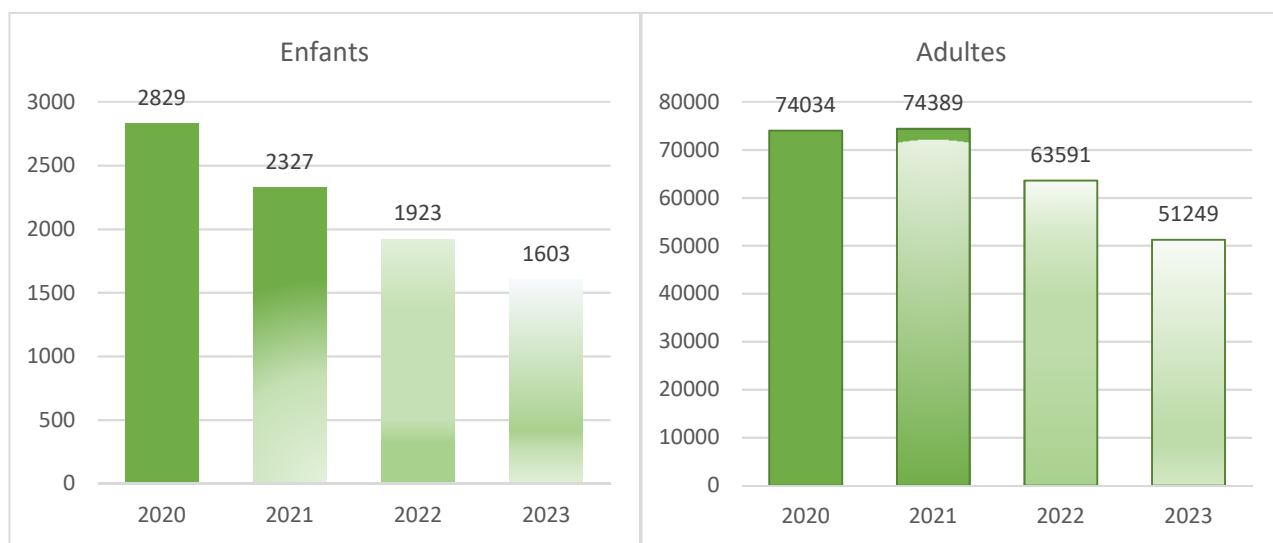


Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

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

La subdivision par groupe d'âges selon le clivage enfants âgés de moins de 15 ans et adultes pour les âges de plus de 15 ans présente une tendance similaire au fil des années depuis 04 ans.

Graphique 34 : Evolution des nouvelles inclusions chez les enfants (moins de 15 ans) et les adultes (15 ans et plus) de 2020 à 2023



Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

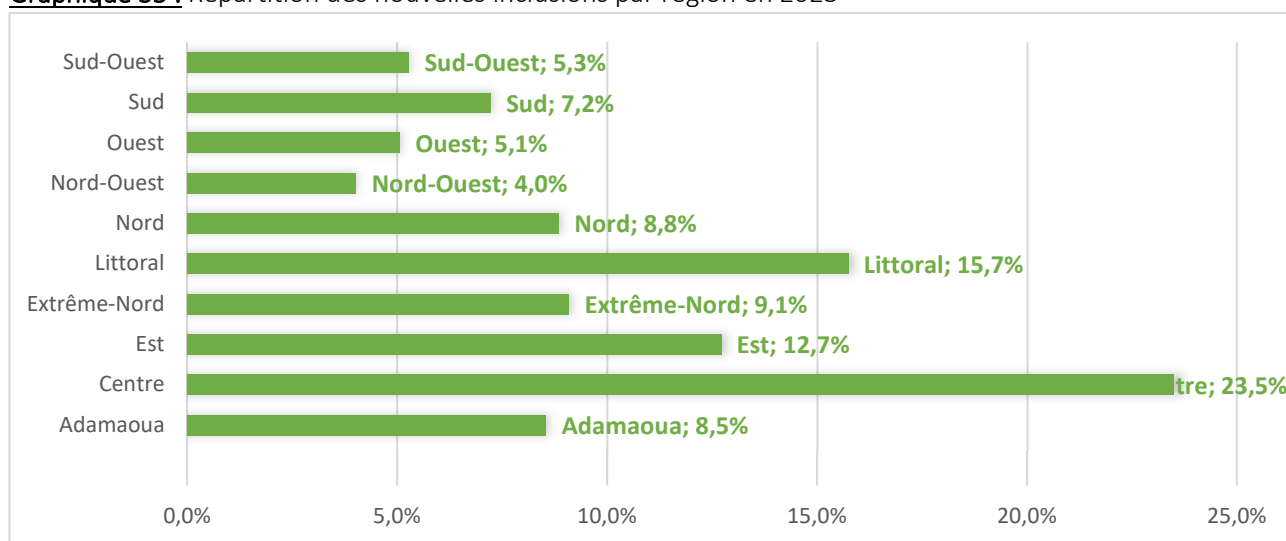
Aussi bien chez les enfants que chez les adultes, on observe une baisse progressive du nombre des nouvelles inclusions entre 2020 et 2023. Cette baisse du nombre de nouvelles inclusions pourrait

s'expliquer par la baisse des nouvelles infections traduisant les efforts fournis en matière de riposte contre le VIH/SIDA. En 2023, les enfants représentaient 3,0% des nouvelles inclusions contre 97,0% d'adultes.

2.2.3. Répartition des nouvelles inclusions au traitement par région

La répartition des nouvelles inclusions dans le traitement au cours de l'année révèle une concentration dans la région du Centre avec quasiment le quart de l'effectif national (23,5%), la région du Littoral avec 15,7% de l'effectif et la région de l'Est avec 12,7% de l'effectif. Ces trois régions contiennent un peu plus de la moitié des nouvelles inclusions au traitement du pays.

Graphique 35 : Répartition des nouvelles inclusions par région en 2023



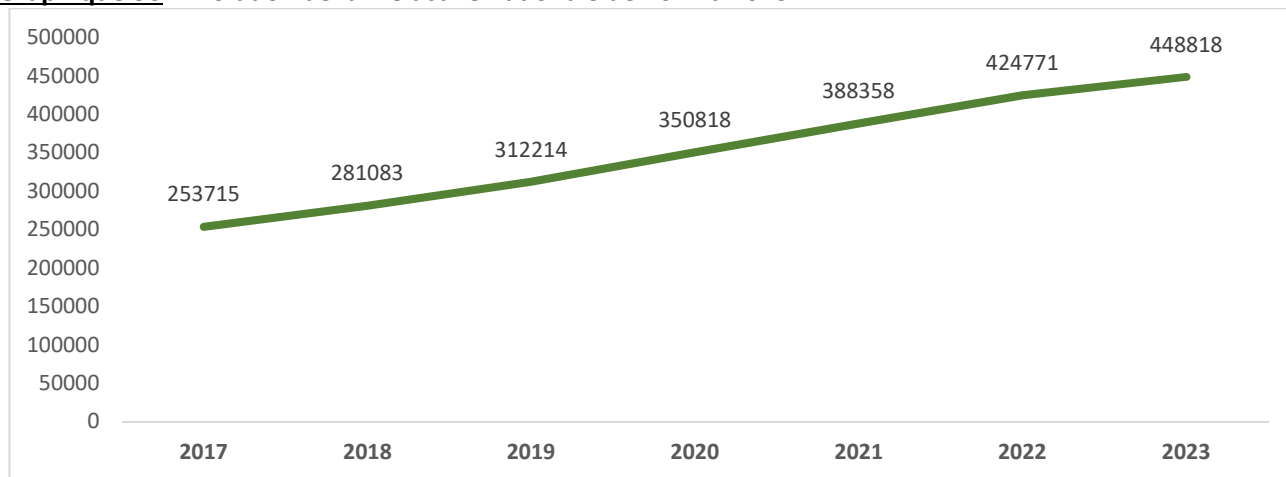
Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

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

2.3.1. Tendances de l'évolution annuelle de la file active nationale des patients sous traitement ARV

Les nombreux efforts fournis par le pays dans le cadre de la lutte contre le VIH ont eu pour écho une meilleure information de la population infectée qui progressivement ne perçoit plus l'infection à VIH comme une fatalité. Ainsi, depuis 2017, comme le présente le graphique 36, on assiste à une tendance croissante de la file active des personnes infectées sous traitement ARV. L'effectif des personnes enregistrées dans les unités de prise en charge dans tout le pays est passé de 253 715 en 2017 à 448 818 en 2023 soit un taux d'accroissement de 9 ;76%. Cet accroissement a été également favorisé par l'initiative « test and treat » en 2016, la dispensation communautaire des ARV, la décentralisation de la prise en charge en 2018, l'implémentation de l'intervention APS avec le concours du Fonds mondial et la forte implication des partenaires d'implémentation du CDC dans tout le pays.

Graphique 36 : Evolution de la file active nationale de 2017 à 2023



Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

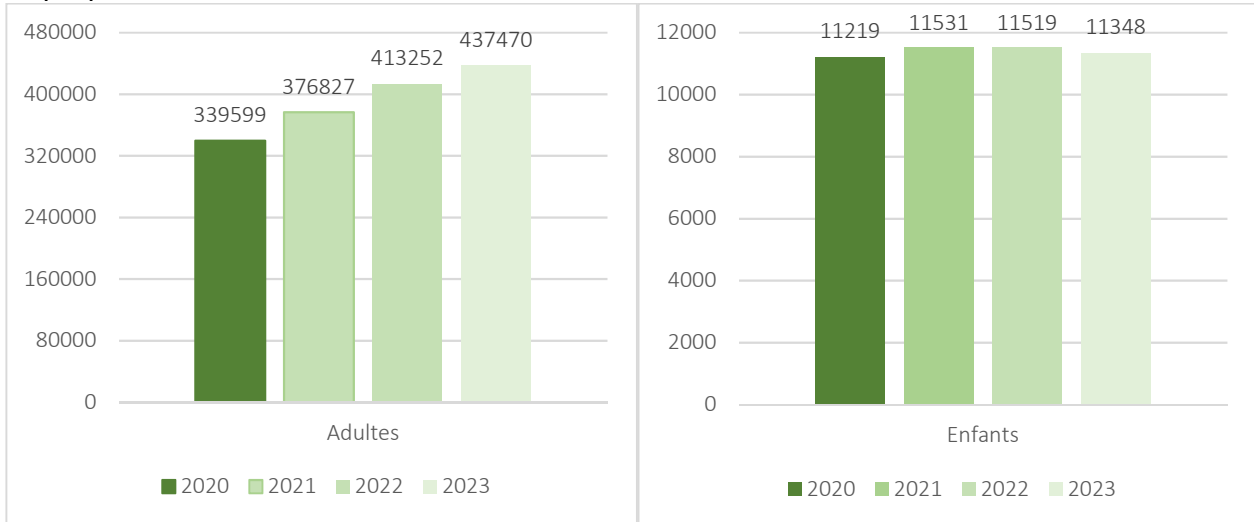
2.3.2. Tendances de l'évolution annuelle de la file active nationale chez les enfants et les adultes

De manière globale, on note une tendance à la hausse de la file active autant chez les enfants de moins de 15 ans que chez les adultes de 15 ans et plus même si le rythme différent entre les 2 groupes.

Pour ce qui est de la file active adulte, elle a connu un taux d'accroissement annuel moyen de 9,33% entre 2020 et 2023 passant de 339 599 à 437 470. Cette augmentation de la file active serait due à la baisse des PDV grâce aux différentes stratégies de tracking des patients PDV et des absents au traitement d'une part et d'autre part par la mise en œuvre des stratégies différenciées de dispensation des ARV en communauté.

Quant à la file active des enfants, elle a connu un accroissement de 2,7%, de 2020 à 2021 passant ainsi 11 219 à 11 531. Entre 2022 et 2023 on note une légère baisse qui pourrait s'expliquer par la migration des enfants de 14 ans vers la file active adulte et comme observée plus haut, la baisse du nombre des nouvelles inclusions.

Graphique 37 : Evolution de la file active chez les enfants et les adultes de 2020 à 2023



Source : DhiS2/Minsanté, 2023

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

L'analyse de la file active répartie dans le tableau 43 montre que tout comme en 2022, le poids de la file active reste concentré dans les régions du Centre (26,1%) et du Littoral (16,0%). Ceci certainement du fait que ces 2 régions possèdent les 2 métropoles du pays. La région du Sud quant à elle, a le plus faible poids, soit 5,3%. Les enfants de moins de 15 ans quant à eux représentent 2,7% de la file active nationale. Les régions ayant le plus grand nombre d'enfants sont l'Extrême-Nord (4,1%), Nord-Ouest (3,7%), l'Est (3,1%) et l'Adamaoua (3,1%). La région du Littoral a le plus faible poids d'enfants (2,1%).

Tableau 43: Répartition de la file active par région en 2023

Région	Femmes	Hommes	Total	Enfants	% enfants	Poids région
Adamaoua	17125	8240	25365	806	3,2%	5,7%
Centre	79243	37725	116968	2472	2,1%	26,1%
Est	26030	12184	38214	1090	2,9%	8,5%
Extrême-Nord	18501	9417	27918	1097	3,9%	6,2%
Littoral	50141	21688	71829	1403	2,0%	16,0%
Nord	20727	9717	30444	843	2,8%	6,8%
Nord-Ouest	30913	12601	43514	1483	3,4%	9,7%
Ouest	22974	9782	32756	847	2,6%	7,3%
Sud	16864	7976	24840	556	2,2%	5,5%
Sud-Ouest	25780	11190	36970	751	2,0%	8,2%
National	308298	140520	448818	11348	2,5%	100,0%

Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

Le tableau 44 présente la répartition de la file active nationale au 31 décembre 2023 en fonction du sexe et de l'âge. Notons que les femmes représentent environ 70% de la file active nationale et les patients de 25-49 ans représentent 65,0% de la file active totale. Les enfants de moins d'un an représentent quant à eux moins d'1% de la file active, soit 185 enfants.

Tableau 44: Répartition de la file active par sexe et âge en 2023

Groupe d'âge	Féminin	Masculin	Total	Poids
<1 an	91	94	185	0,0%
1 - 3 ans	718	793	1511	0,3%
4-9 ans	2350	2239	4589	1,0%
10-14 ans	2674	2389	5063	1,1%
15-19 ans	5253	2529	7782	1,7%
20-24 ans	18004	5292	23296	5,2%
25-49 ans	207802	83987	291789	65,0%
50 ans et plus	71406	43197	114603	25,5%
Total	308298	140520	448818	100,0%

Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

2.3.4. Répartition de la file active par protocole de traitement

La majeure partie des patients sous traitement ARV au Cameroun sont sous traitement de 1^{ère} ligne notamment sous le protocole Tenofovir/Lamivudine/Dolutegravir (TLD). En 2023, 96,0% de patients étaient sous protocole de 1^{ère} ligne dont 75,80% sous TLD. La seconde et la troisième ligne représentent moins de 5% de la file active avec 3,1% en 2^e ligne et 0,3% en 3^e ligne. La transition vers le TLD est effective avec 75,8% des patients sous TLD en 2023 contre 68,6% en 2022. Cependant, un défi pour la pharmacovigilance de ces patients est à noter car quelques cas d'effets secondaires sont signalés dans certaines régions.

Tableau 45: Répartition de la file active par protocole en 2023

Protocole	Patients sous TARV	Pourcentage
Tenofovir/Lamivudine/Efavirenz	65262	14,48%
Zidovudine/Lamivudine/Efavirenz	2694	0,60%
Zidovudine/Lamivudine/Dolutegravir	10028	2,22%
Tenofovir/Lamivudine/Dolutegravir	341699	75,80%
Abacavir/Lamivudine/Efavirenz	3420	0,76%
Abacavir/Lamivudine/Dolutegravir	8172	1,81%
Abacavir/Lamivudine/Lopinavir/ritonavir(enf)	435	0,10%
Zidovudine/Lamivudine/Lopinavir/ritonavir (enf)	72	0,02%
Tenofovir/Lamivudine/Lopinavir/ritonavir	658	0,15%
Autres protocoles 1 ^{ère} ligne	3302	0,73%
Total L1	435742	96,66%
Zidovudine/Lamivudine/Lopinavir/ritonavir	43	0,01%
Zidovudine/Lamivudine/Atazanavir/ritonavir	376	0,08%
Abacavir/Lamivudine/Lopinavir/ritonavir	93	0,02%
Abacavir/Lamivudine/Atazanavir/ritonavir	3611	0,80%
Tenofovir/Lamivudine/Atazanavir/ritonavir	8529	1,89%
Tenofovir/ Lamivudine + Lopinavir/ Ritonavir	658	0,15%
_Abacavir/Lamivudine/Raltegravir (enf)	17	0,00%
Autres protocoles 2 ^e ligne	537	0,12%
Total L2	13864	3,08%

Protocole	Patients sous TARV	Pourcentage
Dolutegravir/Tenofovir/Darunavir/ritonavir	33	0,01%
Dolutegravir/Abacavir/Darunavir/ritonavir	13	0,00%
Dolutegravir/Tenofovir/Lamivudine/Darunavir/ritonavir	46	0,01%
Dolutegravir/Abacavir/Lamivudine/Darunavir/ritonavir	12	0,00%
Raltegravir/Tenofovir/Lamivudine/Darunavir/ritonavir	17	0,00%
Tenofovir/Lamivudine/Darunavir/ritonavir	8	0,00%
Abacavir/Lamivudine/Darunavir/ritonavir	4	0,00%
Autres protocoles 3e ligne	1069	0,24%
Total L3	1202	0,27%

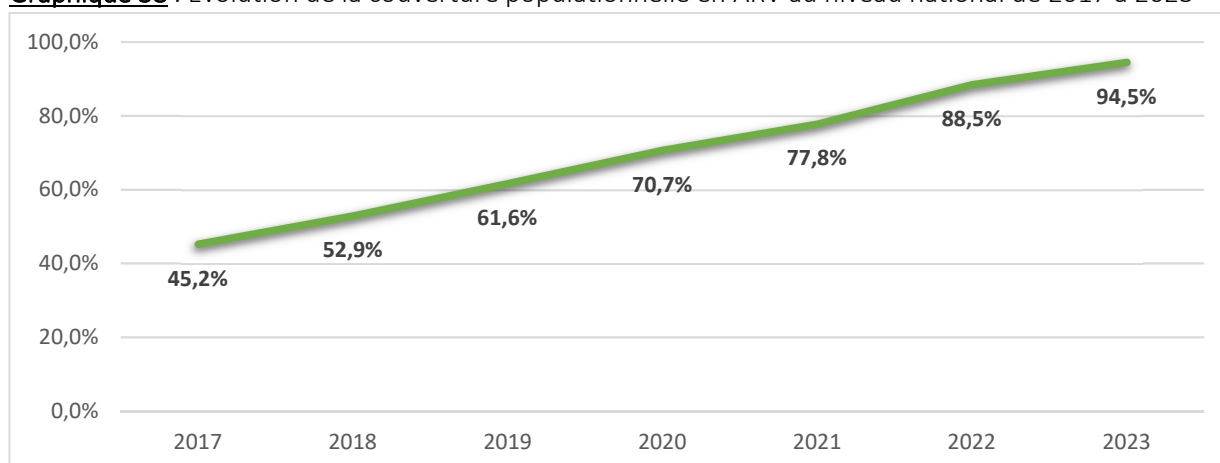
Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

2.4. Couverture populationnelle en ARV

2.4.1. Évolution de la couverture populationnelle annuelle en ARV

La file active comparée au nombre de personnes vivant avec le VIH révèle un gap à compenser lors de l'implémentation des différentes interventions pour la mise et la rétention au traitement. Ce taux est croissant depuis 2017 au regard du graphique 38. Le taux de couverture a plus que doublé au cours des 7 dernières années passant de 45,2% en 2017 à 94,5% en 2023. Les efforts qui ont permis d'accroître la file active sont également les mêmes qui explique ce résultat dans l'évolution de la couverture annuelle nationale en ARV pour les PvVIH.

Graphique 38 : Evolution de la couverture populationnelle en ARV au niveau national de 2017 à 2023



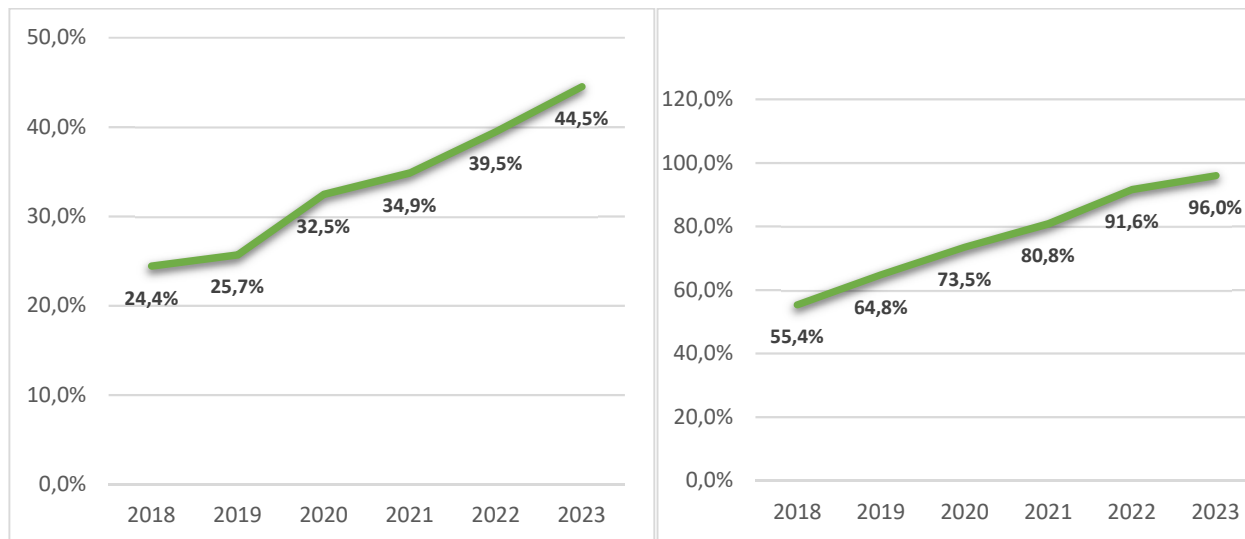
Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

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

Tout comme au niveau national, les couvertures en ARV chez les enfants et chez les adultes ont une tendance à la hausse. Cependant, il faut remarquer que malgré une évolution constante (environ 4% par an sur la période) la couverture en ARV reste très faible chez les enfants (44,5% en 2023) tandis que chez les adultes, pour une progression d'environ 8,1% par an sur la période, la couverture en ARV en fin 2023 était de 96,0%. Cette faible couverture en ARV chez les enfants s'expliquerait par

une faible identification des enfants VIH+. En effet, la connaissance du statut chez ces derniers n'est que de 48,5% en 2023. Il convient également de signaler le challenge concernant la qualité des estimations SPECTRUM qui fournissent les dénominateurs de ces taux. En effet, l'absence de quelles données d'études en input de la modélisation sont l'une des causes de cette situation.

Graphique 39 : Evolution de la couverture populationnelle en ARV chez les adultes et les enfants de 2018 à 2023



Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

2.4.3. Particularités des districts selon les régions

26,1% (53/203) des DS ont une faible couverture populationnelle en ARV ($\leq 80\%$). Il faut noter que l'une des raisons pouvant expliquer ce faible taux de couverture en ARV dans ces districts est en rapport avec la qualité des estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH.

Toutefois les particularités au niveau des districts de santé sont constatées et relevés pour chaque région.

Adamaoua : Dans la région, sept (07) DS sur 11 ont une performance supérieure ou égale à 90%. Ceux ayant les plus faibles taux de couverture sont le DS de Meiganga (68,5%), le DS de Dang (73,2%), le DS de Belel (81,2%) et le DS de Djohong (85,9%).

Centre : 19 DS sur 32 présentent une performance en deçà de celle de la région et parmi ces dernières, neuf (09) ont une performance inférieure à 80%. Les DS qui plombent les performances de la région sont : DS Okola (16,5%), DS Ebebda (23,0%), DS Esse (42,9%), DS Yoko (47,3%), DS Awae (50,0%), DS Mbankomo (52,3%), DS Nkolndongo (65,7%), DS Ngog Mapubi (74,0%) et DS Eseka (79,4%).

Est : Plus de la moitié des DS de la région ont une performance inférieure à celle de la région. Ceux ayant les plus faibles performances sont les DS de Lomie (75,1%), Betare Oya (75,3%) Moloundou (75,8%), et Nguemendouka (76,3%).

Extrême-Nord : Au niveau de la région, 12 DS sur 32 enregistrent une performance inférieure à celle de région et parmi ces derniers, 09 présentent une performance $< 70\%$. Il s'agit des DS Fotokol (25,9%), DS Makary (26,7%), DS Bourha (46,9%), DS Goulfey (53,7%), DS Pette (61,5%) et DS Gazawa (63,0%), DS Vele (64,7%), DS Kolofata (69,1%) et DS Hina (69,5%).

Littoral : Dix (10) DS ont un taux de couverture inférieur à la moyenne régionale qui est de 87,0%. Les DS de Ngambe (11,9%), de Yabassi (21,9%), Japoma (60,4%), Dibombari (63,0%), Boko (64,4%), Abo (67,5%), Nkondjock (73,8%) et Mbanga (76,1%) ont les plus faibles taux de couverture en ARV.

Nord : 73% (11/15) des DS de la région ont une performance en dessous de celle de la région ; mais seulement trois (03) DS ont une performance < 80% à savoir le DS de Golombe (28,8%), le DS de Tcholliré (64,7%) et le DS de Bibémi (71,2%).

Nord -Ouest : la couverture en ARV est bonne pour l'ensemble des DS (> 80%) à l'exception des DS de Benakuma (60,7%), Batibo (66,5%) et Bali (69, 6%).

Ouest : la couverture en ARV est bonne pour l'ensemble des DS (> 90%) à l'exception des DS de Bandja (64,6%), Massangam (80,0%) et, Kouoptamo (83,6%) qui présentent les plus faibles performances.

Sud : les DS de Olamze (53,8%), Lolodorf (81,3%), Mvagan (82,8%) et Meyomessala (89,5%) sont ceux ayant les faibles taux de couverture en ARV dans la région

Sud-Ouest : Sur les 19 DS que compte la région, 14 enregistrent des performances inférieures à la moyenne régionale. Les plus faibles performances s'observent dans les DS de Wabane (7,7%), Bakassi (12,2%), Fontem (13,6%), Eyumodjock (50,0%), Mudemba (56,6%), Konye (61,5%), Bangem (66,7%), Mamfe (66,8%) et Nguti (75,3%). Pour l'ensemble de ces DS la faible performance s'expliquerait par une surestimation du nombre de PVIH.

2.4.4. Couverture populationnelle en ARV par sexe et par âge en 2023

D'après le graphique 40, la couverture populationnelle en ARV est élevée chez les femmes par rapport aux hommes. Concernant les tranches d'âge, l'on remarque qu'elle est très faible chez les enfants et les adolescents et élevée chez les jeunes (20-24) et les adultes (25 ans et plus). S'agissant des enfants de moins de 10 ans, elle est de 34,3%. Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe.

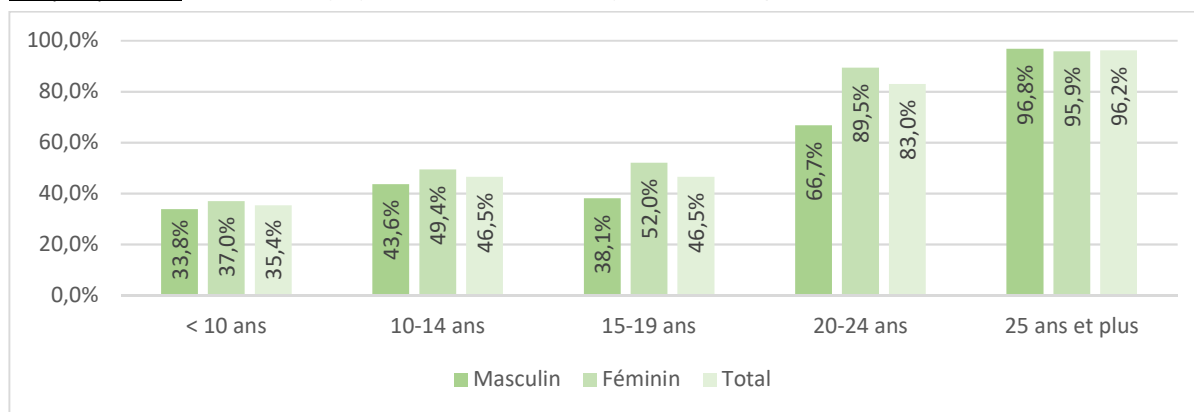
Chez les enfants de 10-14 ans, la couverture globale est de 46,5%. Par ailleurs, elle est légèrement plus élevée chez les filles (46,5%) que chez les garçons (43,6%).

Chez les adolescents (15-19 ans), la couverture globale est de 46,5%. Par ailleurs, elle est plus élevée chez les filles (52,0%) que chez les garçons (38,1%).

Pour ce qui est des jeunes (20-24 ans), la couverture est meilleure (83,8%) ; mais plus élevée chez les filles (90,6%) que chez les garçons (66,7%), soit une différence de 23,9%.

Concernant les adultes (25 ans et plus), la couverture en ARV est bonne sans différence de sexe. Mais toujours plus élevée chez les femmes.

Graphique 40 : Couverture populationnelle en ARV par sexe et âge en 2023



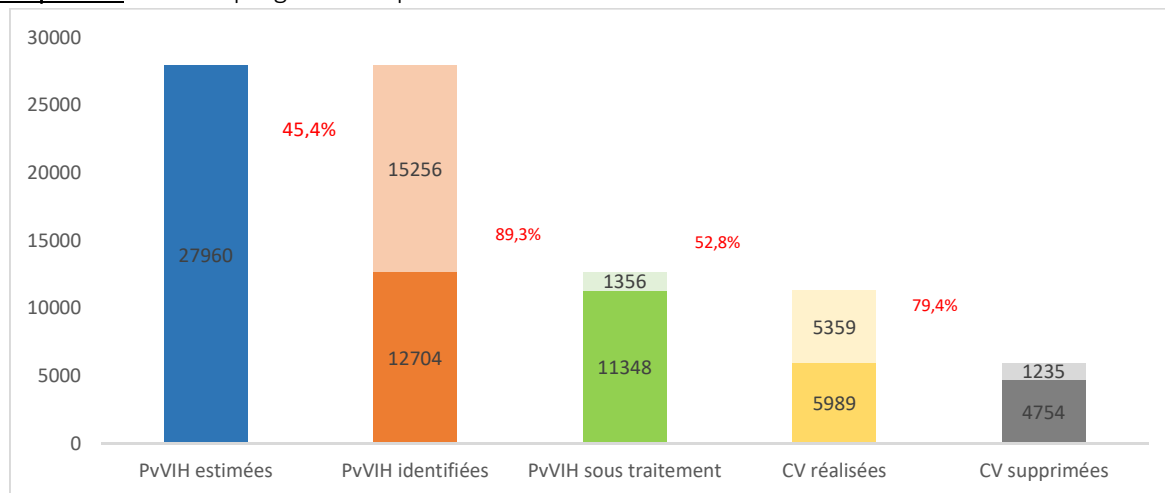
Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

2.5. Synthèse des cascades de prise en charge globale chez les enfants et les adolescents

2.5.1. Cascade de PECG chez les moins de 15 ans

En 2023, 45,4% (12 704/26 181) d'enfants de moins de 15 ans ont été identifiés VIH+, parmi eux, 89,3% (11 519/12 704) ont été mis sous traitement, soit une hausse de 2,0% par rapport à 2022 (87,3%). Parmi les enfants sous traitement, la CV a été faite chez 5 989 enfants (52,8%) soit une baisse de 10,1% par rapport à 2022 et 4 754 ont eu une CV supprimée, soit 79,4% un taux de suppression légèrement en baisse par rapport à celui de 2022 (80,0%).

Graphique 41 : Cascade programmatique de PECG chez les enfants de moins 15 ans en 2023



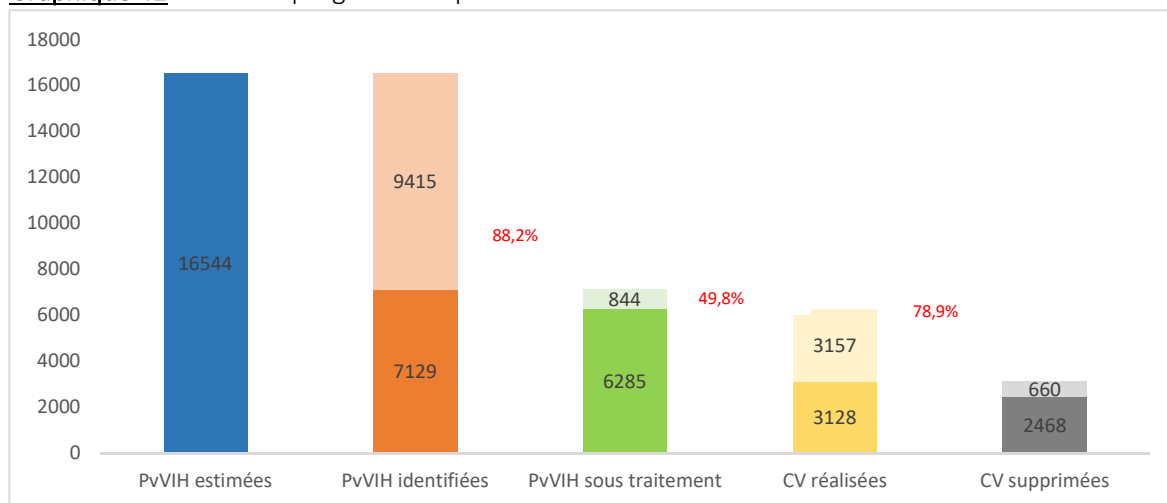
Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

2.5.2. Cascade de PECG chez les moins de 10 ans

Chez les enfants de moins de 10 ans vivant avec le VIH, 39,1% (7 129) ont été identifiés sur les 18 214 attendus selon les estimations Spectrum 2023. 88,2% (6 285 /7 129) ont été mis sous traitement ARV.

Parmi ces derniers, 49,8% (3 128/6 285) ont fait l'examen de charge virale soit une baisse de 14% par rapport 2022 et 78,9% (2 468/3 128) ont vu leur charge virale supprimée.

Graphique 42 : Cascade programmatique de PECG chez les enfants de Moins 10 ans en 2023

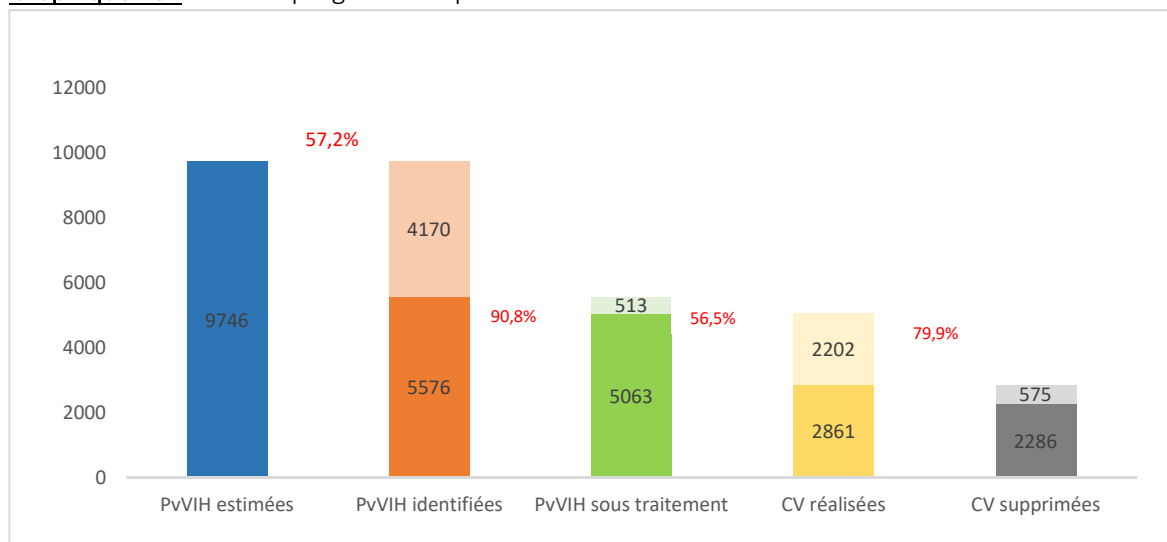


Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

2.5.3. Cascade de PECG chez les 10 – 14 ans

En 2023, 9 746 enfants de 10-14 ans étaient attendus. Parmi ces derniers, 57,2% (5 576/9 746) ont été identifiés et parmi ceux identifiés, 90,8% (5 063/5 576) ont été mis sous traitement ARV. Notons que 56,5% (2 861/5 063) des enfants sous traitement ont fait l'examen de charge virale et le taux de suppression était de 79,9 (2 286/2 861).

Graphique 43 : Cascade programmatique de PECG chez les enfants de 10-14 ans en 2023



Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

Les constats majeurs faits à la suite de l'analyse des cascades de PECG des enfants sont :

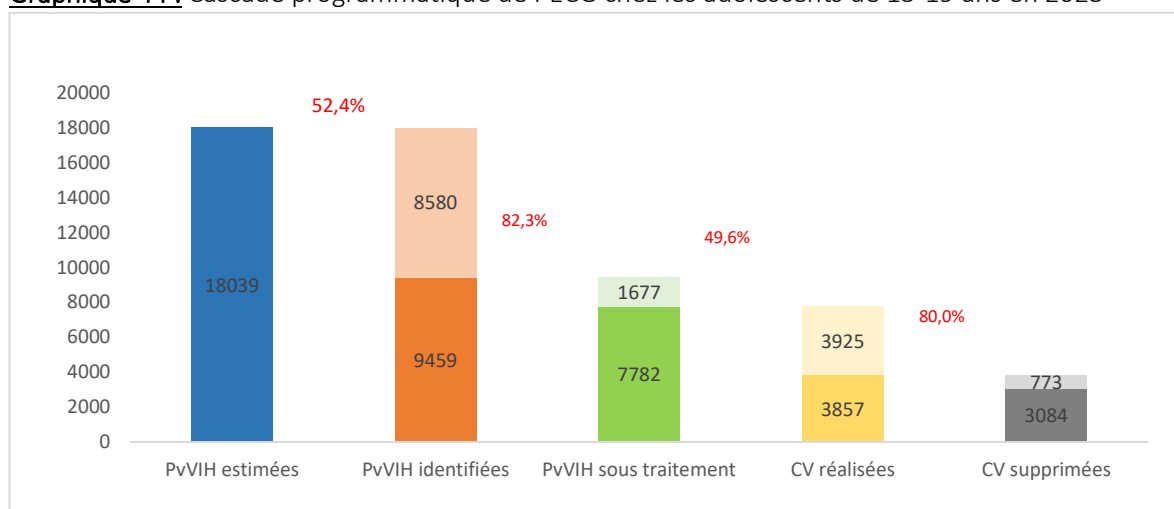
- Faible identification des enfants ;
- Faible taux de réalisation de la Charge virale et
- Taux de suppression de la charge virale qui stagne autour de 79%.

Ainsi, il conviendrait d'intensifier (i) les stratégies de dépistage des enfants de cette tranche d'âge (dépistage familial, le dépistage systématique à certaines portes d'entrée notamment la TB, la nutrition, la vaccination, l'ICT...), (ii) la recherche active des EE et ceux dépistés positifs non mis sous TARV, l'éducation thérapeutique et (iii) la décentralisation de la PECPA.

2.5.4. Cascade de PECG chez les 15 – 19 ans

L'analyse de la cascade programmatique de PECG chez les adolescents de 15-19 ans montre qu'en 2023, 52,4% (9 459/18 039) des AvVIH estimés connaissaient leur statut. Parmi ces derniers, 82,3% (7 782/9 459) étaient sous TARV. La couverture en réalisation de l'examen de charge virale reste faible, soit 49,6% (3 857/7 782), avec 80,0% (3 084/3 857) qui ont supprimé leur CV.

Graphique 44 : Cascade programmatique de PECG chez les adolescents de 15-19 ans en 2023



Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

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

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

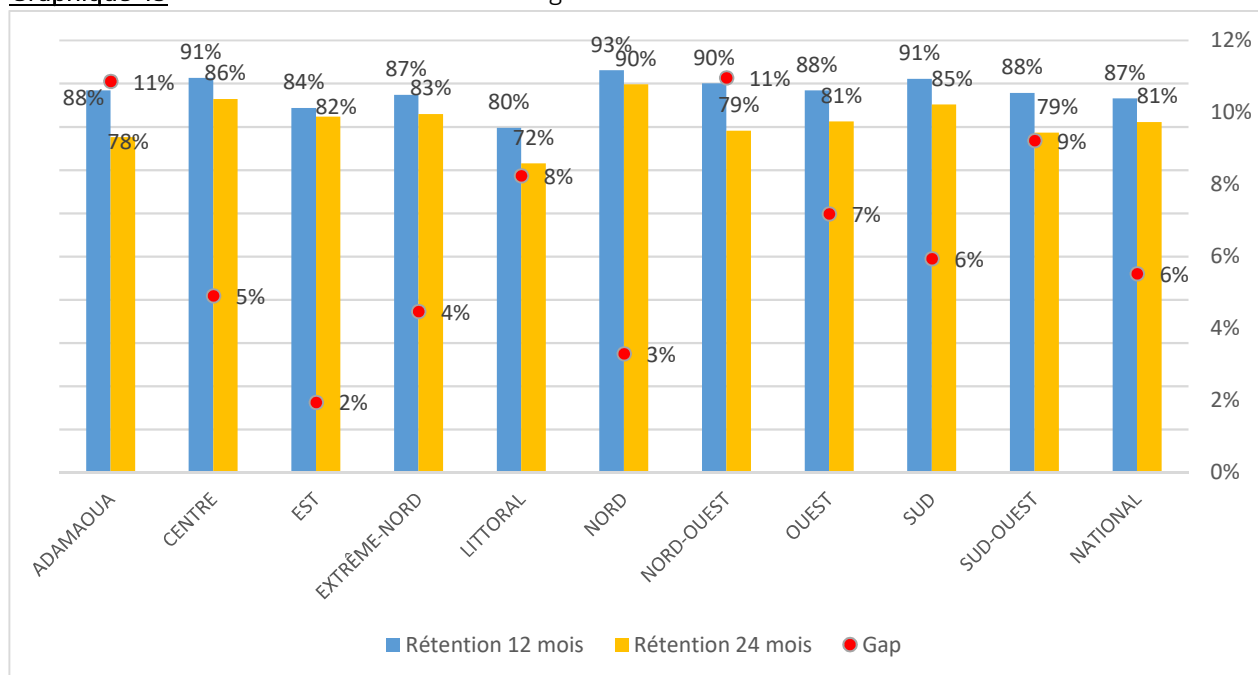
Ce volet est assuré par les Accompagnateurs Psychosociaux (APS) pédiatriques et adultes qui au quotidien assurent (i) le suivi du couple mère-enfant jusqu'à la fin de la PTME, (ii) le suivi journalier des RDV des patients de la cohorte, (iii) le reporting du devenir de chaque patient de la cohorte (avec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

Malgré leurs rôles importants dans la rétention aux soins des PvVIH, leur exercice rencontre des défis limitant une analyse plus précise de leur impact dans la riposte au VIH.

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

Dans le cadre du suivi des patients enrôlés au traitement, il est important d'assurer une disponibilité des médicaments ARV dans les sites de suivi d'une part et d'autres parts que les patients prennent régulièrement les médicaments selon les prescriptions. Ceci participe à la rétention au traitement des patients gage d'une meilleure qualité de vie. Pour ce faire, l'accompagnement des APS est capital. Ils veillent en routine (mensuellement) sur le respect des rendez-vous des patients pour la dispensation des médicaments. Le suivi actif des patients et la recherche des patients absents sont les principales activités menées. Ainsi, les résultats enregistrés dans le cadre du suivi de la rétention sont présentés dans le graphique 48.

Graphique 45: Taux de rétention nationale et régionales à 12 et 24 mois



Source : Registre TARV des unités de prise en charge

Globalement, la rétention que ce soit à 12 ou à 24 mois n'est pas satisfaisante (supérieure ou égale à 95%). Au niveau national, le taux de rétention à 12 mois des PvVIH qui ont initié leur traitement entre juillet et septembre 2022 est de 87%. Entre d'autres termes, 87% des patients ayant initié leur traitement antirétroviral durant cette période ont été maintenus sous traitement 12 mois après leur initiation. En 2022, l'évaluation de la rétention à 12 mois était de 85% au niveau national, soit une progression de 2%, une amélioration qui n'est pas significative. Les régions qui ont les meilleures performances sont le Nord (93%), le Centre (91%) et le Sud (91%), ceci étant dû au suivi quotidien des patients par les APS, et le respect des rendez-vous par les patients. Les régions aux plus faibles performances sont celles de l'Est (84%) et du Littoral (80%) ; beaucoup d'efforts restent encore à faire dans ces régions pour avoir un taux de rétention satisfaisant. Quant à la rétention à 24 mois, le taux au niveau national est de 81%, soit 6% de moins que le taux de rétention à 12 mois. Elle est plus faible dans les régions de l'Adamaoua (78%), du Littoral (72%), du Nord-Ouest (79%) et du Sud-Ouest (79%). Par ailleurs, on constate que globalement, la rétention à 24 mois est plus faible, ce qui laisserait croire que les patients qui ont une plus grande durée de mise sous TARV sont plus enclin d'arrêter le traitement.

Pour améliorer la performance en termes de rétention, des activités de recherche de perdus de vue sont souvent organisées. Dans le cadre du Mois Camerounais de lutte contre le VIH/Sida de 2023, une campagne de recherches de perdus de vue a été organisée sur toute l'étendue du territoire national. Les résultats glanés par région sont consignés dans le tableau 48. Ainsi, un effectif de 1 744 PDV étaient ciblés parmi les patients perdus de vue pour la dispensation des ARV dans toutes les régions. A l'issue des recherches, 839 soit 48 % de la cible ont été retrouvés. Parmi les PDV retrouvés, 433 (52 %) ont été enrôlés au traitement antirétroviral (ARV).

Tableau 46: répartition des PDV dans la population générale dans les régions

Régions	Nbre de PDV ciblés	Nbre de retrouvés	% de retrouvés	Nbre de mis sous traitement	Taux de mise sous traitement (%)
Adamaoua	169	107	63%	107	100%
Centre	//	6	//	4	67%
Est	//	//	//	//	//
Extrême-Nord	138	137	99%	137	100%
Littoral	399	22	6%	22	100%
Nord	//	//	//	//	//
Nord-ouest	313	113	36%	86	76%
Ouest	158	86	54%	77	90%
Sud	571	368	64%	//	0%
Sud-ouest	//	//	//	//	//
Total	1744	839	48%	433	52%

Source : rapport mois camerounais 2023 des régions

Les données présentées dans le tableau 50 soulignent l'importance d'une telle action. Bien que le taux global d'enrôlement au traitement chez les PDV soit de 52 %, il existe tout de même des variations significatives entre les régions. Ces disparités nécessitent une investigation plus approfondie et des interventions ciblées pour garantir à tous les PDV l'accès aux soins et au traitement.

2.6.2. Suivi de la dispensation des ARV par les modèles de services différenciés aux PvVIH

La Prestation différenciée du TARV est la mise sous TARV adapté aux besoins des PvVIH. Elle permet l'augmentation de l'observance, de la satisfaction, de l'autonomisation des clients et la réduction d'une charge inutile sur le système de santé. On distingue les modèles intensifs et les modèles moins intensifs de traitement différencié.

Les modèles intensifs de traitement différencié sont ceux qui requièrent un suivi rapproché du patient avec des visites cliniques mensuelles, parfois une hospitalisation, un suivi biologique intense et une dispensation mensuelle des ARV. On peut citer : la prise en charge de la MAV et le modèle standard.

Les modèles moins intensifs de prestation de services différenciés pour le traitement du VIH sont classés en quatre catégories :

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

Tableau 47: classification des modèles moins intensifs de TARV différencié adoptés au Cameroun

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

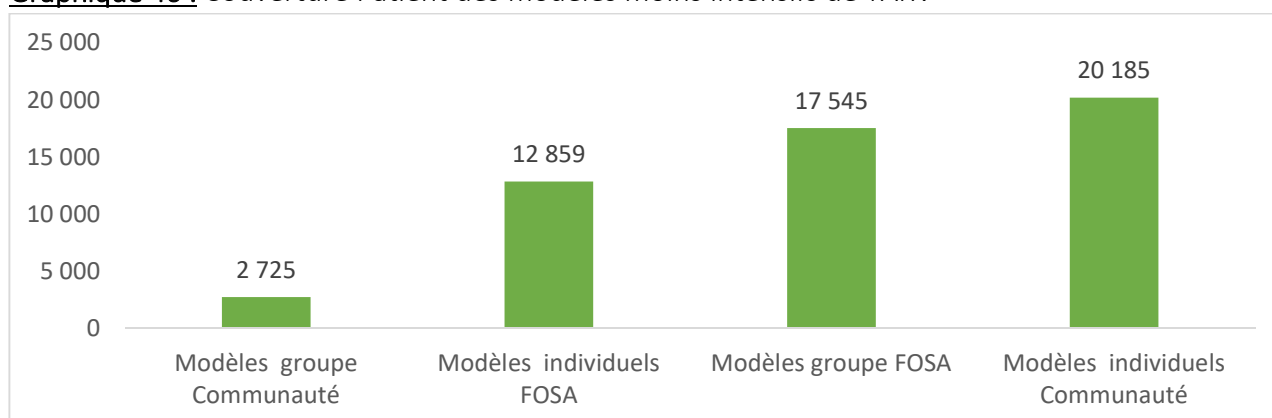
Source : Guide opérationnel de la prestation des services différenciés 2023

En 2023, les informations relatives aux différents modèles de traitement différencié ont été pour la plupart collectées dans les Fosa appuyées par le partenaire PEPFAR. Ainsi, sur 2 870 sites de prise en charge du TARV, 302 sites appuyés par les partenaires d’implémentation mettent en œuvre et rapportent les données sur le traitement différencié.

Au total 264 500 patients étaient inscrits dans le modèle standard (Modèle plus intensif) sur 448 818 patients sous TARV en 2023, soit 58,9% au-dessus de la cible visée par le pays qui était d’avoir au plus 15% de patients sous ARV enregistrés dans le modèle standard.

Les modèles de traitement différencié les plus utilisés d’après le graphique présenté ci-dessous appartiennent à la catégorie des modèles individuels communautaires tels que la dispensation communautaire par les OBC et la dispensation à domicile. Les modèles de TARV DSD les moins utilisés sont les modèles de groupe communautaires tels que la Dispensation familiale, le Groupe de soutien et le Groupe communautaire TARV.

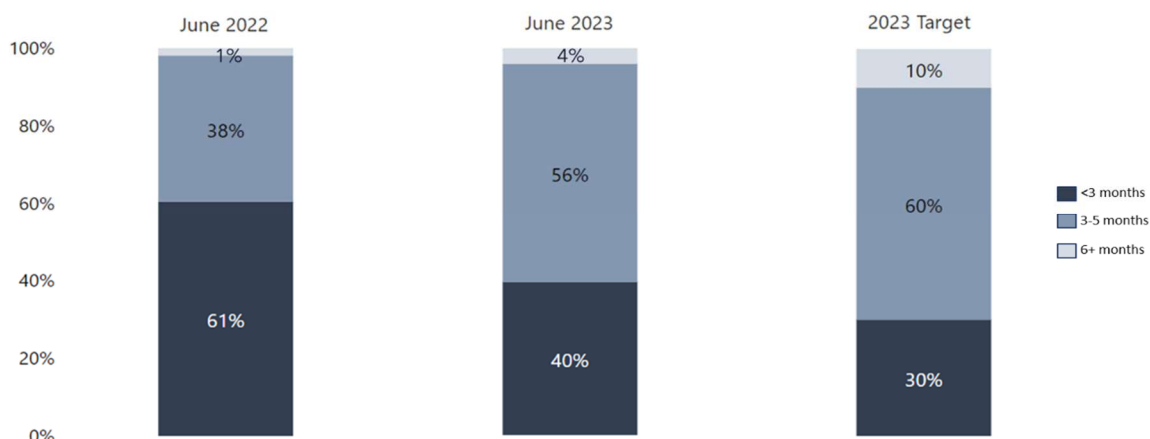
Graphique 46 : Couverture Patient des modèles moins intensifs de TARV



Source : Données communautaires 2023

2.6.3. Dispensation multi-mois des ARV

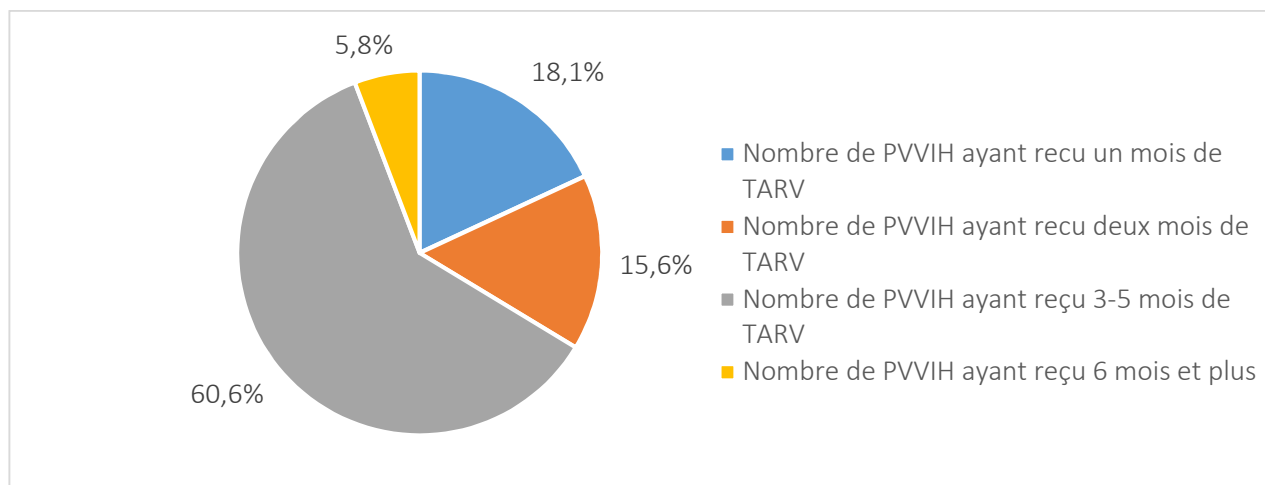
La dispensation de moins de 3 mois est en baisse en juin 2023 (40%) par rapport à celle de juin 2022 (61%). Cependant, elle est en progression de 21 points car la cible du pays était fixée à 30% pour la dispensation de moins de 3 mois au cours de l'année 2023. On note une nette amélioration de la dispensation de 3 à 6 mois allant de 38% en 2022 à 56% en 2023 proche de la cible de 60%. La disponibilité continue des stocks de médicaments au sein des sites de prise en charge a contribué à ce résultat.



Graphique 47: Evolution de la dispensation multi-mois des ARV entre Juin 2022 et juin 2023

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

La répartition des PvVIH selon la fréquence de dispensation permet de constater avec le graphique 50 que la majorité des PvVIH en multi mois sont ceux qui prennent le traitement pour une durée comprise entre 3 et 5 mois soit 60% (240 960/397 785). Cette situation a été favorisée par la disponibilité d'une grande quantité de médicaments ARV conditionnés en boîtes de 90.



Graphique 48: Dispensation multi-mois ARV T4 2023

Source : Données sites PEPFAR

2.6.4. Dispensation des ARV en officine

Dans le cadre de la subvention USAID/PEPFAR, le Cameroun a bénéficié d'un financement pour la mise en œuvre de la phase pilote de la dispensation décentralisée des antirétroviraux dans les officines de pharmacies des villes de Yaoundé et Douala. Ainsi, 19 pharmacies ont été sélectionnées à savoir 10 à Douala et 9 à Yaoundé. Le but de l'initiative d'optimiser la couverture du Traitement Antirétroviral et le maintien des patients sous traitement par le renforcement de l'implication des officines de pharmacie dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Dans cette phase pilote de l'initiative, il était question d'une part de référer 5% de la file active des patients stables des formations sanitaires tutrices dans les officines de pharmacies en 2023, et d'améliorer l'adhésion des PvVIH au TARV au sein de ces officines pharmacie d'autres parts.

Pour ce faire, un atelier de formation des pharmaciens des dites officines s'est tenu à Edéa et Mbalmayo en septembre 2022. En outre, une réunion de briefing et de mise en commun des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la phase pilote de la dispensation des ARV dans les officines de pharmacie s'est tenue à Yaoundé et à Douala en Novembre 2022 en vue du démarrage effectif dès Janvier 2023.

Le tableau 51 présente les résultats du projet. Il convient tout de même de signaler beaucoup de challenges au niveau de la mise en œuvre du projet dans la ville de Douala. L'accès très difficile aux données des FOSA concernées et la documentation du nombre de clients prospectés pour le modèle pas correcte, à qui le modèle s'est vu proposer n'a pas été complétée de manière cohérente. Néanmoins, on relève que dans la ville de Yaoundé, environ 35% (3 720/10 340) des patients éligibles ont été enrôlés à l'initiative même si à peine 10% (309/3 720) de ces derniers ont effectivement accepté la dispensation des ARV en officine.

Tableau 48: Résumé cumulatif des données du projet pilote dispensation des ARV en officines de pharmacie (jusqu'au 30 septembre 2023)

	Yaoundé	Douala
Nombre de clients éligibles au transfert	10,340	4,246
Nombre de clients proposés à l'enrôlement à la dispensation des ARV en officine	3,720	---
Nombre de clients ayant accepté l'enrôlement à la Dispensation des ARV en officine	309	408
Nombre de rendez-vous et renouvellements attendus par pharmacie privée par ville	470	1.006
Nombre de rendez-vous de renouvellement d'ARV respectés à la pharmacie privée	445	926

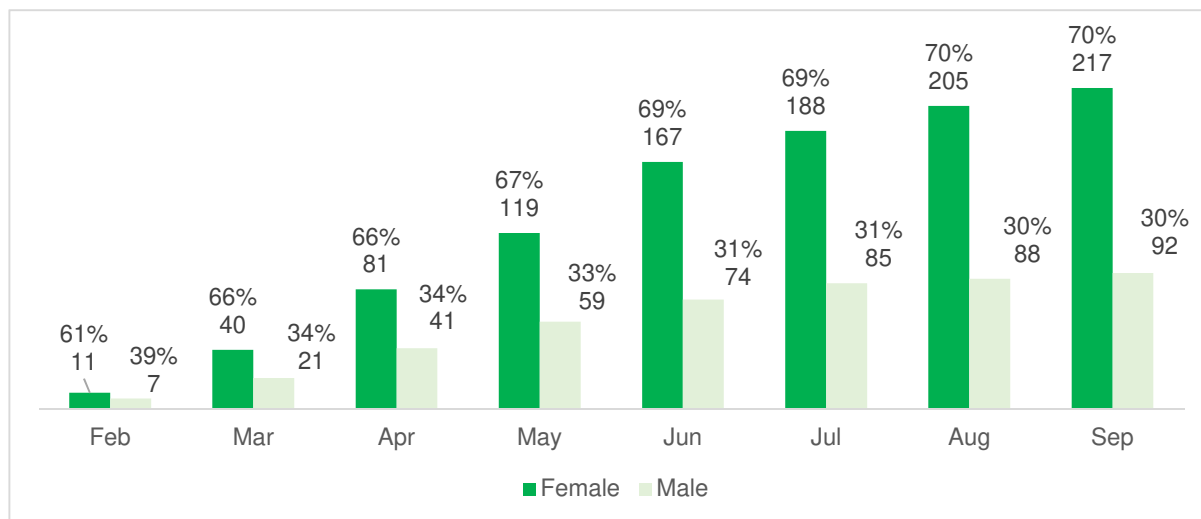
Source : Données projet Dispensation des ARV en officine FHI 360, USAID

L'évolution mensuelle par sexe des enrôlements dans l'initiative pour les deux villes pilotes est consignée dans les graphiques 52 et 53.

Comme dans le cas de la file active, il est à noter que les patients de sexe féminin sont les plus enrôlées dans l'initiative. Elles occupaient une proportion élevée de façon croissante allant de 63% à 71% à Douala et de 61% à 70% à Yaoundé. Des efforts pourraient être déployés pour identifier les

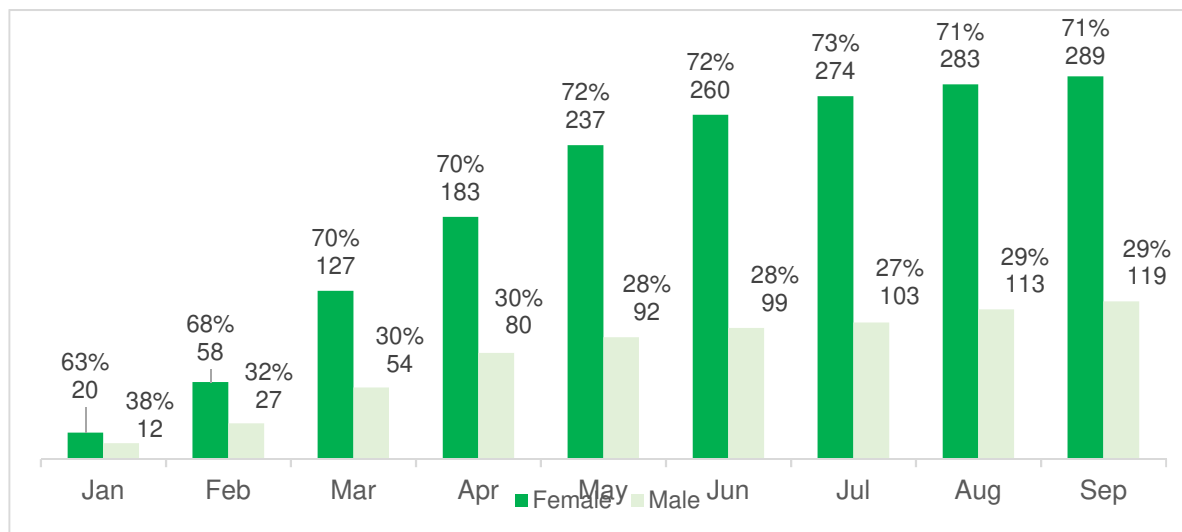
facteurs permettant d'améliorer la mise en œuvre du modèle afin de répondre aux besoins des clients masculins.

Graphique 49: Nombre d'enrôlement par sexe à Yaoundé



Source : Données issues du projet de dispensation des ARV en officine FHI 360, USAID

Graphique 50: Nombre d'enrôlement par sexe à Douala



Source : Données issues du projet de dispensation des ARV en officine FHI 360, USAID

Les bonnes pratiques identifiées lors de la mise en œuvre du projet pilote sont entre autres :

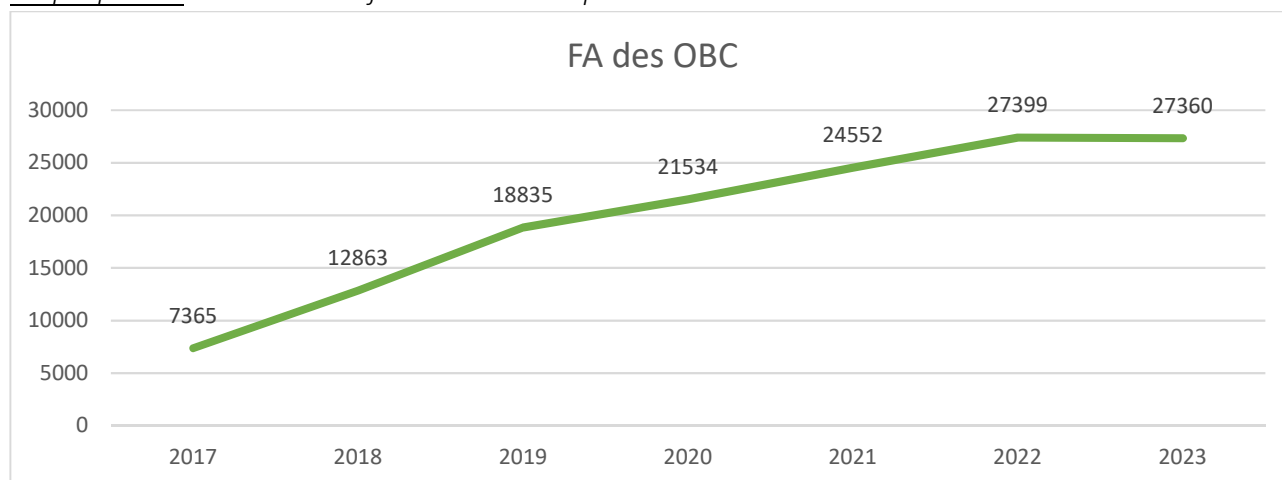
- Une orientation directe des clients et transfert le jour même vers les pharmacies privées ;
- Une présentation personnalisée du modèle de dispensation des ARV en officine aux équipes des FOSA afin d'expliquer le modèle en termes simples et pratiques ainsi que les avantages de celui-ci ;
- Un soutien au mentorat virtuel continu par le personnel des formations sanitaires auprès des pharmacies privées ;

- Un travail avec les équipes de données des formations sanitaires pour créer des listes principales de clients éligibles par cohortes, afin de faciliter l'identification des clients éligibles par les APS ;
- Un engagement et un partenariat essentiels entre le GTR et d'autres responsables locaux de la santé pour résoudre rapidement les problèmes survenus au cours de la mise en œuvre des activités ;
- La tenue des réunions de base bihebdomadaires auxquelles participaient régulièrement la plupart des points focaux des formations sanitaires et des pharmacies privées pour échanger et discuter des défis émergents, des meilleures pratiques et des prochaines étapes.

2.6.5. Dispensation communautaire des ARV

Dans le cadre du passage à échelle de la contribution communautaire dans la lutte contre le VIH au Cameroun et surtout pour désengorger les FOSA et réduire le nombre de patients inscrits dans les modèles plus intensifs, la dispensation des ARV en communauté par les OBC a été choisie comme l'une des stratégies avancées de dispensation. Le graphique 54 donne un aperçu de la tendance évolutive de la file active des patients orientés vers les OBC pour la dispensation communautaire. Cette tendance est croissante depuis 2017 passant de 7 635 patients à 27 360 patients en 2023. La stratégie qui a bénéficié d'une large communication sur le terrain semble aujourd'hui en situation de ralentissement au regard des données de 2022 et 2023.

Graphique 51 : Évolution de la file active de la dispensation communautaire au Cameroun



Source : Données communautaires 2023

La situation au niveau régionale pour le compte de l'année 2023 transparait dans le tableau 51. Des résultats collectés, il ressort une évolution progressive dans les régions de l'Adamaoua, du Sud, du Centre et du Littoral qui ont enregistré un taux élevé d'enrôlement dans l'activité de dispensation communautaire des ARV au cours de l'année. Ce qui n'est pas le cas des régions du Nord (954) et du Sud (1 013).

Tableau 49: Évolution mensuelle régionale de la file active de la DC au cours de l'année

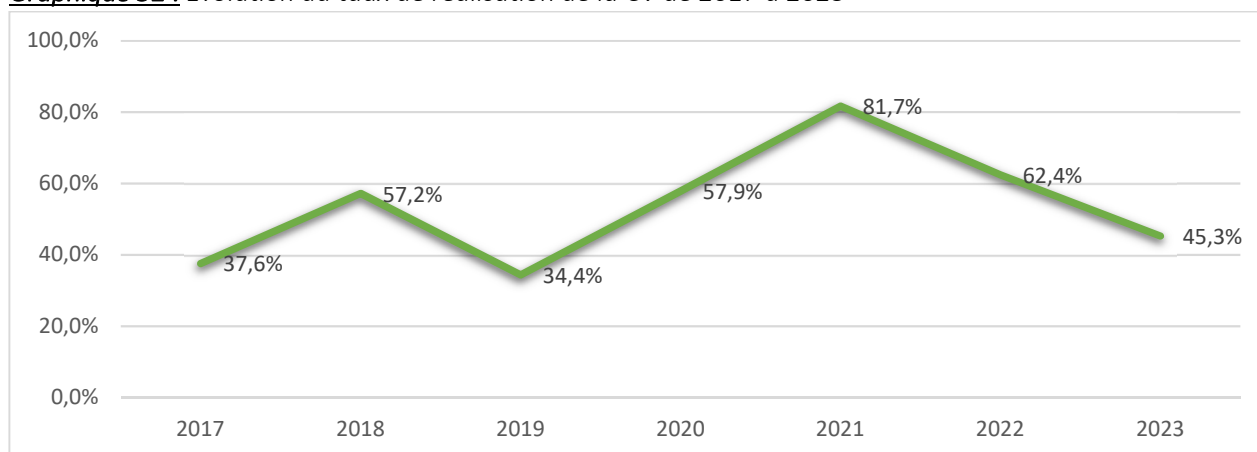
Régions	File Active											
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Adamaoua	1027	1262	1047	1243	1263	1263	1 157	1 157	1211	1210	1210	1224
Centre	10 353	10 339	10 171	10196	10210	10 251	10304	10299	10385	10385	10332	10574
Est	1764	1 763	1 786	1782	1787	1 787	1789	1787	1779	1786	1784	1788
Extrême-nord	1224	1254	1275	1284	1285	1283	1287	1303	1303	1300	1299	1290
Littoral	6330	5959	5959	5993	6049	6 080	5981	5981	5741	5740	6045	6045
Nord	889	893	897	894	913	909	907	906	907	910	951	954
Nord-Ouest	1435	1427	1431	1417	1414	1 423	1 433	1 418	1 476	1 427	1 421	1 411
Ouest	1288	1285	1284	1291	1294	1 292	1292	1292	1296	1301	1311	1323
Sud	738	902	911	914	915	923	924	934	976	985	987	1013
Sud-Ouest	1673	1613	1617	1630	1473	1 664	1670	1673	1666	1665	1734	1738
TOTAL	26721	26697	26378	26644	26603	26875	26744	26750	26740	26709	27074	27360

Source : Registre TARV des FOSA tutrices

2.7. Suivi biologique des PvVIH sous traitement ARV

Dans le cadre du suivi biologique des patients enrôlés au traitement ARV, l'OMS recommande, comme gold-standard pour le suivi biologique du TARV, la mesure de la charge virale. L'analyse de la charge virale est essentielle pour la surveillance du traitement antirétroviral (TAR) et identifier le succès ou l'échec thérapeutique. La tendance d'évolution de la réalisation de charge virale au niveau national est présentée dans le graphique 55. De ce graphique, il ressort une baisse progressive de la réalisation de la charge virale au cours des 2 dernières années. Alors qu'elle était de 81,7% en 2021, elle est successivement passée à 62,4% en 2022 puis à 45,3% en 2023 freinant ainsi l'atteinte du 3ème 95. Cette baisse de performance qui survient à la suite de la création de nouveaux laboratoires, l'acquisition des POCs pour la réalisation de la CV et la subvention de l'examen de la CV est certainement dû à la difficulté d'assurer de façon constante la maintenance des POC et la disponibilité des intrants de CV.

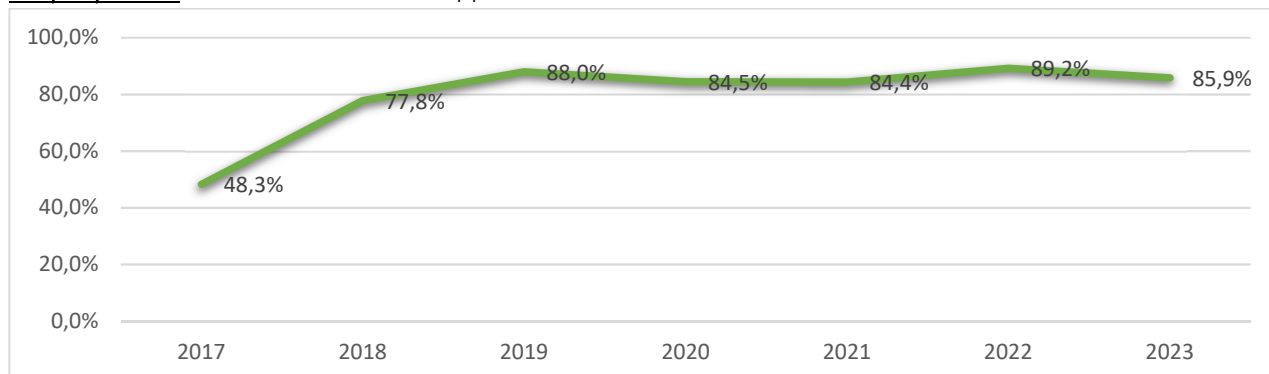
Graphique 52 : Evolution du taux de réalisation de la CV de 2017 à 2023



Source : Données de laboratoires de référence et des POC 2023

Concernant les résultats de l'examen de la charge virale, le taux de suppression nationale a une légère augmentation depuis 2018 comme le présente le graphique 56 avec un taux maintenu au-dessus de 80% mais encore inférieur aux 95% souhaité par le programme.

Graphique 53 : Evolution du taux de suppression de la CV de 2017 à 2023



Source : Données de laboratoires de référence et des POC 2023

La désagrégation des résultats de l'examen de la charge par région présente des situations diverses selon la région au regard du tableau 52. Cinq (05) régions présentent un taux de réalisation en deçà de la performance nationale. Il s'agit des régions du Sud (13,2%), de l'est (16,2%), de Littoral (23,2%), du Centre (36,0%) et de l'Extrême-nord (38,5%). Concernant la suppression Virale, six (06) régions sur 10 ont un pourcentage supérieur à la moyenne nationale (85,9%). Néanmoins, la région du Centre enregistre la plus faible performance (71,7%).

Tableau 50: Couverture et suppression de la CV par région en 2023

Région	File active	Nbre de PvVIH ayant bénéficié de CV	Couverture CV (%)	Nbre de PvVIH ayant supprimé la CV	Taux de suppression (%)
Adamaoua	25365	14530	57,3%	12908	88,8%
Centre	116968	47599	40,7%	34402	72,3%
Est	38214	6994	18,3%	5691	81,4%
Extrême-Nord	27918	12152	43,5%	10506	86,5%
Littoral	71829	18843	26,2%	17433	92,5%
Nord	30444	16653	54,7%	14101	84,7%
Nord-Ouest	43514	39198	90,1%	36714	93,7%
Ouest	32756	18226	55,6%	15991	87,7%
Sud	24840	3705	14,9%	3175	85,7%
Sud-Ouest	36970	25235	68,3%	23672	93,8%
National	448818	203134	45,3%	174593	85,9%

Source : Données de laboratoires de référence et des POC 2023

Suivi biologique des patients en communauté

De manière globale, on note un taux satisfaisant de suppression de la charge virale pour les patients enregistrés pour la dispensation en OBC et ceux ayant été prélevés au niveau des OBC. En effet, le tableau 53 montre que 156 215 PvVIH était éligible pour la collecte de la charge virale mais seulement

18 824 PvVIH (11%) ont été prélevés pour la CV pour un taux de suppression de 98%. Le retour vers les FOSA des PvVIH avec la charge virale non supprimée par l'OBC a été observé à 85%. Un faible retour (65%) des résultats de la charge virale aux OBC a été également observé dans toutes les régions.

Tableau 51: Suivi de la charge virale des patients à l'OBC

Région	CV éligible	CV prélevée	Résultat disponible	CV supprimée	CV non supprimée	Retour FOSA
Adamaoua	492	271	121	79%	21%	16
Centre	143 228	8 431	7 758	98%	2%	98
Est	1,102	904	733	89%	11%	84
Extrême Nord	1080	845	413	99%	1%	0
Littoral	6 377	5292	233	99%	1%	2
Nord	303	217	161	91%	9%	15
Nord-ouest	1768	1365	1277	100%	0%	3
Ouest	1 501	1 198	1 054	99%	1%	4
Sud	364	301	208	99%	1%	3
Total	156 215	18 824	11 956	98%	2%	225

Source : Données communautaires 2023

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

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

2.8.1. Recherche clinique de la tuberculose chez les PvVIH

La recherche clinique de la tuberculose chez les PvVIH se fait à toutes les portes d'entrée à chaque visite de routine du patient ou lors de la dispensation des ARV. 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. En effet, en cas de dispensation multi mois, les PvVIH seront vues tous les trois mois et ne pourront pas bénéficier d'une recherche clinique mensuelle.

En fin 2023, 448 818 PvVIH étaient sous traitement ARV. La recherche clinique de la TB a été faite chez 193 671 patients dont 19 597 ont présenté au moins un signe positif (10,5%), en baisse par rapport à 2022 où on avait 29 599 (13,7%). Au cours de l'année, 19 847 ont été prélevés pour l'examen de confirmation de la TB avec 16, 9% (2 654/19 847) résultats positifs. Sur l'ensemble des positifs, 2 520 ont été mis sous traitement antituberculeux ; soit une couverture en traitement de 75, 3% en baisse par rapport à 2022 (86,9%).

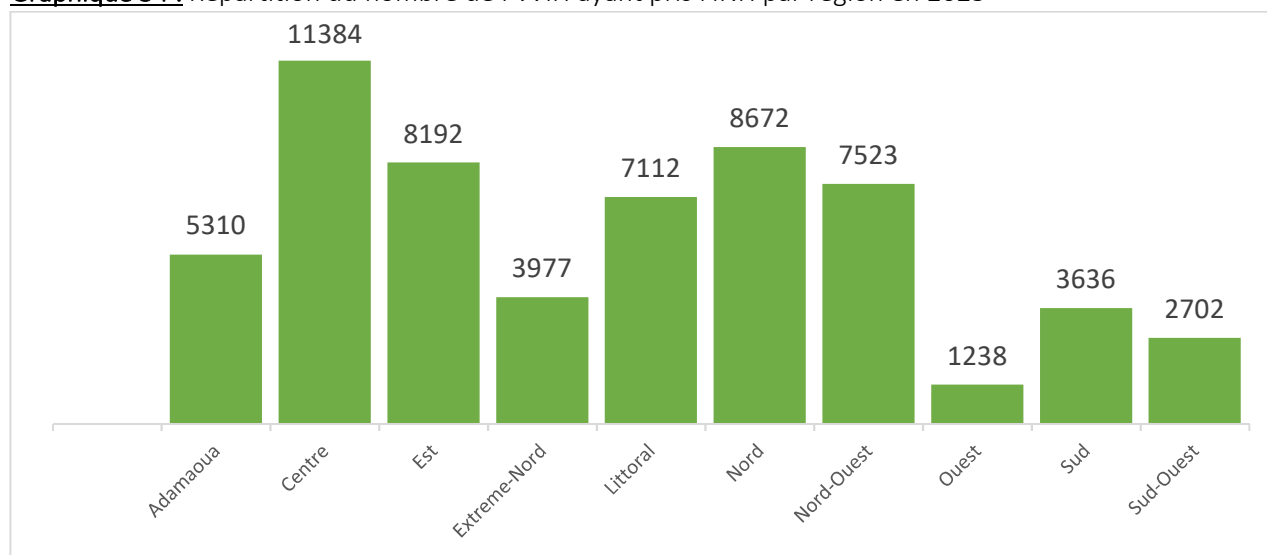
S'agissant du cas très particulier de la recherche des signes évocateurs de la tuberculose chez les femmes enceintes VIH+ sous TARV, il est à noter que 67,4% (10 359/15 378) ont bénéficié de cette investigation au cours de l'année soit une baisse comparée à l'année 2022 où 71,4% (11 394/15 950) avaient pu en bénéficier. Le diagnostic s'est révélé positif chez 141 FEC et seulement 41 ont été mises sous traitement anti tuberculeux, soit une couverture de 29,1%. Pour ce qui est de la TPI, elle a été donnée à 1 221 FEC soit 23,3% des FEC VIH+ nouvellement initiées.

2.8.2. Recherche clinique Traitement préventif de l'INH

Devant le risque élevé d'infection TB chez les PvVIH, un traitement préventif de la tuberculose (TPT) est prévu. Les protocoles actuellement utilisés au Cameroun sont par l'isoniazide (INH) en prise quotidienne pendant 06 mois ou la rifapentine isoniazide (3HP) en une prise hebdomadaire pendant 03 mois. 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 pour ce qui est de l'INH. Depuis l'année 2023 le Cameroun a décidé de mener une phase pilote sur l'utilisation du TPT à base de 3HP les cibles sont les PVVIH à l'exception des femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les enfants.

En raison de l'absence de l'indicateur sur les patients screenés négatifs à la TB et mis sous INH dans les outils de collecte actuels, il n'a pas été possible d'élaborer la cascade INH. Par ailleurs, en 2023, l'INH a été initié chez 47 372 patients. Le graphique 58 illustre la répartition par région.

Graphique 54 : Répartition du nombre de PvVIH ayant pris l'INH par région en 2023



Source : Base DHIS2 2023 du 13/02/2024

2.9. Gestion des approvisionnements et des stocks

Le financement pour l'acquisition des intrants est la résultante des efforts conjugués de l'ensemble des partenaires financiers du Cameroun pour la lutte contre le VIH/Sida. Les besoins en produits de santé quantifiés lors de la séance très inclusive des acteurs permettent d'avoir le paysage de financement pour l'acquisition des stocks d'intrants. Le budget en médicaments antirétroviraux, en tests de dépistage rapide, en réactifs et consommables de laboratoire, en équipements médicaux et de laboratoire s'élevait à 16 911 768 000 FCFA en 2023.

Les acquisitions d'intrants VIH/SIDA ont été faites par les différents bailleurs de fond pour le compte de l'année 2023 selon la répartition suivante.

Tableau 52 : Acquisitions des ARVs et TDRs pour le compte de l'année 2023

Année	Besoins	Global Fund	PEPFAR	Etat	Taux de réalisation
2023	\$ 31,457,255	\$24,741,115	\$ 1,361,328	\$ 5,703 879	101,2%

Un protocole d'accord a été signé entre le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables médicaux Essentiels (CENAME) et les Fonds Régional pour la Promotion de la Santé (FRPS) pour la réception, le stockage et la distribution jusqu'aux points de prestation de service des intrants VIH acquis dans le cadre de la subvention.

ARVs et TDRs

Tableau 53: Quantité d'ARVs et de Tdrs

Désignation du produit	Quantités reçus en 2023	Quantités au 31 Dec 2023
ARVs		
ABC+3TC 120/60 mg Bte 30 Cp	102 300	82 433
AZT+3TC 60/30 mg Bte 30 Cp 60	4 414	7 125
DTG 10mg Bte 90 Cp	39 410	30 115
TDF+3TC+EFV (300/300/400) mg Bte 30 Cp	0	1 050
TDF+3TC+EFV (300/300/400)mg 90 tab	0	1 150
TDF+3TC+DTG (300/300/50)mg Bte 30 Cp	994 325	702 358
TDF+3TC+DTG (300/300/50) mg Bte 90 Cp	1 095 350	285 348
LPV/r 100/25mg tab 60	1 472	1 472
NVP 10mg/ml oral susp 100ml	19 142	32650
ABC/3TC 600+300 mg Bte 30 Cp	0	78388
TDF/3TC 300+300 mg Bte 30 Cp	87 464	40405
AZT/3TC 150+300 mg Bte 60 Cp	40 000	42122
ATV/r 300+100 mg Bte 30 Cp	113 289	241470
RTV 100 mg Cp Bte de 30	1 168	1080
DRV 600 mg Cp Bte de 60	1 435	1475
DTG 50 mg Cp Bte de 30	75 160	178 769
TDR		
HIV-1/2, Determine, 100 Tests	2 904 000	388 200
Test de confirmation (KHB, Oraquick)	206 650	107 071

Source : Rapport UGAS/CNLS, 2023

Tableau 54: Taux de réalisation pour les produits de santé VIH

Année	Besoins	Réalisation	Prévision	GAP	Taux de réalisation
ARVs					
2023	\$ 31,457,255	\$ 17,784,887	\$ 8,317,555	\$ 5,703 879	101,2%
CV et EID					
2023	\$9,152,019	\$5,334,368	\$4,877,943	\$3,817,651	58%

Source : Rapport UGAS/CNLS, 2023

Au cours de l'année 2023, dans le but d'assurer une couverture continue en médicaments et intrants VIH, plusieurs activités ont été menées à savoir

La réunion d'estimation des besoins en produits de santé VIH qui a réuni tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement (DPML, DLMEP, CNLS, PNLT, PEPFAR, CDC, USAID, UNICEF...) pour le compte du GC7 avait pour objectif de ressortir les besoins en produits de santé VIH et la cartographie de financement disponible pour acquérir ces derniers.

Les réunions de coordination avec tous les acteurs centraux de la chaîne d'approvisionnement dont le but était le partage de l'information liée aux intrants à tous les niveaux de la chaîne et le renforcement de la gestion des intrants.

Les missions de supervision sur la qualité des données des intrants VIH qui ont permis la vérification des différents outils de remplissage pour un meilleur rapportage en matière de données.

Les missions de revue régionale des données avec les acteurs régionaux et périphériques en vue d'améliorer le rapportage des données de gestion dans les différents outils.

Les missions de supervision sur sites par les acteurs du niveau régional ayant pour objectif la vérification la gestion des intrants dans les FOSA.

- **La Coordination**

La tenue des réunions hebdomadaires, bimensuelles et trimestrielles avec les différents acteurs de la chaîne d'approvisionnement ont permis d'assurer la disponibilité ininterrompue des intrants VIH aux différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Le système LMD (Last Mile Distribution) mis en place par le projet PSM-GHSC a permis de raccourcir les délais de livraison des FRPS aux FOSAS. Plusieurs initiatives ont découlé de ces réunions notamment la mise en place des plateformes ayant pour but de faciliter les stocks entre FOSAS, la validation des bons de commande des FOSA et l'élaboration des plans de répartition mensuels au niveau de la région, conduisant à une meilleure visibilité du stock en périphérie.

- **Les Défis**

Dans l'ensemble, nous notons que le CNLS a pu atteindre son objectif dans l'observance au traitement des PvVIH. La disponibilité des produits VIH a été possible à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement par l'intermédiaire des structures d'approvisionnement compétentes (à savoirs les magasins centraux, régionaux et périphériques). 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 et ils sont plus accrus pour les zones difficiles d'accès. Une analyse des allocations budgétaires du financement GC7 (2024-2026) et de l'évolution de la File Active démontre de la nécessité de mobiliser les fonds domestiques pour couvrir les besoins en intrants de toute la file active.

5. Analyse FFOM

<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none">• Atteinte du 1er 95 dans la population globale• Initiation des ARV en communauté• Délégation de tâches effective• Dispensation en officine des ARV• Décentralisation de la PECP à travers les MEP des CEP• Intensification des PSD• La transition rapide aux protocoles à base de DTG	<p>Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none">• Engagement des PTF et des acteurs communautaires dans la riposte• CSU• Plateforme E-learning
<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none">• PECPA avec de faibles performances sur tous les axes• Absence des données sur la pharmacovigilance	<p>Menaces</p> <ul style="list-style-type: none">• Instabilité dans certaines zones de conflits (NW et SW)• Rupture en intrant de CV• Instabilité dans les zones frontalières• Retard dans les livraisons des intrants• Risque de rupture de la chaîne de froid• RH insuffisante en qualité et en quantité

CHAPITRE 5 : GESTION DES DONNEES, RECHERCHE ET SURVEILLANCE

1. Processus de collecte des données

Le processus de collecte des données relatives aux activités de riposte au VIH sont encadrés par le plan de suivi-évaluation du plan stratégique nationale de lutte contre le sida. Le dispositif de collecte pour les données santé s'arrime au système d'information sanitaire du Ministère de la Santé. Il est organisé en deux composantes. La première composante concerne la collecte des données primaires et la deuxième composante concerne la production des rapports périodiques d'activité des sites de mise en œuvre des prestations.

Les données primaires sont les informations individuelles collectées par les prestataires de service auprès des patients au moment de l'offre de soins. Ces données sont renseignées dans les registres de services et les dossiers médicaux physiques et/ou électroniques considérés comme les outils primaires. Les structures d'offre de soins élaborent les rapports mensuels d'activités par extraction des données des outils primaires sur la base des outils de rapportage élaborées pour les programmes de santé.

Pour ce qui est des données de prise en charge du VIH dans les formations sanitaires, les rapports mensuelles d'activités produits par les sites de prise en charges sont saisis chaque mois dans le DHIS2 qui est le logiciel national de stockage des données sanitaires.

Au cours de l'années 2023, la complétude des données de prise en charge du VIH dans les formations sanitaires étaient d'environ 96,4%. Cette complétude est légèrement en baisse par rapport à l'année 2022 qui avait enregistré nu complétude des données de prise en charge de 100%. Cependant seulement 83% des structures sanitaires ont transmis leurs rapports d'activités dans les délais.

2. Assurance qualité des données

Les données de qualité sont essentielles pour la prise de décision. Plusieurs activités sont menées en routine à tous les niveaux du système de santé pour assurer la qualité des données des données. Les principales activités d'assurance qualité des données mise en œuvre sont :

- Réunions de validation mensuelle des données sur site (Fosa) ;
- Réunions de validation mensuelle de données au niveau des DS ;
- Réunions de validation hebdomadaire des données sur site ;
- Analyses mensuelles de la situation des données au niveau central et niveau régional ;
- Les missions d'assurance qualités des données ;
- Et les ateliers de validation des données.

Au cours de l'année 2023, les outils de collecte des données communautaires ont été harmonisés. Cette harmonisation s'est faite sur la base d'un recensement de tous les outils communautaires (selon les axes prévention, dépistage, suivi communautaire, PTME communautaire) existants et utilisés sur le terrain par les différents partenaires communautaires. Par la suite, se sont tenues plusieurs concertations avec tous ces différents partenaires en vue de réviser, élaborer et harmoniser les outils communautaires (primaires et secondaires) à utiliser pour le rapportage des données dans activités menées en communauté.

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

Deux missions de supervision de la qualité des données de prise en charge ont été menées par le programme dans les sites de prise en charge du VIH en 2023. Les objectifs spécifiques de ces missions étaient de :

- S'assurer de la concordance des données primaires entre les différentes sources ;
- S'assurer de la cohérence entre les données les rapports mensuelles d'activités et les sources primaires dans les sites sélectionnés ;
- S'assurer de la disponibilité des outils standards dans les sites
- S'assurer que les personnels ont une bonne maîtrise du processus de collecte et de rapportage

Ces missions ont permis de constater la non-disponibilité de tous les outils de collecte dans les sites visités. Les registres TARV et de dispensation des ARV n'étaient disponibles que dans 87,1%. Dans la région de l'Ouest, la disponibilité de ces outils n'était assurée que dans 68% des sites pour le registre TARV et 72% de sites pour le registre de dispensation. Les outils de synthèse des données mensuel étaient les moins disponibles. Seulement 60% des structures sanitaires en disposaient au moment de la mission. Le taux de disponibilité le plus bas a été observé dans la région de l'Est avec seulement 33% des structures qui disposait des outils de rapportage.

Tableau 55: Disponibilité des outils de collecte des données

Régions	TARV (%)	Dispensation (%)	Fiche de synthèse
Adamaoua	92,0	91,4	66,1
Centre	81,7	71,3	62,5
Est	95,5	80,3	33,3
Extrême-Nord	83,2	99,5	56,3
Littoral	93,3	92,1	38,4
Nord	97,0	97,2	63,6
Nord-Ouest	98,8	91,3	93,2
Ouest	67,9	72,1	53,6
Sud	86,1	85,4	65,3
Sud-Ouest	75,7	90,8	69,7
National	87,1	87,1	60,2

Source : Rapport de synthèse des supervisions DQA en 2023

L'évaluation de la cohérence entre les données rapportées par les structures et les sources primaires montre un taux de discordance de 0,2% indiquant que le système de rapportage dans les structures visités est de bonne qualité. Néanmoins certains sites présentent des informations manquantes dans le remplissage des registres primaires principalement dû à l'absence d'un Agent chargé du Remplissage des registres. Dans ces sites les registres primaires sont renseignés par un personnel médical qui est également assigné à d'autres tâches et donc ne renseigne pas systématiquement toutes les informations requises.

Les missions ont également permis d'apprécier le dispositif de collecte des données dans les OBC impliquées dans la dispensation communautaire des ARV. Dans ces structures, les différentes composantes de la qualité des données ont également été évaluées. Le constat ici a été que toutes les OBC visités ne disposaient pas de l'ensemble des registres nécessaires. Au moment de la visite,

seulement 28,6% des OBC sélectionnées disposaient du registre d'assurance qualité des tests. Les fichiers patients n'étaient disponibles que dans 43% d'OBC. Toutefois, 84% d'OBC disposaient de registres de dispensation des ARV et la quasi-totalité disposaient du registre TAR.

Pour ce qui est de la qualité de l'utilisation de ces outils dans les OBC, il a été observé que dans l'ensemble, la complétude des informations n'est disponible dans aucune OBC et pour aucun registre. Le registre TAR étant celui dont les données sont les plus manquantes avec seulement 67,5% d'informations attendues convenablement renseignées. Les fichiers patients sont les plus complètes dans l'ensemble avec 92% d'information disponibles.

Tableau 56: Complétude du remplissage des outils dans les OBV

	CE	EN	LT	NO	NW	SU	SW	Pays
Fichier patient	75.0	NA	100.0	NA	NA	100.0	NA	91.7
Registre d'assurance qualité	66.7	NA	100.0	NA	NA	NA	NA	83.3
Registre de Dispensation	66.7	33.3	100.0	NA	100.0	100.0	100.0	83.3
Registre TARV	72.2	33.3	100.0	0.0	100.0	100.0	66.7	67.5

3. Recherche et Surveillance

Plusieurs études et activités de recherche ont été réalisées en 2023 sur le VIH au Cameroun. Les études réalisées ont porté sur des thématiques diverses, notamment, sur les aspects de prise en charge du VIH, de prévention du VIH, de la stigmatisation et discrimination des PVVIH, etc. Au cours de l'année 2023, cinq (05) projets de recherche ont obtenu une clairance administrative du ministère de la santé.

Tableau 57: Projets de recherche ayant bénéficié d'une clairance administrative

Titre de l'étude	Investigateur Principale
"Viral surveillance and discovery in Cameroon"	Pr Jean Claude MBANYA
"HIV-1 subtype specific drugs resistance in patients failing dolutegravir based first-line second-line or third-line regimens"	Prof DZUDIE ANASTASE
"Faisabilité et acceptabilité du dépistage du cancer du col par test HPV chez les femmes infectées par le VIH dans les districts de santé de la MIFI et de DSCHANG une recherche multiméthodes pre-interventionnelle. (OPTITRI)"	Dr Joelle SOBNGWI
" Evaluation of the implementation of the pilot phase and the acceptability of pre- exposure prophylaxis among key population and serodiscordants couple in Cameroon"	M. ANOUBISSI jean de Dieu
"2023-stigma index 2.0: enquête de stigmatisation chez les personnes vivantes avec le VIH"	Dr MFORCHIVE NJINDAM

Source : DROS/Minsanté

En plus de ces études, le CNLS a réalisé quatre enquêtes, à savoir :

- Enquête sur l'Estimation des Flux des ressources et Dépenses allouées à la lutte contre le VIH et le sida pour les années 2020 et 2021
- L'enquête sur les indicateurs d'alerte précoce de la pharmacorésistance du VIH

- L'audit de la file actives des PVVIH sous ARV
- L'enquête de surveillance sentinelle du VIH chez les Femmes Enceintes

Enquête sur l'Estimation des Flux des ressources et Dépenses allouées à la lutte contre le VIH et le Sida pour les années 2020 et 2021

En 2022-2023, le CNLS a bénéficié de l'appui technique et financier de l'ONUSIDA et USAID à travers GHPIEGO pour la réalisation de L'enquête sur l'Estimation des Flux des ressources et Dépenses allouées à la lutte contre le VIH et le Sida pour les années 2020 et 2021. Cette étude s'est appuyée sur la méthodologie d'estimation prescrite par l'ONUSIDA (classification, codification, outils d'analyse). Les données ont été collectées auprès de 150 institutions œuvrant dans la lutte et réparties dans les 10 régions.

Cette étude a montré que 80 741 729 487 FCFA et 78 811 024 336 FCFA ont été investis dans la réponse contre la VIH et le Sida respectivement en 2020 et en 2021. Il est à noter que le financement de la réponse nationale au VIH/sida reste encore largement dépendant des financements extérieurs : 94,1% en 2020 et 94,0% en 2021 sont des fonds extérieurs. Les dépenses domestiques (publiques et privées) représentent seulement 6,0% en 2020 et 6,2% en 2021. La part des fonds domestiques est en baisse par rapport à 2018 et 2019 où elle était respectivement de 12,0% et 10,4%.

En termes de domaine d'interventions, la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, qui inclue les soins médicaux, le traitement par les antirétroviraux et les soutiens divers, représentent plus de la moitié des fonds investis au cours de ces années, soit 54,9% des dépenses totales en 2020 et 53,7% en 2021. Le financement des interventions liées à la gestion des programmes et au renforcement des systèmes vient en second avec 24,1% des dépenses totales en 2020 et 25,9% en 2021. La part des fonds alloués aux Orphelins et Enfants Vulnérables demeure toujours inférieure à 5% aussi bien en 2020 qu'en 2021 (respectivement 3,5% et 4,5%).

Les premiers bénéficiaires des interventions de lutte contre le VIH sont les Personnes Vivant avec le VIH avec un peu plus de la moitié des fonds dépensés à leur intention, soit respectivement 55% en 2020 et 53% en 2021. Par ailleurs, on a observé une légère hausse des financements à l'endroit des populations clés entre 2020 et 2021 de 3% à 5%. Mais on observe des disparités par type de populations ; HSH (18% à 9%), PS et CTS (76% à 32%). Cependant pour les autres populations clés non ventilés par type, l'on a plutôt une hausse des financements de 4% en 2020 à 59% en 2021.

Au décours des résultats obtenus, il ressort que la pérennité de la riposte au VIH reste une préoccupation avec plus de la moitié des fonds investis qui proviennent de l'aide extérieur. Le gouvernement et les acteurs du secteur privé peinent encore à mettre en place des stratégies de financement qui garantiront la disponibilité permanente des ressources provenant des sources nationales.

Audit de la file active

En 2023, le CNLS a bénéficié de l'appui technique et financier de l'ONUSIDA et du Fonds Mondial pour réaliser un audit de la file active des patients sous traitement antirétroviral au Cameroun. L'audit de la file active a été réalisé dans 467 sites disposant d'une file active de plus de 100 patients et

représentant 92,9% de la file active nationale. Les données des mois d'octobre, novembre et décembre 2022 ont ainsi été auditées au cours de l'opération.

Les résultats de l'audit ont révélé

En s'appuyant sur les rapports mensuels des FOSA pour le mois d'octobre 2022, l'audit de la file active a ressorti que 10.5% des FOSA ont des données concordantes avec les résultats de l'audit, 71,5% des FOSA ont une différence de (-/+ 5 %) avec le décompte (FA adéquate), 7.6% ont une différence de (-/+ 10 %) c'est-à-dire acceptable et 9.9% des FOSA ont une différence (supérieur à -/+ 10%), non acceptable.

Pour le mois de décembre 2022, la reconstitution de la file active à partir du dépouillement des dossiers des patients. Les dossiers patients ont été recomptés dans 384 sites, ce qui représente une complétude d'environ 84% par rapport au nombre de sites rapportant dans le DHIS. Les discordances entre la file active reconstituée à partir des dossiers patients et celle recomptée à partir des registres TARV sont non acceptables dans 54% de sites (supérieur à -/+ 10%), et seuls 33% de sites ont une concordance adéquate. Moins de 1% de sites ont une concordance Gold Standard. Ce résultat laisse présager des faiblesses dans la tenue et l'archivage des dossiers des patients.

L'étude a procédé aussi à l'analyse de la concordance entre les données du registre TARV et les données des dossiers patients sur un échantillon de 15819 dossiers patients. Il en ressort globalement des concordances suivantes : pour la variable « sexe (93,2%) », « Protocole thérapeutique (83,8%) » et « Statut du patient (86,5%) » entre dossier et registre TARV. Cependant, pour les variables « date d'initiation » et « âge », des gaps significatifs ont été relevés entre les dossiers patients et le registre TARV. Cela traduit, un défi de qualité des données sur la prise en charge notamment pour les variables statiques comme le sexe et la date d'initiation au traitement ARV. Aussi, la discordance sur des variables « sensibles » comme le protocole thérapeutique, l'âge et le statut du patient peuvent avoir un impact négatif sur la prise en charge des patients.

Enquête sur les indicateurs d'alerte précoce

Les Indicateurs d'Alerte Précoce (IAP) de la pharmacorésistance sont des indicateurs de qualité de prise en charge qui permettent d'identifier les facteurs associés à l'échec virologique et à l'émergence de la pharmacorésistance du VIH. Les résultats des enquêtes y relatives fournissent des informations sur le fonctionnement des sites de prise en charge, permettant d'apporter des actions correctives spécifiques et adaptées pour chaque service et au niveau du programme national.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la réponse nationale en matière de prévention et de surveillance des résistances du VIH sur la base des IAP chez les enfants et adultes sous traitement antirétroviral (TARV) au Cameroun en 2022.

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive à visée évaluative, réalisée dans 69 sites de prise en charge sur l'étendue du territoire national pendant une période d'observation allant de janvier à décembre 2022. L'échantillonnage était de type systématique et ciblé sur l'ensemble de la file active du pays. Suivant cette méthodologie, un tirage stratifié à deux degrés a été réalisé. Les strates sont constituées des 10 régions. Au premier degré, un tirage à choix raisonné des sites a été fait. Au second

degré, un tirage des patients a été fait pour les IAP 4, 6 et 7 tandis que les sites ont été considérés comme unité primaire pour les IAP 1, 2, 3 et 5.

Globalement sur le plan national, seul l'IAP 1 relatif à l'abandon total du traitement antirétroviral (TARV) présente une bonne performance (5,7%). L'indicateur avec une performance moyenne est l'IAP 2, qui mesure le taux de suppression virale, c'est-à-dire le pourcentage de patients sous TARV dont la charge virale <1000 copies/ml. Ce taux est de 92,3%, ce qui est proche du seuil de 95% recommandé par l'OMS. En revanche, la performance est mauvaise pour les IAP 3, 4, 5, 6, et 7 sur le plan national. Ces indicateurs reflètent respectivement la couverture en charge virale (69,2%), le test approprié de la seconde charge virale (39%), la rupture de stock des médicaments (100%), le retrait des médicaments dans les délais (68,4%) et le passage approprié en seconde ligne (0,7%). Le tableau 60 présente les résultats détaillés selon les cibles pour chaque IAP.

Tableau 58: Niveau de performance des IAP sur le plan national

CLASSIFICATION				Description IAP	Résultats
IAP1	<15%	15-25%	>25%	Abandon total du TARV	5,71%
IAP2	≥95%	80-94%	<80%	Taux de suppression virale	92,26%
IAP3	>95%	85-95%	<85%	Couverture en charge virale	69,21%
IAP4	≥90%		<90%	Test approprié de la seconde charge virale	38,99%
IAP5	0%		>0%	Rupture de stock des médicaments	100,00%
IAP6	>90	80-90%	<80%	Retrait des médicaments dans les délais	68,40%
IAP7	100%		<100%	Passage approprié en seconde ligne	0,69%

Source : Rapport de l'enquête sur les indicateurs d'alerte précoce 2023

IAP et Actions spécifiques à mettre en œuvre :

IAP 1 : Poursuivre avec la stratégie de rétention sous TARV

IAP 2 : Renforcer l'aide à l'observance et transition au DTG

IAP 3 : Améliorer couverture en CV, intégration plateformes

IAP 4 : Sensibiliser pour prescription de la seconde CV dans les délais, optimiser la chaîne d'approvisionnement en CV

IAP 5 : Améliorer la constance d'approvisionnement en ARV

IAP 6 : Sensibiliser les PVIH pour respect RDV en pharmacie

IAP 7 : Renforcer capacités pour un passage 2nde ligne

Intégrer les actions correctrices dans le système de suivi-évaluation trimestriel en 2024

CHAPITRE 6 : APPROPRIATION DE LA LUTTE PAR LES ACTEURS

Au Cameroun, la riposte au VIH est depuis plusieurs années structurée autour des Plans Stratégiques Nationaux. Le Cameroun a ainsi développé et mis en œuvre au fil des années, plusieurs Plans Stratégiques nationaux (PSN). La mise en œuvre de ces PSN s'appuie sur un ensemble d'acteurs : - du secteur publique, - du secteur privé, - des organisations non gouvernemental, - des acteurs de la sociétés civiles, - des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux et - des organisation et réseaux des personnes infectées ou affectées par la maladie.

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

Les prestataires de la médecine traditionnelle forment un groupe de praticiens important que les communautés respectives reconnaissent, respectent, et auquel elles font confiance. Ces prestataires traditionnels dispensent des soins qu'ils adaptent pour répondre aux besoins et aux attentes de leurs patients. Ils sont par conséquent des agents de communication importants pour diverses questions d'intérêt général, et comme tels, bénéficient d'une grande crédibilité en matière de santé dans leur communauté. Pour ce qui est des aspects sociaux et spirituels de ce qui précède, ces acteurs constituent une opportunité car ils peuvent être agents de soutien des programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida.

Dans le cadre de l'appropriation de la riposte au VIH en 2023, quatre réunions de concertations se sont tenues entre les tradipraticiens de santé et la DOSTS. La première avait pour but d'évaluer les contours et les intérêts de cette implication tout en engageant la collaboration avec cette direction de tutelle en matière de soins de santé primaires et de la médecine traditionnelle. Les besoins d'identification et de cartographie de ces acteurs de santé ainsi que la loi encadrant la médecine traditionnelle au Cameroun ont été mis en une évidence. En plus de la cartographie, ces réunions ont ressorti, la nécessité d'un renforcement de capacités en matière de prévention, soins et traitement du VIH, le rôle de chaque acteur, l'élaboration des cadres règlementaire et de performance pour la riposte par ces acteurs communautaires ainsi que l'élaboration des outils de collecte des données issues des activités de riposte.

S'agissant des leaders traditionnels, deux réunions de concertation avec le MINAT en vue de l'implication des leaders traditionnels ont permis de décliner la vision et les attentes du CNLS, plus précisément de déterminer les points sur lesquels ils peuvent accompagner la riposte au VIH. Il a été identifié leur capacité de mobilisation, leur autorité qui impacterait positivement sur le respect des droits humains et la lutte contre les VBG. La recommandation forte a été d'inviter autour d'une table de discussion des leaders traditionnels pour faire l'état des lieux.

Quant aux Bayam Sellam, (ils/elles) sont des travailleurs du secteur commercial, regroupant un effectif important de la population camerounaise, fortement féminisé, organisé en réseaux, secteurs et en associations. Quelques caractéristiques de la vie de ces acteurs de la société civile nous permettent de comprendre que leur vulnérabilité au VIH/Sida et les IST tient notamment :

- de leurs multiples déplacements à la recherche des marchandises ;
- du relais dynamique qu'ils assurent entre les zones urbaines et les zones rurales ;

- de leur niveau de scolarisation, parfois très faible pour lire et comprendre les messages de sensibilisation et de prévention conçus sans leur implication ;
- de la précarité et de l'incertitude de leurs revenus, ce qui les prédispose aux comportements à risque ;
- de leurs absences régulières et prolongées hors de leurs foyers et familles et de façons quasi permanentes, prédisposent les ados jeunes laissés à eux-mêmes.

En 2023, les organisations et associations de Bayam Sellam de 4 grands marchés de Yaoundé à savoir Marché NSAM, Marché MFOUNDI, Marché MESSASSI et Marché MOKOLO se sont engagées à la sensibilisation sur le VIH de leurs pairs lors du mois camerounais. Mais cette initiative a été stoppée par le manque de moyens nécessaires pour la réalisation malgré le plan d'action disponible

2. Engagement et l'implication des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD)

En matière de développement des partenariats, les actions de suivi dans le cadre du suivi du partenariat au niveau des CTD ont été orientées vers :

- Le Plaidoyer pour l'augmentation des financements domestiques pour des investissements durables avec l'Etat du Cameroun à travers le budget national ;
- la Mobilisation pour l'implication des CTD dans le cadre de la mobilisation des financements domestiques et l'approche villes ;
- la Mobilisation des ressources auprès du Fonds Spécial d'équipement et d'Intervention Intercommunale (FEICOM) et à travers les Communes et Villes Unies du Cameroun (CVUC) ;
- le Développement d'une politique de partenariat.

D'un autre côté, dans le cadre de l'initiative « Ending HIV in the Cities », dans les Régions appuyées par la BID, des actions de plaidoyer ont été conduites pour le suivi de la mobilisation des ressources à la suite de la réunion de haut niveau sur " Réflexion Stratégique et Plaidoyer pour la mise en œuvre de la phase I de ladite Initiative". Ces actions de plaidoyer ont ciblé les communes de :

Régions	Communes
Adamaoua	Bélel/Meiganga ; Ngaoundéré III ; Tignere
Centre	Yaoundé II ; Yaoundé IV
Est	Bertoua I ; Batouri ; Doumé
Sud	Akom II; Ngoulemakong; Kribi I
Nord	Maroua I; Guider; Ngong
Extrême Nord	Datchéka; Mokolo; Mora; Rey-Bouba
Ouest	Bangangté ; Dschang ; Foumban

Mise en œuvre du projet Fast-Track Cities

Dans le cadre de la coordination des activités de riposte au VIH auprès des Collectivités Territoriales Décentralisées, l'ONUSIDA, l'Association internationale des prestataires de soins liés au sida (IAPAC) en collaboration avec les CVUC et le CNLS conduit depuis 2018 le projet Fast –Track – Cities dans les sept (07) Municipalités de la ville de Yaoundé.

Rendu à la dernière année de mise en œuvre de ce projet (2023), l'ONUSIDA a recruté un consultant pour son évaluation et la documentation des bonnes pratiques en lien avec ce projet. Cette évaluation permettra d'apprécier l'intérêt, la qualité et la valeur ajoutée liée notamment à l'exécution de sa mise en œuvre. Il s'agira particulièrement d'évaluer et apprécier :

- Le dispositif d'intervention mis en place et les résultats obtenus ;
- Les moyens et les processus de l'action : les moyens humains, matériels et financiers actuels et ceux à mobiliser ou à démobiliser pour l'efficacité de l'action, si nécessaire ;
- L'appréciation du service par les bénéficiaires ;
- Les processus de gestion administrative et financière ;
- Les effets directs, impacts et pérennité du projet.

Au cours de l'année 2023, il s'est tenue des sessions de formation dans le but de fournir un soutien technique aux Communes à travers le renforcement des capacités des prestataires de soins et les acteurs communautaires intervenant dans leur territoire. Avec l'appui du partenaire IAPAC. Ces formations ont porté sur les stratégies pour accroître un accès et une utilisation sans interruption des services liés au VIH, le renforcement des contacts personnels avec les PVVIH dont l'engagement dans les soins VIH est incohérent et promotion de l'importance de la rétention aux soins pour l'atteint de I=I

Tableau 59: Activités conduites dans le cadre de l'appropriation de la lutte dans les CTD en 2023

N°	Activités menées	Responsables
1	Revue de performances 2022 et planification 2023	BID PETVISIDAME
2	Réflexion stratégique et plaidoyer pour la mise en œuvre de la Phase I de l'initiative "Ending HIV in the Cities	BID PETVISIDAME - UNICEF-ONUSIDA-CVUC-MINDDEVEL
3	Conférence Fast-Track-Cities à Amsterdam	ONUSIDA-CVUC-IAPAC
4	Renforcement des capacités pour les professionnels de la santé organisations communautaires des prestataires de soins des 7 municipalités de Yaoundé	IAPAC -CNLS
6	Campagne de I=I dans la ville de Yaoundé V (Marche sportive)	IAPAC -CNLS
7	Atelier de consolidation des termes de référence et de validation des messages en vue de la campagne de sensibilisation I=I	IAPAC -CNLS
8	Evaluation finale quinquennale et des bonnes pratiques (2018-2022) de l'initiative Fast Tracks cities au Cameroun	ONUSIDA-CVUC-Consultant
9	Appui des Communes au Mois Camerounais	CNLS
10	Coordination semestrielle	CNLS

3. Réalisation des sectoriels au cours de l'année 2023

SECTORIELS	RESULTATS CLES
MINAS	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue le 16/11/2023 à Yaoundé d'une session du Groupe de travail permanent chargé de la coordination et du suivi-évaluation du programme de lutte contre les IST/VIH/Sida du MINAS (ayant servi de rampe de lancement aux activités commémoratives de la JMS 2023 au MINAS) • 113 763 personnes (4 759 hommes, 10 004 femmes et 99 000 dont le sexe n'a pas été indiqué) touchées par les 12 activités de sensibilisation de masse réalisées ; • 23 808 (11 707 hommes, 11 555 femmes et 546 dont le sexe n'a pas été déterminé) ont participé aux 605 causeries éducatives et autres activités de sensibilisation de proximité menées¹, parmi lesquelles 2663 Personnes Socialement Vulnérables (personnes handicapées, personnes âgées, populations autochtones vulnérables, personnes réfugiées ou déplacées internes, etc.) ; • 18 de ces activités de sensibilisation de proximité ont été couplées aux sessions de dépistage volontaire et anonyme du VIH, lesquelles ont permis à 9 537 personnes (4 654 hommes, 4800 femmes, et 83 dont le genre n'a pas été précisé) de connaître leur statut sérologique, dont 730 Personnes Socialement Vulnérables ; • 08 rencontres d'échanges et de renforcement des capacités ont également été rapportées, auxquelles 1225 personnes ont participé (278 hommes, 417 femmes et 530 dont le sexe n'a pas été indiqué) parmi lesquelles 291 pairs éducateurs formés dans les 10 Régions avec l'appui de Care International Cameroun ; • à la faveur desdites activités de sensibilisation et de promotion du dépistage, pas moins de 8 406 outils/matériels de prévention produits ou mis à disposition par les partenaires (GTC CNLS, Care International Cameroun et ACMS) ont été utilisés/distribués, dont 7 169 préservatifs masculins et 100 préservatifs féminins. • Une activité de sensibilisation menées entre autres à l'occasion des journées commémoratives (JIPH, JEA, JIPAU...), et à la faveur du Programme pilote de sensibilisation et communication sociale sur les IST/VIH/Sida, la SSR, et les VBG au bénéfice des personnes déficientes sensorielles et autres personnes vulnérables, réalisé entre le 04/05 et le 07/07/2023 dans Communes d'Ambam (Région du Sud) et de Dschang (Région de l'Ouest) avec l'appui de l'UNICEF dans le cadre du PETVISIDAME

SECTORIELS	RESULTATS CLES
MINJUSTICE	Le MINJUSTICE a organisé des séances de sensibilisation et de dépistage lors du mois Camerounais
MINTOUL	Le MINTOUL a organisé des séances de sensibilisation et de dépistage lors du mois Camerounais
MINPROFF	<ul style="list-style-type: none"> • Désignation des Point focaux régionaux de lutte contre le Sida dans les DRPROFF • Élaboration du rapport du Secrétaire General des Nations Unies sur la lutte contre le VIH/Sida chez les femmes et les filles ; • Vulgarisation de la Stratégie Nationale de lutte contre les VBG et du Plan d'action Nationale pour l'Élimination des MGF • Un plan sectoriel « Femmes-familles » de lutte contre le VIH/Sida et les IST disponible ; • 25 personnes formées sur la riposte au VIH/Sida et les IST (10 PF régionaux, 06 responsables du niveau central, 05 administrations sectorielles et 04 organisations de la société civile) ;
MINESUP	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des étudiants pour la réalisation d'une cartographie des risques et vulnérabilités (CRV) à l'Université de Ngaoundéré ; • Réalisation d'une cartographie de risques et vulnérabilités à l'Université de Ngaoundéré ; • Formation des pairs éducateurs dans le cadre de la sensibilisation pendant les Jeux universitaires de Ngaoundéré ; • Production d'un document sur les connaissances pratiques sur le VIH/sida et les IST, la tuberculose et le respect des Droits Humains en milieu universitaire ; • Renforcement des capacités des personnels des Centres Médico-Sociaux (CMS) des Universités d'Etat à l'encadrement des Pairs Éducateurs dans leur institution en matière de prévention du VIH, sida, IST, tuberculose et respect des Droits Humains en milieu universitaire ; • Organisation d'une semaine de campagne de promotion des offres de services du CMS et de sensibilisation pour la lutte et le dépistage volontaire du VIH/SIDA dans les universités de Yaoundé II, Douala, Ebolowa, Buea et Garoua. 17350 personnes sensibilisées 5021 dépistées et 15 personnes testées positives
MINPEMESSA	Le MINPEMESSA a organisé des séances de sensibilisation et de dépistage lors du mois Camerounais
MINEDUB	Le MINEDUB a organisé des séances de sensibilisation et de dépistage lors du mois Camerounais
MINTSS	Le MINTSS a organisé des séances de sensibilisation et de dépistage lors du mois Camerounais
MINDEF	Le MINDEF a organisé des séances de sensibilisation et de dépistage lors du mois Camerounais

SECTORIELS	RESULTATS CLES
MINJEC	<ul style="list-style-type: none"> • 300 activités de sensibilisation ont été organisées par le MINJEC. Elles auront permis de toucher 7800 personnes dont 4 800 hommes et 3 000 femmes. • Plusieurs types des supports de communication ont été produits et distribués dans le but de faciliter le processus de sensibilisation. Cette distribution se fait souvent lors de divers événements spéciaux organisés et ou impliquant le MINJEC. Il s'agit de : <ul style="list-style-type: none"> - 8 000 dépliant ; - 10 000 affiches ; - 5 000 Magazines ; - 150 banderoles ; - 100 oriflammes ; - 670 Pinks • le MINJEC a également distribué 10 000 préservatifs masculins et 7 000 préservatifs féminins. Par ailleurs 4 000 lubrifiants ont été distribués. • Pour ce qui est du dépistage, il faudrait relever que 4 000 personnes ont été reçues et conseillés lors de nos activités ponctuelles. 3420 d' entre eux ont été effectivement dépistés pour un nombre total de 3 100 retirés.
MINREX	Le MINREX a organisé des séances de sensibilisation et de dépistage lors du mois Camerounais
MINSEC	Le MINSEC a organisé des séances de sensibilisation et de dépistage lors du mois Camerounais
MINEPAT	Le MINEPAT a organisé des séances de sensibilisation et de dépistage lors du mois Camerounais
MINEFOP	Le MINEFOP a organisé des séances de sensibilisation et de dépistage lors du mois Camerounais

4. Secteur privé GICAM

En lien avec le PSN et du fait de leurs engagements en matière de responsabilité sociétale en entreprise, les entreprises du secteur privé ont un rôle important à jouer pour protéger les employés et leurs familles du VIH et du sida. Cependant, le secteur privé dispose d'un riche potentiel jusqu'ici faiblement exploité dans la réponse au sida. De nombreuses compagnies multinationales et nationales ont beaucoup investi dans l'infrastructure sanitaire, dans l'accès aux diagnostics, et la formation du personnel à fournir des soins efficaces de qualité à leurs employés, leurs familles et parfois aux communautés riveraines. Pour cette année 2023 en Collaboration avec le GICAM SR Secteur privé, les actions ci-après ont été conduites.

Intervention	Résultats obtenus
Consultations Techniques en direction des responsables des ressources humaines	33 entreprises enrôlées
Consultations Techniques en direction des médecins du travail	39 entreprises enrôlées
Consultations Techniques en direction des responsables juridiques	22 entreprises enrôlées
Validation des projets de Convention PPP par les parties prenantes	30 entreprises enrôlées
Validation en direction des responsables juridiques	20 entreprises enrôlées
Validation en direction des responsables des ressources humaines	30 entreprises enrôlées

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

Tableau 60 : Cartographie des acteurs et des domaines d'interventions

Agences de mise en œuvre	Partenaires d'implémentation	Domaine d'intervention	Zones d'interventions	Population cible	Financements
CNLS	Directions techniques MInsanté GTR	- Prévention - Prise en charge - Soutien - Chaîne d'approvisionnement	Toutes les régions	- Population générale - Femmes enceintes - Enfants, adolescents et jeunes	- ETAT - Fonds Mondial - PEPFAR
CDC	ICAP, EGPAF, GU, CBCHB	- Prévention - PEC - Soutien	Toutes les régions (155 districts)	Population générale	PEPFAR
DoD	HAEDA	Prévention	Toutes les régions les hôpitaux militaires	Militaires	PEPFAR
USAID	CHP-CHILL, CENC ISAHC, GHSC-PSM Chemonics-PSM	- Prévention - Chaîne d'approvisionnement	Toutes les régions	- Population générale - KPs - Populations vulnérables (enfants et orphelins)	PEPFAR
Peace Corps	Volontaires	Prévention	Toutes les région	Enfants, adolescents, et adolescentes mères	PEPFAR
PETVISIDAME	DRSP	- Prévention primaire du VIH chez les jeunes et adolescents - Prise en charge pédiatrique et des adolescents vivant avec le VIH - PTME	Adamaoua, Est, Extrême nord, Nord, Ouest, Sud et dans 65 districts	FEC et allaitantes VIH+, Enfant Exposés, Enfants et Adolescents	ETAT (Prêt BID)
CARE	CHP, PJD, ACT, GIZ, FESADE	- Prévention - Droit humaine	Toutes les régions	TS, HSH, CTS, JFNS, JGNS, UDI et TG	Fonds Mondial

PNLP	REACH OUT, PLAN INTERNATIONAL	Prise en charge TB/VIH	Toutes les régions	Population générale	Fonds Mondial
HCR	CTD	Prévention	Extrême-nord Adamaoua, Est	PVVIH Population générale, Populations déplacées dans les zones reculées	
ONUSIDA	CNLS RECAP+	- Prévention - Prise en charge - CLM	Toutes les région	PVVIH	
OMS		- Prévention - PEC	National	Population générale	ONUSIDA PEPFAR
ONU FEMMES		Prévention	National	Femmes et Adolescentes	
CSCC-Santé		Renforcement des capacités des organisations de la société civile pour une contribution efficace à la réponse nationale au Sida, à la Tuberculose, au Paludisme et aux Hépatites.		Population Générale	
ACMS	RECAJ+	Mise en œuvre du projet Star (HIV SELF TESTING AFRICA INITIATIVE)		Adolescents et jeunes non scolarisés	

Résultats de la contribution de l'OMS en 2023

Au niveau central

- L'accompagnement du pays pour la mise à échelle de la prestation de services différenciés à travers le projet DSD SI à travers :
 - la mise en place au niveau national d'un groupe de travail multipartenaires de coordination de la DSD,
 - la réalisation de l'analyse situationnelle de la prestation des services différenciés au Cameroun ,
 - la formation des prestataires et l'élaboration, la validation et l'appropriation d'une vingtaine de documents normatifs adaptés au contexte pays : **le Guide de mise en œuvre de l'approche DSD (Prévention, Dépistage, Traitement, Charge virale, maladies Avancées), le plan**

opérationnel et de passage à l'échelle de la DSD, les modules de formation DSD et les documents sur l'auto-dépistage du VIH : directives, SOP, Modules de formation, normes et qualités, plan opérationnel & Suivi Evaluation et outils sur DSD en matière de VIH, plan de communication et de plaidoyer;

MINSANTE/ GTC-CNLS A reçu « le prix du pays le plus engagé dans les activités d'apprentissage DSD » lors de la réunion mondiale du réseau CQUIN en Afrique du Sud en Novembre 2023

- La mise à jour des documents normatifs de prise en charge VIH /IST selon les recommandations de l'OMS à savoir :
 - les directives nationales de prise en charge du VIH,
 - la revue du PSN-VIH 2021-2023,
 - le PSN VIH 2024-2030.
- La réalisation d'une étude de vérification pour la détermination de la combinaison de tests à utiliser pour la transition à un algorithme à 3-tests pour le dépistage du VIH.
- La Mise à jour du guide de délégation des tâches pour la prise en charge du VIH pour une décentralisation des services de santé aux communautés afin d'accroître l'équité dans l'accès aux soins.
- La réalisation de 2 études respectivement sur :
 - les goulots d'étranglement de l'accès aux services des populations clés en contexte COVID19
 - L'évaluation des capacités techniques des OBC à mettre en œuvre des activités additionnelles VIH) dont les résultats clés sont respectivement un fort impact négatif de la COVID19 sur l'offre de service aux populations clés et des faiblesses dans l'offre de services pour l'éducation thérapeutique, la prophylaxie pré exposition et la lutte contre les hépatites virales dans les OBC identitaires;

Ces études ont contribué à de guider le plaidoyer et la révision des stratégies, approches et directives nationales pour l'offre de services VIH/Sida de qualité aux populations clés

- La mise à disposition des experts nationaux et internationaux pour l'appui à la rédaction de la demande de financement du Fonds mondial pour la période 2024-2026 (GC7)
 - Dialogue pays ;
 - Retraite du comité de rédaction ;
 - Organisation et participation à la revue du Mock TRP ;

Au niveau régional

Renforcement de l'accès aux services essentiels de prévention et traitement du VIH dans les régions Littoral et Est

- 126/134 personnels ont reçu un renforcement de capacités sur sites dans les différentes thématiques de la PEC du VIH/SIDA (le dépistage avec utilisation des screening Tools, la mise sous traitement et le suivi des IDP, réfugiés, adultes, adolescents, enfants et populations clés) soit 68/74 dans la région du littoral et 58/60 à l'EST afin d'améliorer les services VIH dans les 14 DS soutenus
- Dans le Littoral 12/21 responsables et à l'EST 18/36 responsables DS/FOSA formés sur la gestion de stock des intrants. Ceci a permis de réduire à sa moindre valeur les ruptures de stocks dans nos FOSA suivies.
- Appui à la rétention par le renforcement, la en mise en œuvre de quelques stratégies de soins différenciés (adaptation des horaires de dispensation à la disponibilité de certains patients; actualisation des numéros de téléphone, dispensation communautaire d'ARV) , Le partage des bonnes pratiques (Appeler les patients par leur nom...) d'un site à un autre, la mise à disposition des Kits pédagogiques et les guides pour éducation thérapeutique pour les enfants, adolescents et adultes ont permis d'améliorer la rétention dans les sites. C'est ainsi que 2481/2549 patients dans le Littoral ont pris leurs médicaments soit 93,3% contre 1347/1491 soit 90,3% dans la région de l'EST.
- Dans la Région de l'EST il y a eu le renforcement des capacités des chefs de districts et CBS des 6 DS au suivi des activités de lutte contre le VIH et l'élaboration des cascades trimestrielles de PEC. Pendant la période, 4 districts de santé ont été appuyés lors des réunions de coordinations et ma présence a permis de résoudre beaucoup de problèmes dans la mise en œuvre des activités (approvisionnement en intrants, prélèvements pour la CV, remplissage des outils de rapportage mensuel etc.)
- Dans les deux régions, les consultants ont apporté leur appui aux différents GTR pour la coordination des activités. C'est ainsi que dans le Littoral elle a participé aux réunions de coordinations regroupant les partenaires et les coordonnateurs des UPEC en mode virtuel, participation active avec présentation des performances du T3 à la réunion de coordination DRSP-PT. Les deux consultants ont appuyé leur région dans les préparatifs et la mise en œuvre des activités de vacances sans SIDA et le mois Camerounais ainsi que la célébration de la journée mondiale de lutte contre le VIH. Tous les districts de santé ont tenu les réunions de coordination mensuelles régulièrement, ici le taux de réalisation est de 100% dans les deux régions.
- La coïnfection VIH/TB est suivi par les 2 programmes (les malades sous traitement sont connus par les deux programmes dans la région de l'EST)
- L'appui pour la pratique des « user fees » de certains sites confessionnels éligibles dans les deux Régions
- Dépistage

Régions		< 15 ans		> 15 ans		TOTAL
		Cibles	Réalisations	Cibles	Réalisations	
Littoral	IDPs	76	25	154	77	102
	Autres populations	8740	673	37966	3981	4654
	Total	8816	675	38120	4058	4756
	Réfugiés	3166	904	12855	10743	11647
EST	Nationaux	4071	459	8032	3183	3642
	Total	7237	1363	20887	13926	15289

- **Mise sous traitement**

Au total 107/114 ont été mis sous traitement dans la région du Littoral soit environ 94%. Dans la région de l'EST 21/21 positifs ont été mis sous traitement soit 100%. Tout ceci est due au travail de qualité que les personnels, APS et ACRR mènent sur le terrain.

- **Activités PTME**

Dans la région de l'EST, 3880 FEC ont été reçu en CPN 1 donc 3815 ont accepté le test soit 98,3%. 51 ont été testés positives et toutes mises sous traitement soit 100%, 69/70 enfants nés de mères VIH + ont été mises sous Névirapine. 69,5% d'enfants ont été prélevés pour la PCR soit 16/23 pour zéro positif. Cependant dans la région du Littoral 1139/1145 FEC ont accepté le test de dépistage du VIH à la CPN1 soit 99,5%, 11/12 positives ont été mises sous traitement. Pour la mise sous Névirapine, 27/27 nouveau-nés ont été mises sous Névirapine et 28 NNE ont été prélevés pour PCR avec zéro positif. Nous constatons que l'activité PTME est opérationnelle et de bonne qualité dans les deux régions.

6. Matrice Force, faiblesse, opportunités, menaces, perspectives et innovations

<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intersectorialité/synergie d'action agissante avec les acteurs/structures de divers secteurs, les Collectivités Territoriales Décentralisées, et les organisations de la société civile - Mise à contribution des ressources humaines, logistiques et matérielles des services centraux, déconcentrés, spécialisés et/ou opérationnels de diverses Administrations - Prise en compte des besoins spécifiques des personnes en situation de handicap dans le profilage et la mise en route des activités - Mise en place/tenue des instances ministérielles de coordination de la lutte - Capitalisation de certaines journées commémoratives pour la sensibilisation de certains groupes vulnérables 	<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible appropriation des rôles et responsabilités en matière de lutte contre le VIH/Sida par certaines structures déconcentrées et opérationnelles - Faible reddition de comptes concernant les activités de riposte menées par certains services déconcentrés et opérationnels - Insuffisance des ressources budgétaires allouées à la lutte contre le VIH/sida dans la majorité des secteurs - Insuffisance des outils/matériels de sensibilisation (préservatifs, lubrifiants, etc.) pour répondre à la demande exprimée par les personnes sensibilisées ou dépistées ; - L'inexistence des conventions
<p>Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> - TIC - Maillage territorial des structures opérationnelles de nombreuses Administrations 	<p>Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persistance des troubles sécuritaires dans certaines localités du NW - Absence d'un texte réglementaire prescrivant l'offre systématique des services de CDV aux postes frontaliers
<p>Perspectives</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration/Actualisation des plans sectoriels de lutte contre le sida à la lumière des orientations du PSN 2024-2030 - Poursuite du plaidoyer en vue d'une meilleure budgétisation des activités de riposte - Poursuite de la réflexion visant l'offre de services de dépistage démedicalisé au niveau des services de terrain de certains départements ministériels (CESO, SASO, CPFF, CMPJ...) - Intensification de la sensibilisation lors des journées commémoratives et événements spéciaux, en plus du Mois Camerounais contre le Sida 	<p>Innovations</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de WhatsApp pour le suivi et la documentation de certaines opérations, ainsi que la diffusion des messages de sensibilisation à des catégories de jeunes socialement vulnérables - Création et animation (en langues locales) des programmes radio dédiés à la lutte dans certaines radios communautaires

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

La riposte nationale au VIH enregistre en plus de la contribution de l'État du Cameroun, des apports de plusieurs bailleurs de fonds, dont les principaux sont : le Fonds Mondial, 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 2023 répondent aux besoins présentés dans le plan stratégique national 2021-2023 par résultats d'impact. Les interventions soutenues par ces bailleurs doivent être suffisamment spécifiques pour être intégrées dans les procédures globales de planification et d'établissement des budgets.

1. Estimation des besoins en ressources financières

Le besoin national en ressources financières de l'exercice 2023 tel que prévu par le Plan Opérationnel du PSN pour l'année 2023 se chiffre à 101 437 060 909 Francs CFA. Le résultat d'impact 2 relatif à la réduction de la mortalité représente 54,3% de ce budget.

Tableau 61: Estimation budgétaire de 2023 par résultat d'impact

BUDGET RESUME PAR RESULTAT IMPACT	Total général 2023
Résultat impact 1 : d'ici 2023, les nouvelles infections sont réduites de 65%	9 486 697 960
Résultat d'impact 2 : d'ici 2023, la mortalité liée au VIH est réduite de 62%	55 085 051 911
Résultat impact 3 : d'ici 2023, la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH est améliorée de 50%	14 041 643 736
Résultat impact transversal 4 : d'ici 2023, la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé de 50%	22 823 667 302
TOTAL	101 437 060 909

Sources : PSN 2021-2023

2. Mobilisation des fonds pour la riposte au VIH en 2023 au niveau du GTC/CNLS

L'ensemble des ressources mobilisées pour la mise en œuvre du PSN en 2023 n'est pas encore disponibles, toutefois les prévisions budgétaires étaient estimées à 51 877 416 748 Francs CFA représentant les contributions annoncées par les acteurs de mise en œuvre et les PTFs. Cependant au cours de l'année, les ressources prévisionnelles pour la mise en œuvre des activités par le CNLS est d'environ 30 milliards de Francs CFA, dont 27 milliards représentent les financements du Fonds Mondial dans le cadre du NFM3.

Tableau 67 : Répartition des inscriptions budgétaires par bailleur de fonds

N°	Source de financement	Budgétisé (FCFA)	Mobilisé (FCFA)	% de Mobilisation
1	Etat_FCP du Fonds Mondial	2 064 910 429	2 057 410 429	99,636
2	Fonds Mondial _CNLS	26 888 628 364	17 104 766 415	63,61
3	PEPFAR-GTC	591 000 000	591 000 000	100%
	TOTAL	29 548 538 793	19 753 176 844	66,85

De manière globale, les financements effectivement mobilisés pour le compte de l'exercice 2023 à titre de mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/Sida par le CNLS s'élève 19 753 176 844 FCFA représentant 67% du budget.

3. Exécution du budget mobilisé au niveau du GTC/CNLS en 2023

3.1. Exécution du budget du Fonds mondial

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités sous financement Fonds mondial (NFM3), les dépenses enregistrées et ventilées par catégorie de coûts sont présentées dans le tableau 62. Ainsi, il convient de noter que les réalisations de l'exercice 2023 relatives aux activités et prestations, se chiffrent à 24 239 398 642FCFA.

Tableau 62: Dépenses enregistrées pour le compte du financement NFM3 en 2023

Par groupement des coûts	Montant Budgetés en FCFA	Réalisation	Taux de réalisation
1.0 Ressources humaines (RH)	2 723 497 950	2 742 035 770	101%
2.0 Coûts liés au déplacements (Voyages)	947 030 621	1 391 146 217	147%
3.0 Services professionnels externes (SPE)	264 075 982	511 032 916	194%
4.0 Produits de santé - produits pharmaceutiques	13 501 968 178	9 657 030 105	72%
5.0 Produits de santé - produits non pharmaceutiques	5 134 832 122	5 005 476 949	97%
7.0 Coûts de gestion des achats et des stocks (GAS)	3 676 739 667	4 234 171 371	115%
9.0 Équipement non sanitaire	38 361 545	27 891 783	73%
10.0 Support de communication et publications	10 880 000	2 499 960	23%
11.0 Coûts indirects et frais généraux	495 242 298	575 719 270	116%
13.0 Paiement aux résultats	96 000 000	92 394 301	96%
Total	26 888 628 364	24 239 398 642	90%

Source: Base comptable TOM PRO

Plusieurs raisons justifient différents taux de réalisations observés au courant de l'exercice 2023 notamment :

- Les commandes anticipées des intrants de l'exercice 2024 au cours de l'année 2023 afin de couvrir les besoins en test et en réactifs de labo sur le plan national ;
- La budgétisation insuffisante de certaines activités qui ne facilitent pas leur mise en œuvre ;
- L'accord de non objection de la part du Fonds mondial pour la reprogrammation de certaines activités est arrivé de façon tardive ce qui n'a pas permis la mise en œuvre de ces activités.

3.2. Exécution du budget des fonds de contrepartie au NFM3

Tableau 63: Répartition des dépenses de fonds de contrepartie par rubrique

RUBRIQUE DE DEPENSE	INSCRIPTIONS BUDGETAIRES (A)	MONTANTS EXECUTES (B)	TAUX DE CONSOMMATION
Achat et distribution des ARV de 1 ^{ère} , 2 ^{ème} et 3 ^{ème} ligne	1 000 000 000	0	0,00%
Achats et distribution des tests de dépistage	50 000 000	0	0,00%
Primes du personnel non pris en charge par le Fonds Mondial	783 486 000	311 413 109	39,75%
Charges sociales et patronales	48 924 429	16 661 925	34,06%

Organisation des campagnes de dépistages auprès des jeunes lors des vacances	75 000 000	75 000 000	100,00%
Organisation des campagnes de sensibilisation et de dépistage lors du mois camerounais et la journée mondiale de lutte contre le SIDA	100 000 000	100 000 000	100,00%
SOUS-TOTAL GROUPE 1	2 057 410 429	503 075 034	24,45%
Elaboration et production du rapport annuel du CNLS	7 500 000	0	0,00%
SOUS-TOTAL GROUPE 2	7 500 000	0	0,00%
TOTAL GENERAL	2 064 910 429	503 075 034	24,45%

Source : Compte d'emploi FCP au 31 décembre 2023

Plusieurs raisons justifient le faible taux de réalisations des fonds de contrepartie observée au courant de l'exercice 2023 notamment :

- La difficulté à transférer les fonds vers l'étranger depuis le basket fund ;
- L'engagement des dépenses inscrites dans le groupe II du mémoire de dépenses car il est difficile voire impossible de rédiger le rapport d'activités du programme avant la fin de l'exercice.

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

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

Tableau 64: Dépenses dans le cadre du projet CNLS-CDC/PEPFAR en 2023

N°	COMPOSANTE	BUDGET	REALISATION	% REALISATION
1	Traitement et soins	329 335 720	319 629 667	97,05%
2	Système d'Information	151 978 013	141 240 010	92,93%
3	Gestion du programme	109 686 267	101 955 394	92,95%
TOTAL		591 000 000	562 825 071	95,23%

Source : Données comptables TOM2PRO

Il est important de signaler que l'année fiscale dans le cadre du projet PEPFAR va du 1^{er} Octobre 2022 au 30 Septembre 2023 et l'absence de l'expert TARV justifie en partie la part du budget non consommé.

4. Les projections de financement pour l'exercice 2024

Les projections budgétaires de l'exercice 2024 inscrites dans le cadre du Plan Stratégique National (PSN) 2024-2030 de lutte contre le VIH/sida adopté par le Cameroun en 2023 se chiffrent à la somme de **112 386 670 437 FCFA**. A date, les montants déjà budgétés par l'Etat du Cameroun, le Fonds mondial et PEPFAR pour le projet CDC-CNLS se chiffrent à **39 711 052 020 FCFA** pour l'exercice 2024.

Tableau 65: Répartition des prévisions budgétaires identifiées par bailleurs de fonds

N°	Bailleur de fonds	Budget (FCFA)
1	Etat du Cameroun	6 480 000 000
2	Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	32 315 002 020
3	PEPFAR GTC	916 050 000
TOTAL		39 711 052 020

Source: le mémoire de dépenses des FCP 2024, CMR-H-MOH_Detailed_Budget_GC7_GF

Equipe de rédaction :

- ♣ M. ONANA Roger, GTC/CNLS;
- ♣ M. ONANA Roger, GTC/CNLS;
- ♣ Mme BISSAI Laetitia, GTC/CNLS ;
- ♣ Mme TSIMENE Florine, GTC/CNLS ;
- ♣ METAMBOU Jaurès Primo, GTC/CNLS ;
- ♣ M. ABDOU RAHAMAN, GTC/CNLS ;
- ♣ Mme MESSEH Arlette, GTC/CNLS
- ♣ Mme NIRAKA Sandrine, GTC/CNLS
- ♣ Dr DIBO Viviane, GTC/CNLS
- ♣ M. AKONO Fortier, GTC/CNLS ;
- ♣ M. ANOUBISSI Jean de Dieu, GTC/CNLS

Equipe de Validation :

- ♣ Dr FOKAM Joseph, SP CNLS;
- ♣ Dr ZEH MEKA Albert Franck, SPA CNLS;
- ♣ Dr ABAH ABAH Aristide, DLMEP
- ♣ M. ONANA Roger, GTC/CNLS;
- ♣ Dr TJEK BIYAGA Paul, DSF ;
- ♣ Mme BISSAI Laetitia, GTC/CNLS ;
- ♣ M. MVILONGO Ernest Désiré, GTC/CNLS ;
- ♣ M. ANOUBISSI Jean de Dieu, GTC/CNLS ;
- ♣ Mme MESSEH Arlette, GTC/CNLS ;
- ♣ Mme TSIMENE Florine, GTC/CNLS ;
- ♣ Mme ESSONO Annick, GTC/CNLS ;
- ♣ Dr LIMAN Yacouba, GTC/CNLS;
- ♣ Mme ACHAJENG AMINKENG, GTC/CNLS ;
- ♣ Mme BIHINA NTEDE Yvette, MINESUP ;
- ♣ M. NTIGA BELLA Engelbert, MINFPROFF ;
- ♣ M. NGON ABOUEM Raoul, MINJEC ;
- ♣ Dr OTSALI NOAH Katy, GTC/CNLS ;
- ♣ M. LEKEUMO Simplicite, EGPAF ;
- ♣ M. ESSOUMBA Simon Pierre, GTC/CNLS ;
- ♣ METAMBOU Jaures Primo, GTC/CNLS ;
- ♣ M. ESSONO MBENTI Yves, GTC/CNLS ;
- ♣ M. NGUEMO Arcel, GTC/CNLS ;
- ♣ Dr OMGBA Pierette, GTC/CNLS ;
- ♣ Dr ESSAMBA Suzanne, GTC/CNLS ;
- ♣ Dr BABODO Carmen, GTC/CNLS;
- ♣ Dr MEDOUANE Caroline, GTC/CNLS ;
- ♣ Mme NSONO EBONGUE Natacha, GTC/CNLS ;
- ♣ Mme KAMGA Elisabeth, PEPFAR ;
- ♣ M. AWONO Sébastien, GTC/CNLS :
- ♣ M. ETONDE Oscar, PJD ;
- ♣ Dr KETCHAJI Alice, DLMEP ;
- ♣ M. BAVA Bertrand, GTC/CNLS ;
- ♣ M. NGUE Théodore, MINAS ;
- ♣ Mme KONG Caroline, GTC/CNLS ;
- ♣ M. KUIDJEU Aymard, Horizons Femmes ;
- ♣ M. DELI Narcisse, RECAP+