

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX - TRAVAIL - PATRIE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

GROUPE TECHNIQUE CENTRAL



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE - WORK - FATHERLAND

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

NATIONAL AIDS CONTROL COMMITTEE

CENTRAL TECHNICAL GROUP



**Plan Stratégique
National de Lutte
contre le VIH, le
Sida et les IST
2024-2030**

Septembre 2023

Table des matières

Abréviations et acronymes	4
Liste des illustrations	6
Liste des tableaux.....	7
Préface du Ministre de la Santé Publique	8
Remerciements du SP CNLS	9
Chapitre I	10
1. Introduction et contexte global du Cameroun.....	10
1.1 Contexte socio-économique.....	10
1.2 Situation sociale	10
1.3 Contexte démographique	10
1.4 Contexte sanitaire	11
2. Processus d'élaboration du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA 2024-2030	12
2.1 Objectifs.....	12
2.2 Approche méthodologique	13
3. Analyse de la situation épidémiologique du VIH/IST	15
3.1 Situation de l'épidémie de VIH en population générale	15
3.2 Situation de l'épidémie de VIH parmi les populations clés	17
3.3 Situation de l'épidémie de VIH parmi les populations en contexte de vulnérabilité	19
3.4 Répartition géographique de l'épidémie de VIH.....	23
3.4.1 Prévalence du VIH et distribution géographique.....	24
3.4.2 Nombre de PVVIH suivant la répartition par groupes de population	25
3.4.3 Tendance d'évolution des nouvelles infections à VIH par groupe de population et par région/district	26
3.4.4 Décès liés au VIH	29
3.4.5 Estimation du Ratio incidence/mortalité liée au VIH	30
3.4.6 Estimation de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.....	31
3.4.7 Estimation de la taille des populations clés et aspects comportementaux	31
3.4.8 Les aspects comportementaux	32
3.5 Epidémiologie de la syphilis au Cameroun	32
3.6 Epidémiologie des Hépatites virales au Cameroun	33
4.Revue programmatique de la mise en œuvre de la réponse au VIH/IST	34
4.1 Introduction	34
4.2 Prévention de l'infection par le VIH	35
4.3 Traitement soins et soutien	41
5. Engagement et riposte communautaire CLM.....	43
6. Éléments affectant le système de santé dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest (NOSO)50	
7. Création d'un environnement favorable à l'élimination des obstacles liés aux droits humains dans le VIH	52
7.1. Réduction de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.....	52

7.2. Réalisations concernant la promotion et la protection des droits humains	52
7.3. Accompagnement juridique des PVVIH, des populations clés et vulnérables victimes de stigmatisation et de discriminations liées au VIH	53
7.4. Réalisations concernant le genre	56
7.5. Faiblesses des programmes de suppression des obstacles liés aux droits humains et au genre	56
8. Analyse financière de la riposte nationale	59
8.1. Répartition du Besoin en Financement du PSN 2021 – 2023 par Résultats d'Impact	59
8.2 Répartition du Besoin en Financement du PSN 2021 – 2023 par année	60
8.3. Financement Mobilisé par les différents acteurs de mise en œuvre.....	60
8.4. Paysage financier des contributions de financement pour la période 2021-2022	61
9. Démarche de priorisation	62
9.1. Groupes de populations prioritaires pour la période 2024-2030.....	63
9.2. Zones géographiques prioritaires pour la période 2024-2030	64
9.3. Stratégies et Interventions prioritaires pour la période 2024-2030	64
Chapitre II	70
1. Plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida et les IST.....	70
1.1 Les référentiels internationaux et nationaux	70
1.2 Vision stratégique du Cameroun en matière de lutte contre le sida	72
1.3 Le But	72
1.4 Vision de la réponse nationale stratégique au VIH/IST du Cameroun.....	72
1.5 Valeurs et principes directeurs	73
2. Cadre de résultat du PSN 2024-2030	74
2.1 Description du résultat d'impact, d'effets et de produits.....	74
2.2 Description du résultat d'impact, d'effets et de produits.....	79
2.3 Description du résultat d'impact, d'effets et de produits.....	84
2.4 Description du résultat d'impact, d'effets et de produits.....	88
Chapitre III	94
1. Mise en œuvre du Plan Stratégique National IST/VIH 2020 – 2030	94
2. Cadre de suivi et évaluation du Plan Stratégique National 2024-2030	102
3. Cadre de financement du Plan Stratégique National 2024-2030.....	104
3.1. Estimation budgétaire du Plan Stratégique National 2024-2030	104
3.2. Stratégie pour la mobilisation des ressources	105
3.3. Financement de transition et de durabilité	105
3.4. Table ronde de mobilisation des ressources et mécanismes de mobilisation des ressources.....	105
3.5. Mécanismes de Gestion des Ressources Financières	107
3.6. Gestion du risque et redevabilité.....	108

Abréviations et acronymes

ACRA : Agent Communautaire pour la Recherche Active
 ACRR : Agent Chargé du Remplissage des Registres
 ADOJ : Adolescents et Jeunes
 ADVIH : Auto-dépistage du VIH
 AJFNS : Adolescents Jeunes Filles Non Scolarisées
 APS : Agent Psychosocial
 ARV : Antirétroviral
 ASC : Agent de Santé Communautaire
 ASCP : Agent de Santé Communautaire Polyvalent ;
 BID : Banque Islamique de Développement
 BIT : Bureau international du Travail
 CCC : Communication pour le Changement de Comportement
 CDIP : Conseil Dépistage à l'Initiative du Prestataire
 CDC : *Centers for Disease Control and Prevention*
 CDT : Centre de Diagnostic et de Traitement
 CDV : Conseil Dépistage Conseil Dépistage Volontaire
 CENAME : Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux Essentiels
 CEPCA : Conseil des Églises protestantes du Cameroun
 CLM : *Community Lead Monitoring*
 CMPJ : Centre Multifonctionnel de Promotion des Jeunes de la Famille
 CNLS : Comité National de Lutte contre le Sida
 CPFF : Centre de Promotion de la femme et de la Famille
 CPN : Consultation Périnatale
 CRG : *Communities, Rights and Gender*
 CRS : Catholic Relief Services
 CSE : Centre, Sud et Est
 CSU : Couverture Sanitaire Universelle
 CT : Centre de Traitement
 CTA : Centre de Traitement Agréé
 CTX : Cotrimoxazole
 CV : Charge Virale
 DHIS2 : District Health Information Software
 DIC : Drop In Center
 DLMEP : Direction de Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
 DMM : Dispensation Multimois
 DQA : Data Quality Assessment
 DS : District de Santé
 DTG : Dolutégravir
 ECS : Education Sexuelle Complète
 EE : Enfant Exposé
 EEQ : Evaluation Externe de la Qualité
 ENIEG : Ecoles Normales d'Instituteurs de l'Enseignement Générale
 ENIET : Ecoles Normales d'Instituteurs de l'Enseignement Technique
 ENSET : École Normale Supérieure de l'Enseignement Technique
 EPI : Equipement de Protection Individuelle
 ETP : Education Thérapeutique
 FGD : Focus Group Discussion
 FEC : Femme Enceinte
 FA : Femme Allaitante
 FLD : *First Line Drug*
 FM : Fonds Mondial de lutte contre le VIH, le Paludisme et la Tuberculose
 FMO : Force de Maintien de l'Ordre
 FOSA : Formation Sanitaire
 FRPS : Fonds Régional pour la Promotion de la Santé
 GAS : Gestion et Approvisionnement de Stock
 IAP : Indicateurs d'Alerte Précoce
 IBBS : Integrated Biological and Behavioural Surveillance
 ISDC : Initiative sous Directive Communautaire
 HPV : Papillomavirus Humain
 HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
 HTA : Hypertension Artérielle
 IAP : Indicateurs d'Alerte Précoce
 ICN : Instance de Coordination Nationale
 ICT : Index Case Testing
 IO : Infections Opportunistes
 LGBTQI : Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer People
 LNSP : Laboratoire National de Santé Publique
 LNR : Laboratoire Nationale de Référence
 LONOSO : Littoral, Nord-Ouest et Sud-Ouest
 LPA : Line Probe Assay
 LRR : Laboratoire Régionale de Référence
 MAV : Maladies Avancées liées au VIH
 MINAS : Ministère des Affaires Sociales
 MINESEC : Ministère de l'Education Secondaire
 MINJEC : Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique
 MINPROFF : Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
 MINTSS : Ministère du Travail et de Sécurité Sociale
 MSP : Ministère de la Santé Publique
 NVP : Névirapine
 OBC : Organisation à Base Communautaire
 OEV : Orphelins et les Enfants Vulnérables
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé
 ONUSIDA : Organisation des Nations Unies sur le VIH / SIDA
 OSC : Organisation de la Société Civile
 PC : Populations Clés
 PCV : Populations Clés et Vulnérables
 PDV : Perdu de Vue
 PE : Pairs Educateurs
 PEC : Prise en Charge
 PECP : Prise en Charge Pédiatrique
 PEV : Programme Elargi de Vaccination
 PF : Planning Familial
 PM : Pair Mentor
 PN : Pair Navigateur
 PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose
 POS : Procédures Opérationnelles Standards
 PR : Principal Récipiendaire
 PrEP : Prévention Pré-Exposition
 PSD : Prestation de Services Différenciés
 PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant
 PTF : Partenaire Technique et Financier
 PvVIH : Personnes vivant avec le VIH
 RDV : Rendez-vous
 ReCAJ+ : Réseau Camerounais des adolescents et jeunes positifs
 RéCAP+ : Réseau Camerounais des Associations des Personnes Vivant avec le VIH
 RSS : Renforcement des Systèmes de Santé
 SA : Salle d'Accouchement
 SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
 SIGL : Système d'Information et de Gestion des Laboratoires
 SMT : Services Médicaux du Travail
 SNS : Social Network Service
 SOP : Standard Operational Procedures
 SR : Sous Récipiendaire

SRMNI : santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile
SSR : Santé Sexuelle Reproductive
SST : Sécurité et Santé au Travail
TARV : Traitement Antirétroviral
TB : Tuberculose
TDR : Test de Dépistage Rapide
TG : Transgenres (TG),
TME : Transmission Mère-Enfant ;
TS : Travailleuses du Sexe (TS), les
UD : Usagers de Drogues

etUDI : Usagers de Drogues Injectables
UNFPA: United Nations Population Fund
UNICEF : *United Nations International Children's Emergency Fund*
UPEC : Unité de Prise en Charge
USRA : Unité Santé Reproductive Adolescent
VAD : Visites à Domicile
VBG : Violence Basée sur le Genre
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
Communautés 4B : Baka, Bakolas, Bagyelis, Bedzan

ORIGINAL

Liste des illustrations

Figure 1: Segmentation du secteur de la santé en composantes et sous-composantes	12
Figure 2: Distribution de la prévalence du VIH chez les FEC en CPN1 selon la région, Sentinelle 2019.....	20
Figure 3: Prévalence du VIH par région, EDS 2018.....	24
Figure 4 : Evolution de la prévalence du VIH entre 2015 et 2030, Spectrum 2023	24
Figure 5: Répartition spatiale de la prévalence selon SPECTRUM 2023	25
Figure 6: Evolution de l'incidence du VIH entre 2015 et 2030, Spectrum 2023	27
Figure 7: Répartition des estimations de nouvelles infections 2022 par groupes d'âge, Spectrum 2023.....	28
Figure 8: Répartition des estimations de nouvelles infections 2022 selon le sexe, Naomi 2023	29
Figure 9: Evolution des nouvelles infections et décès entre 2015 et 2022, Spectrum 2023	30
Figure 10: Répartition du taux de séropositivité à l'hépatite B en % par région,.....	34
Figure 11 : Prévalence du VIH par région et rapprochement avec l'approche ville	99
Figure 12: Estimation globale des besoins entre 2024 et 2023 (F CFA)	104

Liste des tableaux

Tableau 1: Prévalences et estimations de tailles des populations clés au Cameroun	17
Tableau 2: Prévalence du VIH chez les jeunes et adolescents selon les études	20
Tableau 3: Estimation des personnes vivant avec le VIH entre 2020 et 2022, Spectrum 2023	25
Tableau 4: Répartition des PvVIH estimés en 2022 selon la région.....	26
Tableau 5: Estimation des nouvelles infections entre 2020 et 2022.....	27
Tableau 6 : Estimation des décès dus au VIH par groupe d'âges et par sexe	29
Tableau 7 : Estimation de quelques indicateurs clés de la prévention mère-enfant	31
Tableau 8: Estimation de la taille des populations clés	31
Tableau 9: Résumé des résultats selon l'impact 1 du PSN 2021-2023.....	35
Tableau 10 : Résumé des problèmes identifiés et des zones géographiques a problème	36
Tableau 11 : Résumé des résultats selon l'impact 2 du PSN 2021-2023.....	41
Tableau 12: Cascade de la situation de l'absorption des ressources financières au cours des deux premières années de mise en œuvre du PSN 2021-2023.....	61
Tableau 13: Résumé des cibles prioritaires	63
Tableau 14: Domaine de compétence de chaque direction technique du MINSANTE selon les axes stratégiques du PSN	95
Tableau 15 : Rôle des CTD dans la lutte contre le Sida en lien avec les compétences transférées	100
Tableau 16: Estimation budgétaire du Plan Stratégique National 2024-2030	104

Préface du Ministre de la Santé Publique

Le Plan Stratégique National (PSN) de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST est l'instrument d'orientation de la riposte à l'épidémie de VIH au Cameroun pour la période 2024-2030. Ce plan trouve son ancrage dans la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 et est orienté vers la consolidation des acquis, la vision globale pour la fin de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 et la contribution à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD). Il a été élaboré sur la base des leçons apprises de la mise en œuvre du précédent plan, des orientations et engagements internationaux, sous régionaux auxquels le Cameroun a souscrit. Parallèlement, Son Excellence Monsieur Paul BIYA, Président de la République, Chef de l'État, dans sa politique des grandes réalisations dont la santé constitue incontestablement le cœur de la politique sociale et sanitaire, n'a eu de cesse de réaffirmer sa volonté politique pour le bien-être sanitaire de nos concitoyens. Aussi, a-t-il prescrit au Gouvernement de prendre toutes les mesures nécessaires à l'effet de « donner à notre système de santé la capacité de répondre aux besoins réels de la population. Ceci en donnant aux formations hospitalières et aux centres de santé les moyens nécessaires en personnel, en matériel, en médicaments » et d'œuvrer pour qu'à terme, nous aboutissions « à un dispositif d'assistance médicale qui ne laisserait aucun Camerounais sans soins, quels que soient ses moyens ». Pour les trois prochaines années, le PSN 2024-2030, envisage de réduire l'incidence du VIH, la morbidité et la mortalité liées au VIH et d'atténuer le fardeau socio-économique de la maladie sur le développement du pays. La mise en œuvre de ce plan nécessite l'implication de tous les acteurs de la société camerounaise (secteurs public et privé, société civile, confessions religieuses et les communautés à la base). Le leadership et la coordination devront être renforcés pour une plus grande synergie d'action et une utilisation efficiente des ressources. Je remercie toutes les équipes nationales et internationales ainsi que tous les partenaires techniques et financiers qui ont contribué à la réactualisation de ce plan.

Dr MANAOUDA Malachie

Ministre de la Santé Publique

Remerciements du SP CNLS

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le Sida et les IST pour la période 2024-2030 est le fruit de l'engagement de tous les acteurs de la riposte. Le présent document, synthèse d'un large consensus national, a été élaboré sur la base des forces et faiblesses du précédent plan en prenant en compte les orientations internationales. L'apport des différents départements ministériels, des organisations de la société civile, des associations et des réseaux de PVVIH, des entreprises privées et parapubliques, des organisations religieuses, des partenaires au développement etc. a permis d'assurer la prise en compte des opinions et la participation des acteurs, ainsi que celle des bénéficiaires à ce processus de planification de la riposte multisectorielle du Cameroun au Sida, au VIH, et les IST pour la période 2024-2030. Malgré le COVID-19, le CNLS a poursuivi le processus d'élaboration de révision du PSN 2021-2023, d'une part pour se doter d'un document stratégique national de référence et d'autre part pour préparer la demande de financement conjointe VIH et Tuberculose du nouveau cycle de financement 2024-2026 (GC7) du Fonds mondial (FM). La mise en œuvre de ce processus a été rendue possible grâce aux partenaires techniques et financiers du Cameroun dont les contributions multiformes ont été déterminantes. À cet effet, des remerciements particuliers sont adressés à l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNFPA, ainsi que les équipes du PEPFAR et ses organisations rattachées (USAID, CDC, DoD et Peace Corps), les représentants des coopérations bilatérales et la société civile. Que toutes les institutions qui n'ont pas été citées de manière singulière, et les personnes ressources qui ont contribué par leur engagement et leur professionnalisme à l'élaboration de ce plan, trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

Dr HADJA HAMSATOU

Secrétaire Permanent du GTC/CNLS

Chapitre I

1. Introduction et contexte global du Cameroun

1.1 Contexte socio-économique

Avec un emplacement stratégique qui fait du pays une porte d'entrée naturelle dans la région de l'Afrique centrale (comprenant le Tchad, la République Centrafricaine et le Nord du Congo), le Cameroun est incontestablement un pays influent dans la communauté économique et monétaire de la région. En 2020, la pandémie de Covid-19 a poussé l'économie vers la récession, mais la croissance du PIB a rebondi à 3,6 % en 2021, soutenue par la reprise du secteur non pétrolier et la reprise économique mondiale générale. Toutefois, depuis novembre 2021, le Cameroun connaît une forte inflation, tirée principalement par la pénurie et la hausse du prix des produits de base (pain, blé et produits connexes, huile végétale et viande), qui s'explique par la perturbation de la chaîne de valeur mondiale due à la pandémie de Covid-19 et au conflit en cours entre l'Ukraine et la Russie. En dépit des turbulences économiques mondiales, la croissance du PIB réel devrait atteindre 4,6 % d'ici 2024.

1.2 Situation sociale

Malgré les performances économiques plutôt satisfaisantes du pays, la pauvreté touche près de 40% de la population, soit environ 8 millions de personnes. La crise du Covid-19 a fait passer le taux d'extrême pauvreté de 24,5% en 2019 à environ 25,3% en 2021 (Banque mondiale). Parce que le taux de réduction de la pauvreté est en retard par rapport au taux de croissance démographique, le nombre global de pauvres au Cameroun a augmenté et la pauvreté est de plus en plus concentrée dans le Nord et l'Extrême-Nord (Banque mondiale). Ces dernières régions en plus des régions du Nord-Ouest et Sud-Ouest sont également touchées par l'insécurité. Plus de 500 000 Camerounais ont été déplacés à l'intérieur du pays depuis décembre 2017, et le pays accueille également plus de 440 000 réfugiés, principalement de la République centrafricaine et du Nigeria (Banque mondiale, UNHCR).

1.3 Contexte démographique

En 2023, la population du Cameroun augmentera de 707 833 personnes et à la fin de l'année elle sera de 28 942 103 personnes. La croissance naturelle de la population sera positive et s'élèvera à 723 362 personnes. Pendant toute l'année, on enregistrera environ 1 058 220 naissances contre 334 858 décès.

Tableau : Répartition de la population totale du Cameroun par région sur la période 2020 - 2024

RÉGION	EFFECTIF TOTAL DE LA POPULATION				
	2020	2021	2022	2023	2024
Adamaoua	1 345 934	1 381 714	1 420 545	1 460 928	1 500 728
Centre	4 846 002	4 967 833	5 095 147	5 225 915	5 355 618
Est	1 146 981	1 172 028	1 198 736	1 226 797	1 255 231
Extrême Nord	4 734 875	4 874 303	5 023 545	5 178 810	5 336 892
Littoral	3 987 222	4 085 142	4 188 368	4 291 250	4 393 388
Nord	2 964 768	3 074 326	3 173 916	3 276 891	3 380 994
Nord-Ouest	2 278 503	2 307 319	2 338 843	2 369 058	2 398 488
Ouest	2 113 367	2 136 430	2 160 133	2 184 726	2 208 514
Sud	818 190	830 612	844 135	857 642	871 260
Sud-Ouest	1 897 193	1 935 815	1 975 769	2 016 828	2 057 390
CAMEROUN	26 133 035	26 765 522	27 419 137	28 088 845	28 758 503

Source : ...

1.4 Contexte sanitaire

La Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2030 s'inscrit dans la double perspective de contribuer, d'une part, à l'accélération du développement du capital humain pour une croissance et un développement durable conformément aux recommandations du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), et d'autre part, et de réaliser les Objectifs de Développement Durable liés à la santé.

La Couverture Santé Universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. Les défis du système de santé, tels que l'inaccessibilité géographique, la faible demande de services, le retard dans la prestation des soins, le faible respect des protocoles cliniques et les coûts supportés par les individus, contribuent à des pertes supplémentaires de performances du système de santé, avec un impact cumulatif négatif sur la santé des individus. Sur le plan institutionnel, le système de santé est structuré en 3 niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Il comporte en outre trois sous-secteurs : un sous-secteur public, un sous-secteur privé et un sous-secteur traditionnel qui sont tous sous la responsabilité du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE), conformément au décret N° 2013/093 du 3 avril 2013 portant organisation de cette institution. En effet, d'après ce texte, le MINSANTE est

responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de santé publique.

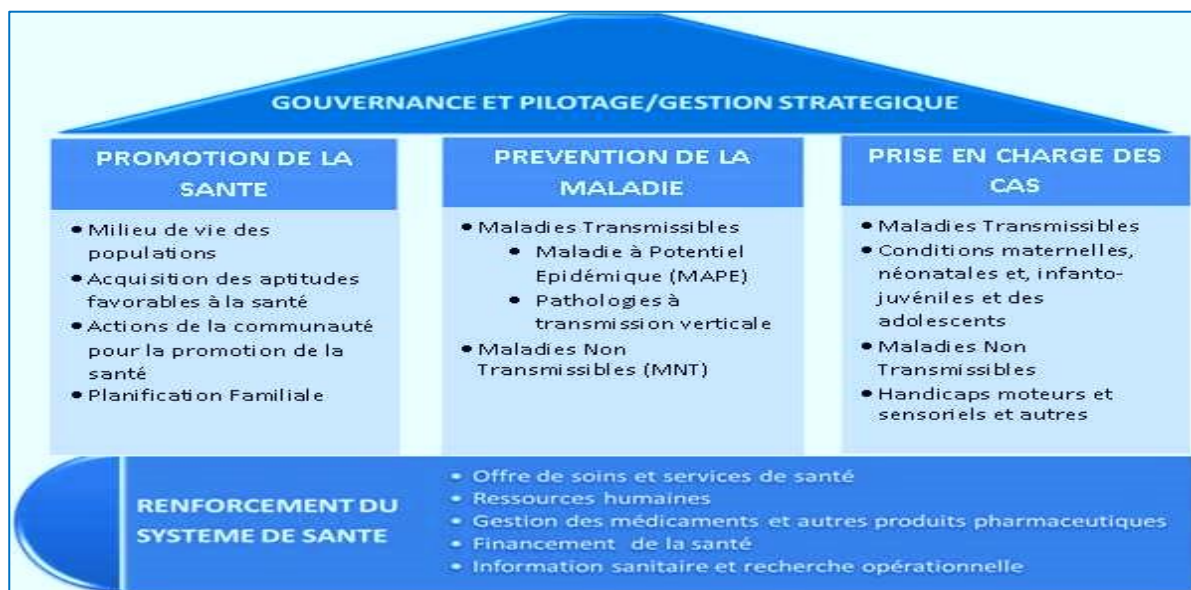


Figure 1: Segmentation du secteur de la santé en composantes et sous-composantes

Source : MINSANTE (ST-CP/SSS) à partir de la segmentation du secteur santé [26].

La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) fixe le cap des principales orientations en matière de santé, et constitue un levier fondamental de plaidoyer et de mobilisation de ressources pour le développement du secteur santé. Elle comporte 5 objectifs stratégiques qui sont :

- Amener la population à adopter des comportements sains et favorables à la Santé
- Réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention
- Réduire la mortalité globale et la létalité dans les formations sanitaires et dans la communauté
- Accroître les capacités institutionnelles des structures sanitaires pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé de qualité
- Améliorer la performance du système de santé à tous les niveaux.

2. Processus d'élaboration du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA 2024-2030

2.1 Objectifs

Le but de la revue précédant l'élaboration du nouveau PSN était de mesurer les performances du programme national de lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun pour la période 2021-2023. Il

s'agissait de réaliser une synthèse de l'évaluation épidémiologique et de l'impact des interventions mises en œuvre durant cette période. Enfin, grâce à cette analyse détaillée et son retentissement sur la charge de morbidité et de mortalité, l'équipe d'élaboration a pu déterminer les tendances de l'épidémie de VIH/Sida au Cameroun et dresser un panorama exhaustif et des recommandations nécessaires à l'amélioration des performances à inclure dans le plan stratégique de la 4^e génération pour le cycle 2024-2028.

Les objectifs poursuivis étaient d'apprécier :

- L'ampleur actuelle de l'épidémie à VIH et les tendances évolutives du VIH au cours des dix dernières années
- La couverture de l'offre de services de prévention, de soins et traitement VIH, y compris la co-infection VIH/tuberculose
- La prise en compte du genre, des droits humains et de l'équité dans l'accès aux services de prévention, de soins et traitement VIH
- L'organisation et le fonctionnement actuel du programme ;
- Formuler des recommandations spécifiques pour améliorer les performances du programme à tous les niveaux en prenant en compte les stratégies innovantes.

2.2 Approche méthodologique

L'analyse de ce type donne une vue d'ensemble plus précise de l'impact et des résultats. Elle cherche à déterminer si les changements observés dans les résultats d'effets et d'impact peuvent vraisemblablement être attribués aux ressources et aux interventions du programme national ou s'ils sont plutôt attribuables à d'autres facteurs. L'analyse relève également quelques recommandations et priorités visant à maintenir la dynamique programmatique pour plus d'impact. La revue du Plan Stratégique National (PSN) VIH 2021-2023 s'est déroulée de Novembre 2022 à Février 2023. Elle a consisté en une analyse approfondie de la mise en œuvre du programme durant la période par rapport aux (1) progrès réalisés dans l'atteinte des cibles et des résultats ainsi qu'aux (2) stratégies développées et axes du PSN. Cette analyse de performance visait l'identification des gaps par rapport à l'atteinte des objectifs fixés, les orientations et les priorités dans l'élaboration du nouveau PSN VIH 2024-2030. Les informations issues de cette analyse constituent un corpus d'informations pour le CNLS et toutes les parties prenantes. Ceci constitue une base importante pour l'élaboration du nouveau plan stratégique et également la nouvelle demande de financement du GC7.

La Phase I qui correspond à la planification et l'organisation de la Revue : elle a été marquée par la mise en place du comité de pilotage de la revue. Ce dernier a permis aux différents acteurs et partenaires nationaux de s'accorder sur le besoin de la revue, de déterminer ses

objectifs, d'identifier les ressources nécessaires et de développer un plan d'action. Ce comité de pilotage regroupant tous les acteurs engagés dans la lutte contre le VIH au Cameroun était sous la conduite du Secrétaire Permanent Adjoint du CNLS. Le coordonnateur était assisté par un consultant international et national ainsi que 4 consultants nationaux pour 3 groupes thématiques clés (RSS, Genre et Droits Humains, Populations clés)

La Phase II correspondait à une revue documentaire interne par les acteurs de mise en œuvre, avec une approche décentralisée, la revue s'est faite en exploitant l'ensemble des documents et des rapports produits dans le cadre de la lutte contre le Sida entre 2020 et 2022, par tous les acteurs de mise en œuvre du programme. Dans chacune des dix régions du pays, les analyses thématiques sur la mise en œuvre du PSN ont été réalisées par les acteurs y intervenant, sur la base d'un outil conçu à cet effet. Les résultats des revues régionales ont permis d'avoir les particularités de la mise en œuvre du programme dans les régions selon les axes d'intervention du PSN. A l'issue de toutes ces analyses, un atelier de validation de ces rapports thématique avec la participation des parties prenantes s'est tenu au niveau régional. **La phase III** : Sur la base des principaux constats issus de la revue interne, **l'évaluation externe** s'est déroulée, et elle a été complétée tour à tour par la conduite d'entretiens avec des parties prenantes clés, et **des revues documentaires**. A cet effet, des rencontres et des séances de travail ont eu lieu avec les différentes parties prenantes que sont : le CNLS, la CAMNAFAW, l'ONUSIDA, l'OMS, l'UNICEF, le PEPFAR/CDC, la Coopération Française, quelques organisations à base communautaire, etc. Cette phase a permis de procéder à une évaluation thématique, d'avoir un regard plus approfondi sur les conditions et les circonstances de mise en œuvre, mais aussi d'analyser les performances réelles de la réponse nationale au cours de la période.

La phase IV : Une séance conjointe de validation du rapport de la revue s'est tenue au niveau central avec la participation des représentants des principaux acteurs de la riposte, y compris les bénéficiaires du programme VIH et le concours des évaluateurs nationaux (du niveau central et régional). Les amendements et observations apportés à la première mouture du rapport ont permis d'élaborer la version finale qui a servi de socle à l'élaboration du nouveau PSN VIH.

L'ensemble de ce processus s'est déroulé suivant une approche participative garantissant un haut degré d'appropriation des acteurs impliqués à tous les niveaux (acteurs gouvernementaux, composante privée, société civile, organisations des PVVIH, représentants des populations clés partenaires internationaux, multilatéraux et bilatéraux) aussi bien pendant la revue documentaire, que durant la restitution des observations lors de l'atelier de consensus national.

3. Analyse de la situation épidémiologique du VIH/IST

3.1 Situation de l'épidémie de VIH en population générale

L'épidémie à VIH au Cameroun est de type mixte (généralisée et concentrée). La transmission du VIH se fait principalement par contact hétérosexuel. Bien qu'une baisse progressive de la prévalence du VIH, au sein de la population adulte de 15-49, ans ait été notée entre 2004, 2011 (5,4 %, 4,3%) et 2018 (2,7%), le rythme reste cependant lent et la prévalence du VIH est toujours élevée, plaçant le Cameroun à la 1^{ère} place des pays de la région Afrique du Centre et de l'Ouest (AOC) qui porte le poids de l'épidémie, devant le Nigéria.

Les femmes de 15 à 49 ans sont touchées de manière disproportionnée par rapport aux hommes de la même tranche d'âge. L'évolution décroissante est similaire dans les deux sexes et le différentiel femmes/hommes persiste depuis 2004, avec un sexe-ratio d'environ 2/1.

Selon la dernière enquête EDS 2018, les disparités selon les tranches d'âge et le sexe demeurent très marquées. Si, chez les 15-19 ans la prévalence est quasiment la même chez les hommes que chez les femmes, l'écart se creuse à partir de la tranche 20-24 ans. De manière globale, la prévalence plus élevée chez les femmes que chez les hommes (3,4% versus 1,9% chez les 15-49 ans) s'observe dans toutes les tranches d'âge après l'âge de 19 ans. Partant de 0,8% parmi les jeunes filles de 15-19 ans, la prévalence du VIH augmente très rapidement chez les femmes pour atteindre un maximum de 6,5% chez les 35-39 ans ; elle décroît ensuite à 4,9% pour la tranche d'âge des 45-49 ans pour se stabiliser à 4,8% pour la tranche d'âge des 50-64 ans. En revanche, chez les hommes, la prévalence du VIH est plus élevée dans la tranche d'âge des 35-39 ans. En effet, partant de 0,7% parmi les 15-19 ans pour atteindre 3,6% pour la tranche d'âge 35-39 ans, avant de décroître à 1,8% pour les personnes de 45-49 ans et se stabiliser à 1,9% parmi les personnes de 50-64 ans. Cette baisse de la prévalence au cours de cette période (40-44 ans) attire l'attention sur une éventuelle surmortalité de la population VIH au cours de cette période de vie. La même enquête a montré que les tranches d'âge 35-39 ans et 40-44 sont les plus touchées pour les deux sexes.

La prévalence du VIH est restée stable chez les hommes de 15 à 19 ans depuis près de 15 ans, celle-ci a baissé de moitié entre 2004 et 2011 chez les 20-24 ans mais est aussi restée stable depuis 2011 dans ce groupe. Cette observation interroge l'efficacité des dispositifs de prévention. En effet à cet âge la prévalence est constituée essentiellement de nouvelles infections. Notons également qu'avec l'introduction du traitement ARV, les PVVIH vivent plus longtemps. Il apparaît donc logique d'avoir des prévalences relativement plus hautes dans les groupes d'âge les plus élevés au fil du temps, même si les nouvelles infections diminuent.

Tableau : Résumé des résultats d'impact obtenus en fin 2022

Résultat d'impact PSN	Objectif PSN fin 2023	Réalisation 2022	Source de données	Conclusion
Résultat d'impact 1: Réduire les nouvelles infections	< 65%	31,6%	<i>Estimation spectrum 2023</i>	Objectif non atteint
Résultat d'impact 2: la mortalité liée au VIH est réduite	Réduction de 62%	En baisse de 23,9% par rapport à 2020	<i>Estimation spectrum 2023</i>	Objectif non atteint
Résultat d'impact 3: la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH est améliorée	Amélioration de 50%	Indice de la qualité de vie des PvVIH, non mesurée	<i>Enquête prenant en compte les déterminants prédéfinis qui constituent l'indice de la qualité de vie des PvVIH, index de stigma non réalisée</i>	NA
Résultat d'impact 4: la qualité de la gouvernance de la réponse nationale a progressé	Progres de 50%	Indice de la qualité de la gouvernance,	<i>Rapport de l'enquête sur la qualité de la gouvernance de la réponse national au VIH comprenant des déterminants prédéfinis (la transparence, la redevabilité, la concurrence loyale et la divulgation de l'information etc.)</i>	NA

- Durant la période de revue, le pays n'a pas eu d'enquête nationale relevant le taux d'incidence et de prévalence du VIH actuel ;
- En revanche, les estimations Spectrum 2023 montrent une tendance à la baisse de la prévalence, du ratio incidence/mortalité, des décès et des nouveaux cas de VIH dans l'ensemble de la population ;
- Entre 2020 et 2022, une légère baisse des nouvelles infections à VIH dans la population générale, et aussi bien dans la population adulte de 15-49 ans et les femmes en âge de procréer est observée ;
- Les estimations Spectrum 2023 montrent une tendance à la baisse des décès liés au VIH dans l'ensemble de la population y compris les moins de 50 ans, mais particulièrement chez les adultes de 15-49 ans et les enfants de moins de 15 ans ;

- Entre 2020 et 2022, le nombre des décès liés au VIH survenus en 2022 du fait du VIH est en baisse de 23,9% par rapport à 2020 ; les causes demeurants non connues puisque mal documentées ;
- Les enfants de moins de 15 ans représentent 28% de l'ensemble des décès en 2022 ;
- Les décès liés au VIH ne diminuent pas vraiment chez les jeunes et adolescents vivant avec le VIH ;
- Les estimations de l'incidence du VIH et de la mortalité du VIH dans le groupe des populations clés ne sont pas encore disponibles avec Spectrum.

3.2 Situation de l'épidémie de VIH parmi les populations clés

Pour le Cameroun, les populations clés sont constituées du groupe des Travailleuses du Sexe (TS), des Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH), les usagers de drogues injectables (UDI).

Tableau 1: Prévalences et estimations de tailles des populations clés au Cameroun

	Prévalence observée	Taille estimée de la population	Taux de séropositivité
TS	24,3% [15,1-32,9] IBBS 2017 Syphilis = 8,2%	70 487 (cartographie 2018)	2020 :11.6% 2021 : 5.6% 2022 : Pas de données
Clients des TS	Pas de données	Nbre de TS x 5	2020 :2.4% 2021 : 3% 2022 : Pas de données
HSH	20,7% [3,9-43,3] IBBS 2017 Syphilis = 2,7%	7 023 (cartographie 2018)	2020 :13% 2021 : 10.4% 2022 : Pas de données
Transgenre	Pas de données	Pas de données	2020 :12.7% 2021 : 10.1% 2022 : Pas de données
UD	Pas de données	9 823	2021 - UDI : 8.2%
UDI	Pas de données	2 453	2021 - UD/UDI : 3.8% 2022 : Pas de données

Source : IBBS Cameroun

En 2018, au niveau national, le nombre de TS a été estimé à 70 487, celui des HSH à 7 023, celui des UDI à 2 453 et les autres usagers de drogues à 9 823 avec des effectifs variables selon les régions et les villes. La ville de Douala avait les estimations les plus élevées pour

toutes les cibles avec un dénombrement de 9 865 TS, 2 295 HSH, 437 UDI et 777 UD, selon les résultats de la cartographie programmatique des populations clés, adolescentes et adolescents réalisée en 2019. Concernant les HSH, il est important de préciser que ces données portant sur l'estimation de la taille des populations clés, proviennent essentiellement du recrutement de ces populations dans les sites « hots spot » ce qui ne prend pas forcément en compte les personnes qui ne fréquentent pas les « hots spots » et qui choisissent de se rencontrer dans des endroits plus sécurisés et discrets notamment à partir des sites de rencontre et des réseaux en ligne. Toutefois, les données pour les HSH se sont appuyées sur les estimations proposées par l'OMS, soit une estimation de population de 70 000 HSH, prenant en compte la moyenne régionale en Afrique de l'Ouest et du Centre de 0,72% de la population adulte masculine 15-49 ans et le **Policy Brief MSM Statement de l'OMS (draft 15/5/20)** qui estime cette taille entre 1 et 4%. Les résultats de l'étude IBBS qui a débuté en 2022 confirmera les données.

Selon la dernière étude IBBS de 2016, la prévalence chez les TS était de 24,3% en 2016, une baisse par rapport à 2009 (36,5%) qui peut s'expliquer notamment par des programmes de prévention soutenus ciblant cette population. Les données de routine des programmes ciblant les TS ont révélé une séropositivité de 11.6% en 2020 contre 5.6% en 2021. L'écart entre les deux années est important mais la séropositivité dans ce groupe reste au-dessus de la prévalence au niveau national.

Chez les HSH, la prévalence était de 20,7% en 2016. Cet indicateur n'a pas évolué entre 2011 et 2016 dans les villes de Douala et Yaoundé (24.2% contre 25.7% à Douala, et 43.3% contre 45.1% à Yaoundé). La même étude a révélé une prévalence de la syphilis de 2,7%. Parmi les HSH dépistés positifs pour le VIH, 3,3% étaient également séropositifs pour la syphilis. Cette étude a montré que ces groupes vivent une forte marginalisation sociale, des violences et souffrent des lois qui criminalisent leurs comportements sexuels. En l'absence des données d'IBBS, les données du programme ont ressorti une séropositivité de 13% en 2020 contre 10.4% en 2021, traduisant la persistance de l'infection à VIH dans ce groupe de population.

Il n'y a pas encore eu d'étude sur l'estimation de la prévalence du VIH auprès des UDI. La prochaine étude bio-comportementale prendra en compte les spécificités sanitaires et sociales, UDI femmes, dans le cadre des approches différenciées de prévention et de soins. (IBBS 2022). Cependant, des activités de prévention et dépistage du VIH menées en faveur des UD et UDI en 2020 et 2021, il ressort une séropositivité de 8.2% en 2020 pour les UDI et 3.8% en 2021 pour les UD/UDI.

Concernant les transgenres, les données d'estimation de taille de population sont inexistantes de même que celles portant sur les comportements et la prévalence du VIH. Cependant en 2019,

les données programmatiques montrent que 270 personnes transgenres ont été sensibilisées sur le VIH par des causeries éducatives, 239 ont été dépistées pour le VIH, dont 28 personnes se sont révélées séropositives (soit un taux de séropositivité 11%). Dix-huit (64%) ont été référé(e)s dans des sites de prise en charge où ils/elles ont démarré le TARV. Cinq associations de transgenres offrent actuellement des services dans le cadre de la lutte contre le VIH et les IST.

Au plan géographique, les populations clés, ne se répartissent pas de façon uniforme sur l'ensemble du territoire : la majorité des comportements à haut risque au sein des populations clés sont observés dans les zones urbaines, dans les plus grandes villes du pays (Yaoundé et Douala), mais aussi dans certaines villes secondaires, comme l'indique la cartographie en vue de l'estimation de la taille des populations clés réalisée en 2018 dans les 10 régions en particulier sur les « hots spots ».

3.3 Situation de l'épidémie de VIH parmi les populations en contexte de vulnérabilité

3.3.1 Femmes enceintes

Selon la plus récente enquête sentinelle menée en 2019, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en CPN1 est de 4,26%. L'évolution de la prévalence du VIH de 2009 à 2019 montre une baisse de l'infection chez les femmes enceintes en CPN 1 au Cameroun, allant de 7,60% à 4,26% avec des données en 2012 et 2016 respectivement de 7,3% et 5,2%. La distribution spatiale de cette prévalence se superpose pratiquement avec celle observée en 2018 dans l'enquête EDS V.

Par ailleurs, il existe des disparités dans la distribution de cette prévalence dans les régions. En effet, la région du Sud enregistre la prévalence la plus élevée (8,46%) et celle de l'Extrême-Nord la plus faible (0,94%).

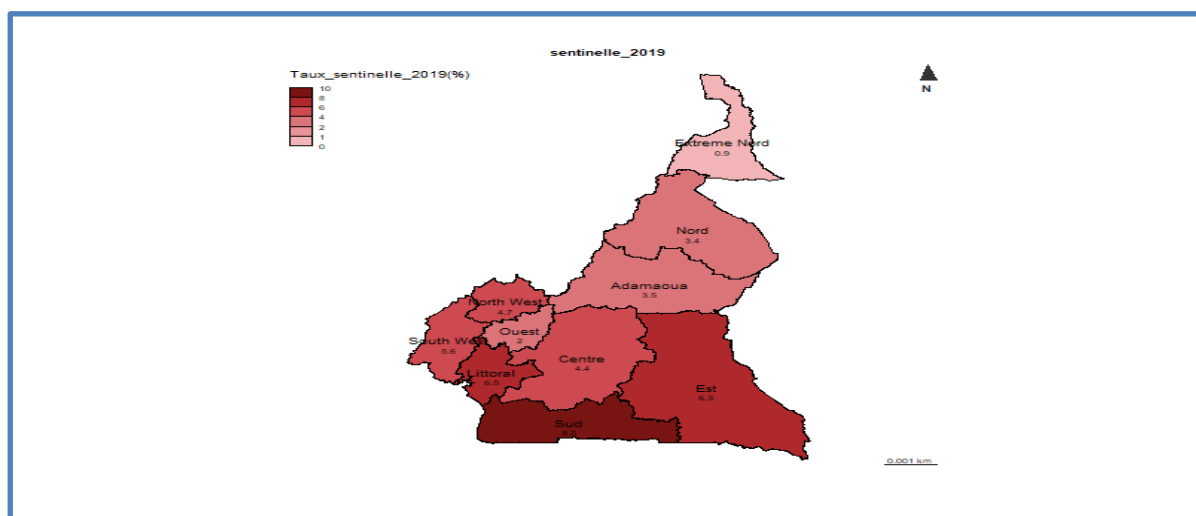


Figure 2: Distribution de la prévalence du VIH chez les FEC en CPN1 selon la région, Sentinelle 2019

3.3.2 Adolescent(e)s et les jeunes

La cartographie élaborée en 2018 a estimé le nombre de jeunes et adolescent(e)s en situation de vulnérabilité à **201 653** [155 615-247 691] pour l'ensemble du pays. Il s'agit de personnes en rupture de scolarité, et côtoyant le plus souvent des « hotspots » ou vivant avec un partenaire issu des populations clés. Les régions du Littoral, du Centre et de l'Ouest comptaient le plus grand nombre avec respectivement 37 442 (29 015 - 45 828), 32 917 (26 901 - 38 932), et 24 472 (18 332 - 30 613). Douala et Yaoundé en cumulaient le plus grand nombre, avec respectivement 26 431 (20 819 – 32 043) et 19 612 (16 046 - 23 177) adolescent(e)s et jeunes vulnérables au VIH.

La prévalence du VIH chez les jeunes et adolescents est globalement inférieure à la moyenne nationale aussi bien chez les garçons que chez les filles dans les deux plus récentes études (CAMPHIA 2017 et EDS V en 2018). Toutefois le CAMPHIA 2017 a montré que l'épidémie est marquée par une forte prédominance féminine dans cette tranche d'âge.

Tableau 2: Prévalence du VIH chez les jeunes et adolescents selon les études

Prévalence Tranches d'âge / Sexe	EDS-MICS 2011		CAMPHIA 2017		EDS 2018	
	H	F	H	F	H	F
15-19 ans	0.4	2	0.2	1.2	0.7	0.8
20-24 ans	0.6	3.4	0.6	2.9	1.5	2.4

Source : Etudes EDS 2011, 2018 et CAMPHIA 2017

3.3.3 Adolescentes et jeunes femmes à risque de contracter le VIH

Les adolescentes et jeunes femmes à risque de contracter le VIH sont parmi les populations prioritaires du programme. Il s'agit du sous-groupe des adolescentes et jeunes dont l'âge varie entre 15 et 29, non sexuellement actif mais pouvant faire l'objet d'un viol, ou sexuellement actif avec partenaires réguliers ou non régulier, ou alors jeune femme population clé. L'estimation de la taille de ce groupe de population est de 6 437 069 [6 324 139 - 6 549 999] pour l'ensemble du pays. Les régions de l'Extrême-Nord, du Centre et du Littoral concentrent les effectifs les plus élevés du pays avec respectivement 1 247 052 [1 226 001 - 1 268 104], 1 085 255 [1 067 731 - 1 102 779] et 835 315 [821 997 - 848 633]. La taille estimée de cette population dans la ville de Yaoundé est de 694 721 [686 781 - 702 660] et 678 649 [670 027 - 687 270] dans la ville de Douala.

3.3.4 Les détenus

Fin 2018, dans la population carcérale du Cameroun est de 30 689 détenus (dont 841 femmes et 968 mineurs). Parmi les personnes testées 2,3% étaient positives pour le VIH (dont 5 femmes enceintes et 141 co-infectés VIH/TB). En 2019, le taux de séropositivité chez les détenus était de 2,5% (dont 03 femmes enceintes, 142 cas de coinfections VIH/TB).

3.3.5 Les forces armées

Trois études précédentes ont été menées en 2002, 2005 et 2011 au sein des Forces de défense camerounaises (FDC) afin d'évaluer et comprendre la prévalence du VIH parmi son personnel en service actif. Ces études ont révélé une prévalence du VIH de 9,8%, 11,3% et 6,0%, respectivement.

L'enquête sur la séroprévalence du VIH et les risques épidémiologie (SABERS)¹ 2018 est la plus récente dans ce milieu. Les entités ayant pris part à cette opération sont constituées de l'armée de terre, de l'armée de l'air, de la marine, de la gendarmerie, de la garde présidentielle, de la brigade des pompiers et du bataillon d'intervention rapide. Un échantillon proportionnellement représentatif de participants de chaque branche de l'armée (à l'exception de la Garde présidentielle) a été sélectionné dans les sites militaires des 10 régions administratives (Extrême-Nord, Nord, Adamaoua, Ouest, Nord-Ouest, Sud-Ouest, Sud, Centre, Littoral et Est) du pays. En outre, un échantillon d'officiers et de femmes a permis d'assurer une représentation adéquate. Dans les sites militaires sélectionnés à travers le Cameroun, 1 950

¹ HIV Seroprevalence and Behavioral Epidemiology Risk Survey (SABERS)

participants en service actif (âgés de 18 ans et plus et ayant été dans l'armée pendant au moins un an) ont été invités à participer à l'étude. Parmi eux, les données de l'enquête et les données sur le VIH ont été recueillies auprès de 1 948 participants ayant donné leur consentement ; les données de l'enquête et les échantillons de sang étaient disponibles pour 1 947 d'entre eux.

En outre, les facteurs de risque comportementaux associés au VIH ont été identifiés. Ces résultats peuvent être utilisés pour adapter et améliorer les programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH en cours dans la FDC. De plus, les résultats de l'étude peuvent être utilisés pour développer des politiques liées au VIH afin d'atténuer l'incidence du VIH parmi le personnel séronégatif et de prévenir la transmission parmi le personnel séropositif de la FDC et s'assurer que leurs familles reçoivent des soins complets et de qualité.

La prévalence du VIH parmi les FDC est résumée dans le tableau 2.1 et la figure 2.2. La prévalence du VIH parmi les participants à l'étude était de 3,3% (IC 95% : 2,6 - 4,2). La prévalence du VIH chez les hommes était de 3,3% (IC 95% : 2,5 - 4,4) et chez les femmes, de 3,4% (IC 95% : 1,9 - 5,6).

Tableau : Prévalence du VIH selon le sexe

Caractéristiques	Total	Hommes	Femmes
Prévalence du VIH	3.3 (2.6 - 4.2)	3.3 (2.5 - 4.4)	3.4 (1.9 - 5.6)

3.3.6 Les réfugiés et déplacés

Le nombre de réfugiés et de déplacés est estimé à 1 750 890 personnes correspondant à 419 789 réfugiés et demandeurs d'asile, 976 773 déplacés internes et 354 328 anciennes personnes déplacées internes selon le rapport de l'UNHCR de février 2020. Les principales régions concernées étant l'Ouest, le Littoral, l'Adamaoua s'agissant des déplacés internes. Aucune donnée de prévalence du VIH n'est disponible pour cette population, toutefois des données programmatiques de dépistage 2019 révèlent un taux de séropositivité de 1,5% dans l'un des principaux camps de réfugiés (camp de Minawao, près de 87 000 personnes) situé dans la Région de l'Extrême Nord. Ce taux est en progression relativement à 2018, où il était de 0,4%.

3.3.7 Les travailleurs des pôles économiques

En 2011, ces travailleurs, faisaient partie des populations dites vulnérables du fait d'une prévalence du VIH dans cette population supérieure (4,8%, EDS IV 2011) à la moyenne nationale chez les hommes au même date (2,9%). Le taux de séropositivité varie selon les secteurs économiques : les agro-industries/plantations industrielles (7,8%), les exploitations

forestières (4,1%), et la construction (6,04%) affichent les taux les plus élevés (Rapport CNLS, 2014). Il n'existe pas de données factuelles récentes à l'exception de données programmatiques et interventions mises en œuvre dans certaines entreprises participant à la lutte contre le VIH (*Rapport annuel GFBC 2019,*) qui indique que sur un ensemble de 10 434 travailleurs ayant bénéficiés de l'offre de dépistage du VIH, 304, soit 2,9% étaient séropositifs. Selon les données du deuxième Recensement Général des Entreprises (RGE-2), réalisé au cours du dernier trimestre 2016 par l'Institut National de la Statistique (INS), 209 482 unités économiques en activité ont été identifiées et localisées, exerçant dans un local professionnel fixe, réparties en 203 419 entreprises siège et 6 063 établissements avec un bassin populationnel de 635 969 emplois permanents.

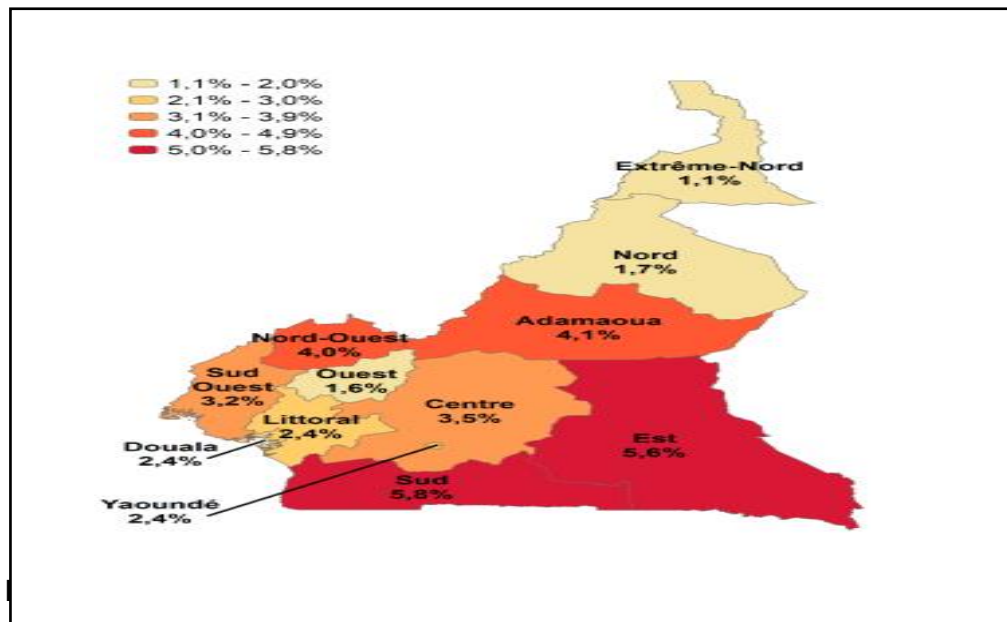
3.3.8 Les personnes en situation de handicap

Aucune donnée plus récente que l'année 2016 n'est disponible (estimation de taille, prévalence). Toutefois, selon l'étude HandiVIH-ANRS/IFORD, ANRS 12302 réalisée en 2016, 1614 personnes ont été recrutées à Yaoundé, soit 807 personnes en situation de handicap et 807 participants non handicapés. Les résultats ont montré que 28 personnes parmi les 716 personnes de la population témoin avaient un résultat positif au test de dépistage du VIH (prévalence brute 3,9%, IC 95% 2,9-5,5) contre 50 sur 739 personnes en situation de handicap (6,8%, IC 95% 5,0 -8,6). En outre, les femmes en situation de handicap étaient plus souvent impliquées dans des relations sexuelles rémunérées que les femmes non handicapées (2,5% vs 0,5%, $p = 0,05$). Par ailleurs, les personnes en situation de handicap couraient également un risque accru de violence sexuelle que les femmes non handicapées (11,0% vs 7,5%, OR 1,5 · $p = 0,01$). La violence sexuelle et le travail du sexe étaient fortement associés à un risque accru d'infection par le VIH chez les participants en situation de handicap mais pas chez les témoins (OR : 3, IC 95% 1,6-5,6 pour la violence sexuelle et 12, 3 IC 95%= 4,4- 34,6) pour le travail du sexe. (HIV and disabilities: time for more and better data. [*Lancet HIV. 2017*]).

3.4 Répartition géographique de l'épidémie de VIH

La distribution de la prévalence selon les régions montre une disparité entre les régions. Elle est plus élevée dans les régions du Sud (5,8 %) et de l'Est (5,6 %) et plus faible dans la région de l'Extrême-Nord (1,1 %). Dans les deux grandes villes de Yaoundé et Douala, la prévalence est de 2,4% chacune.

Par contre, la distribution épidémiologique ne montre pas de disparité significative entre les zones urbaines (2,9%) et rurales (2,4%). Le graphique ci-dessous présente les prévalences par région.



3.4.1 Prévalence du VIH et distribution géographique

Les estimations et projections du VIH suivant SPECTRUM 2023 montrent une baisse progressive et continue de la prévalence entre 2021 et 2030 allant de 2,6% en 2021 à 1,6% en 2030 : soit une baisse moyenne d'environ 33%. Cette baisse est plus accentuée chez les hommes (37,5%) que chez les femmes (36,6%).

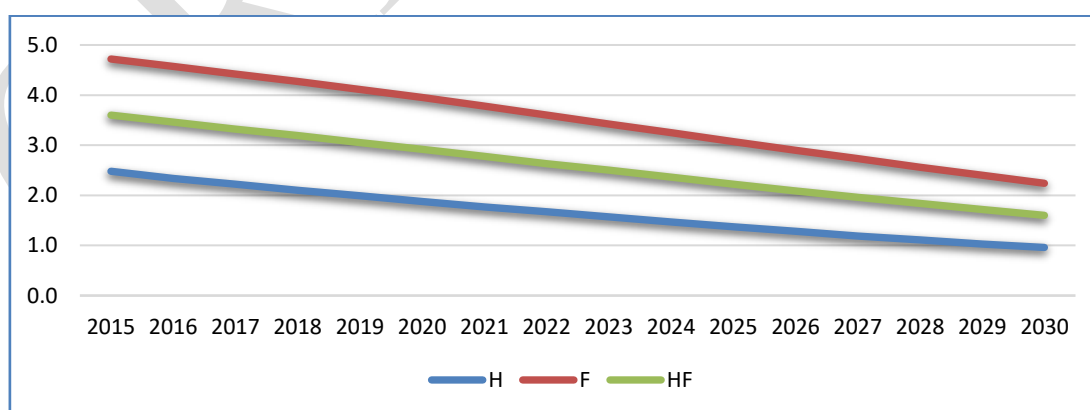
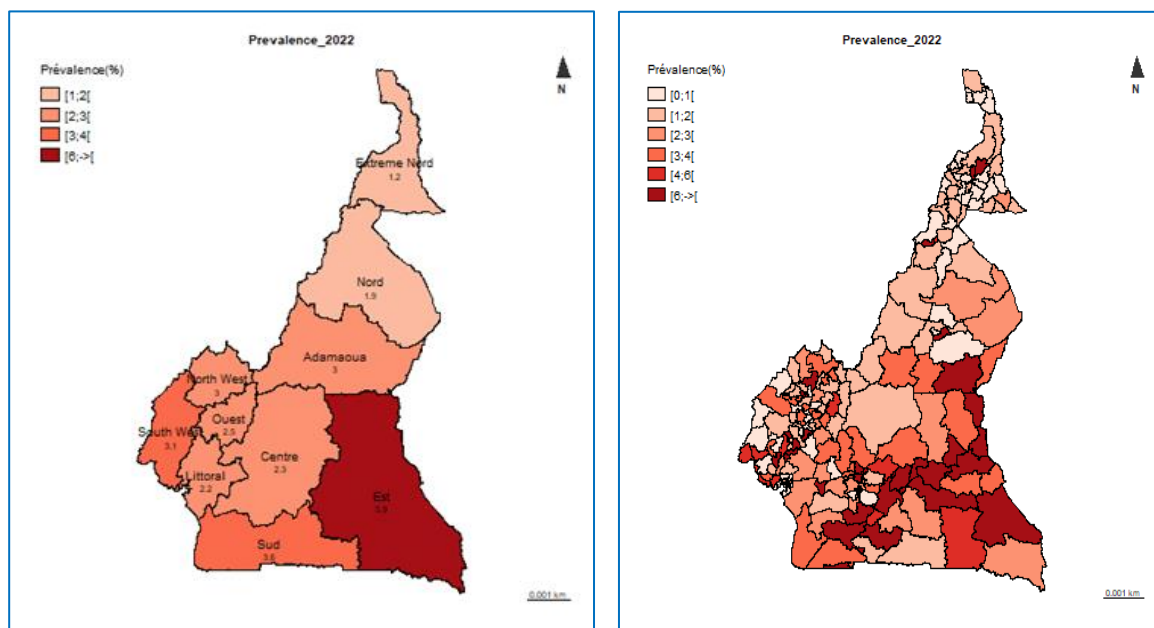


Figure 4 : Evolution de la prévalence du VIH entre 2015 et 2030, Spectrum 2023

Selon les estimations et projections du VIH (SPECTRUM 2023), la prévalence du VIH est très élevée dans les régions de l'Est, Sud, et Sud-Ouest (Prévalence $\geq 3\%$). En revanche, les régions du Nord et Extrême-Nord enregistrent les plus faibles taux de prévalence.

Figure 5: Répartition spatiale de la prévalence selon SPECTRUM 2023



Par ailleurs, la distribution de la prévalence par district de santé (DS) montre des disparités. En effet, les DS à taux de prévalence très élevée sont situées dans les régions du Centre, Est, Littoral, Nord et Extrême- Nord (prévalence $\geq 9\%$). Il s'agit du district de la cité verte dans la région du Centre présente le taux de prévalence le plus élevé (28,3%), suivi du DS de Bertoua (24,2%), Ngaoundéré urbain (14,8%), Djoungolo (13,7%), Mvog-Ada (12,8%), Njombe penja (12,5%), ...etc.

3.4.2 Nombre de PVVIH suivant la répartition par groupes de population

Le nombre total de personnes vivant avec le VIH au Cameroun est estimé à **480 232 en 2022** ; dont 319 588 (66,6%) femmes, 451 057 adultes âgés de 15 ans et plus et 91 070 de 50 ans et plus. L'estimation du nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH est de 29 175 en 2022, les adolescents (10-19 ans) de 27 603 et les jeunes (15-24 ans) de 44 516.

Tableau 3: Estimation des personnes vivant avec le VIH entre 2020 et 2022, Spectrum 2023

	2020	2021	2022
Nombre de PVVIH (total)	488 645 [456-525]	484 880 [452-523]	480 232 [447-519]
<i>Enfants (< 15 ans)</i>	33 480 [25-38]	31 289 [23-36]	29 175 [21-34]
<i>Adolescents (10-19 ans)</i>	31 489 [24-35]	29 730 [23-33]	27 603 [21-30]
<i>Jeunes (15-24 ans)</i>	49 503 [32-60]	47 192[30-57]	44 516 [30-53]
<i>Adultes (15 ans+)</i>	455 165 [421-491]	453 590[421-491]	451 057 [417-487]
<i>Adultes (50 ans+)</i>	79 001 [54-121]	84 764[59-127]	91 070 [64-134]
<i>Femmes</i>	322 601 [301-348]	321 514 [300-348]	319 588 [297-346]
Prévalence VIH (15-49 ans)	2,9% [2,7-3,1]	2,8% [2,5-3,0]	2,6% [2,4-2,8]
<i>Hommes</i>	1,9% [1,6-2,1]	1,8% [1,4-2,0]	1,7% [1,3-1,9]

Femmes	4,0% [3,7-4,2]	3,8% [3,5-4,1]	3,6% [3,3-3,9]
--------	----------------	----------------	----------------

Source : SPECTRUM 2023

Selon la répartition géographique des Personnes vivant avec le VIH (PvVIH), la majorité se trouvent dans les grandes villes à savoir Yaoundé (18,1%) et Douala (13,4%) suivi de la ville de Bamenda (9,3%). Le Littoral (sans Douala) a le plus faible nombre de PvVIH, soit 14 609.

Tableau 4: Répartition des PvVIH estimés en 2022 selon la région

Région	Hommes	Femmes	Total	Poids
Cameroun	160645	319583	480228	100,0%
Adamaoua	8906	17202	26109	5,4%
Centre (sans Yaoundé)	12724	25456	38180	8,0%
Douala	21648	42666	64314	13,4%
Est	13331	26531	39862	8,3%
Extrême-Nord	11131	20690	31821	6,6%
Littoral (sans Douala)	4739	9725	14464	3,0%
Nord	11807	22362	34170	7,1%
Nord-Ouest	13640	30954	44594	9,3%
Ouest	10280	22392	32672	6,8%
Sud	8642	16388	25030	5,2%
Sud-Ouest	14058	28207	42265	8,8%
Yaoundé	29738	57010	86748	18,1%

Source : SPECTRUM et NAOMI 2023

3.4.3 Tendence d'évolution des nouvelles infections à VIH par groupe de population et par région/district

Les estimations Spectrum 2023 montrent une tendance à la baisse des nouveaux cas de VIH dans l'ensemble de la population. L'incidence du VIH aurait régresser de 80% entre 2015 et 2030, passant de 1,0 en 2015 à 0,2 en 2030 ; avec 0,4 en 2022.

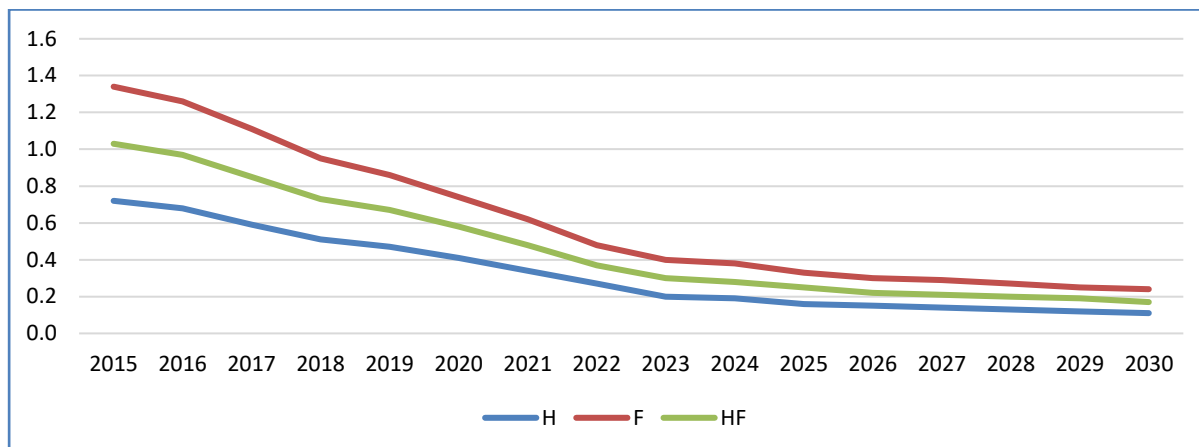


Figure 6: Evolution de l'incidence du VIH entre 2015 et 2030, Spectrum 2023

D'après le tableau ci-dessous, entre 2020 et 2022, une baisse des nouvelles infections à VIH dans la population générale, et aussi bien dans la population adulte de 15-49 ans et les femmes en âge de procréer est observée. Cette décroissance des nouvelles infections à VIH est de l'ordre de 29,7% et s'observe dans tous les groupes de populations. En effet, les nouvelles infections sont passées de 14 074 en 2020 à 9 899 en 2022. Chez les adultes (15 ans et plus), le taux de décroissance entre 2020 et 2022 est d'environ 32,9%. Cette baisse est presque similaire à celle observée au niveau des populations de 50 ans et plus (32,6%), les jeunes de 15-24 ans (32,7%) et les adolescents de 10-19 ans (32,2%). Contrairement aux autres groupes de population, les nouvelles infections diminuent moins chez les enfants (0-14 ans) ; soit 22,6%.

Chez les adolescents, les filles représentent à elles seules 86,9% des nouvelles infections (elles sont 7 fois plus touchées que les garçons) et les jeunes filles (15-24 ans) 78,5% des nouvelles infections en 2022. Cette baisse est due notamment à l'intensification des actions de sensibilisation et de prévention.

N.B : Il est à noter que les estimations de l'incidence du VIH dans le groupe des populations clés ne sont pas encore disponibles.

Tableau 5: Estimation des nouvelles infections entre 2020 et 2022

	2020	2021	2022
Nbre de nouvelles infections (Pop totale)	14 074 [11 119-17 673]	12 221 [9 315-15 928]	9 899 [7 307-13 372]
Adultes (15-49ans)	9 015 [6 208-11 536]	7 862 [5 592-10 482]	6 047 [3 970-8 488]
Femmes (15-49ans)	6 286 [4 368-8 035]	5 501 [3 817-7 323]	4 242 [2 844-6 075]
Adultes (15 ans+)	9 663 [6 750-12 336]	8 429 [6 044-11 507]	6 484 [4 340-9 367]
Adultes (50 ans+)	648 [264-1 187]	567 [228-1 040]	437 [173-864]
Enfants (< 15 ans)	4 411 [2 742-5 522]	3 793 [2 271-4 890]	3 414 [1 956-4 382]
Adolescents (10-19 ans)	1 797 [285-2 852]	1 371 [209-2 198]	1 218 [189-1 976]
	1 560 [245-2 493]	245 [233-2 513]	1 059 [164-1 733]

Filles			
Jeunes (15-24 ans)	3 828 [2 025-5 171]	3 343 [1 720-4 725]	2 577 [1 323-3 880]
Filles	2 992 [1 732-4 016]	2 620 [1 478-3 692]	2 022 [1 098-3 101]

Source : Spectrum 2023

Il ressort de la distribution des nouvelles infections par tranche d'âge en 2022, que la tranche d'âge des 25-49 ans représente le poids de nouvelles infections le plus élevé (35,2%) et la tranche de 50 ans et plus le plus faible (4,5%). Par ailleurs, les moins de 10 ans représentent plus du tiers des nouvelles infections (34,7%) ; la quasi-totalité des infections dans cette tranche d'âge provenant de la transmission mère-enfant. Notons que les 15-24 (15-19 et 20-24) ans quant à eux représentent dans l'ensemble 25,6% des nouvelles infections.

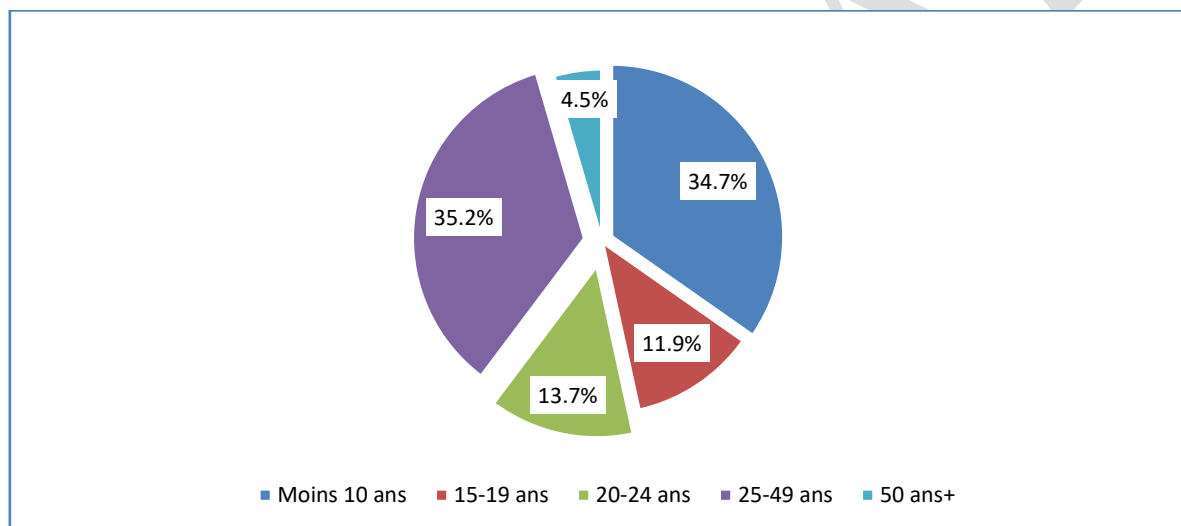
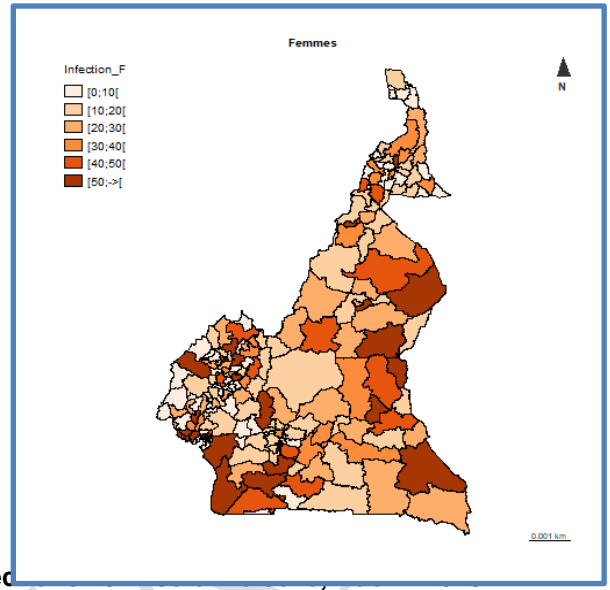
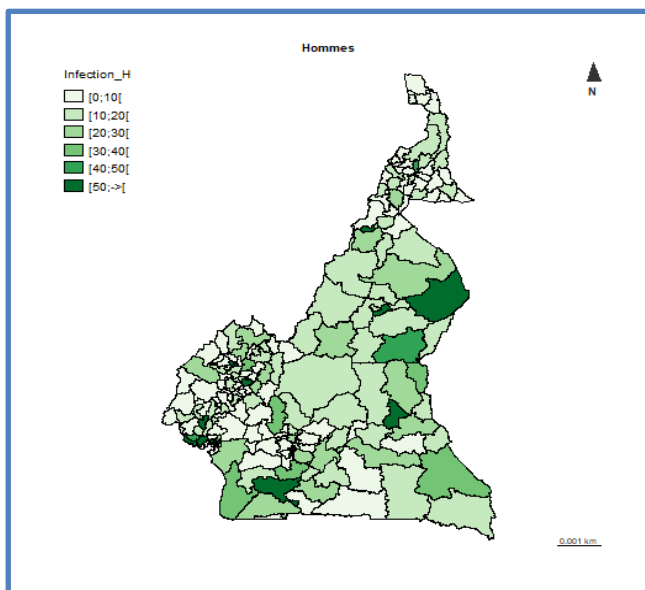


Figure 7: Répartition des estimations de nouvelles infections 2022 par groupes d'âge, Spectrum 2023

Les nouvelles infections sont plus accentuées au niveau des régions de l'Est, Nord, Sud-Ouest et Nord-Ouest (≥ 1000 cas). Par contre, elles sont très faibles dans la région du Littoral (≤ 200 cas).

Par ailleurs, pour ce qui est distribution par districts, les nouvelles infections sont plus élevées dans les DS des régions à forte incidence. Par contre, on observe que le DS de Deido dans la région du Littoral a l'incidence la plus élevée (306 nouveaux cas), New bell (212 cas) malgré la faible incidence observée au niveau de la région.

Tout comme l'estimation du nombre de PvVIH, les nouvelles infections à VIH sont plus élevées chez les femmes que les hommes.



s infec

3.4.4 Décès liés au VIH

Selon les estimations Spectrum 2023, le nombre des décès liés au VIH survenus en 2022 s'élève à 10 198, en baisse de 23,5% par rapport à 2020.

Par ailleurs, notons que les enfants de moins de 15 ans représentent 28,2% de l'ensemble des décès en 2022, soit 2 785 décès.

Tableau 6 : Estimation des décès dus au VIH par groupe d'âges et par sexe

	2020	2021	2022
Nbre de décès dus au VIH	13 330 [11 274-15 827]	11 569 [9 827-13 744]	10 198 [8 626 -11 982]
Adultes >50 ans	xx	xx	xx
Hommes	xx	xx	xx
Femmes	xx	xx	xx
Adultes 15-49 ans	7 508	6 311	5 537
Hommes	3 375	2 777	2 392
Femmes	4 133	3 533	3 145
Jeunes 15-24 ans	892	847	830
Garçons	390	375	369
Filles	502	472	461
Adolescents 10-19 ans	937	870	793
Garçons	476	442	401
Filles	462	428	392

	2020	2021	2022
Enfants < 15 ans	3 417	3 180	2 797
Garçons	1 730	1 610	1 416
Filles	1 686	1 570	1 381

Source: Spectrum 2023

Par ailleurs, notons que les enfants de moins de 15 ans représentent 28% de l'ensemble des décès en 2022, soit 2 854 décès.

Ces décès des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) sous TARV qui restent encore élevées illustrent l'évolution de l'infection VIH vers la phase Sida et sont un marqueur de l'inefficacité du traitement. En l'absence d'étude sur l'évaluation des causes de la mortalité des PvVIH, il est difficile d'identifier les causes formelles de décès des PvVIH ; toutefois, l'une des causes probables de décès est la pharmacologie résistance du VIH qui constitue une menace programmatique. En effet, on note 10% de résistance prétraitement chez l'adulte et 50% de résistance prétraitement chez l'enfant (Plan Opérationnel de la Pharmacologie résistance 2023-2027).

3.4.5 Estimation du Ratio incidence/mortalité liée au VIH

Le ratio incidence/mortalité, habituellement présenté pour figurer la transition de l'épidémie, montre que les deux courbes se sont rejointes et évoluent de façon parallèle depuis 2016 avec une diminution constante des décès. Par ailleurs, en 2022, les deux courbes se rejoignent une fois de plus mais les nouvelles infections légèrement supérieures aux décès.

La performance atteinte par le Cameroun en termes de réduction du ratio incidence/prévalence est encourageante, puisqu'elle se situe largement sous la moyenne de 5,5% enregistrée en Afrique de l'Ouest et du Centre et 4,6% au niveau mondial (source ONUSIDA, 20/04/2020).

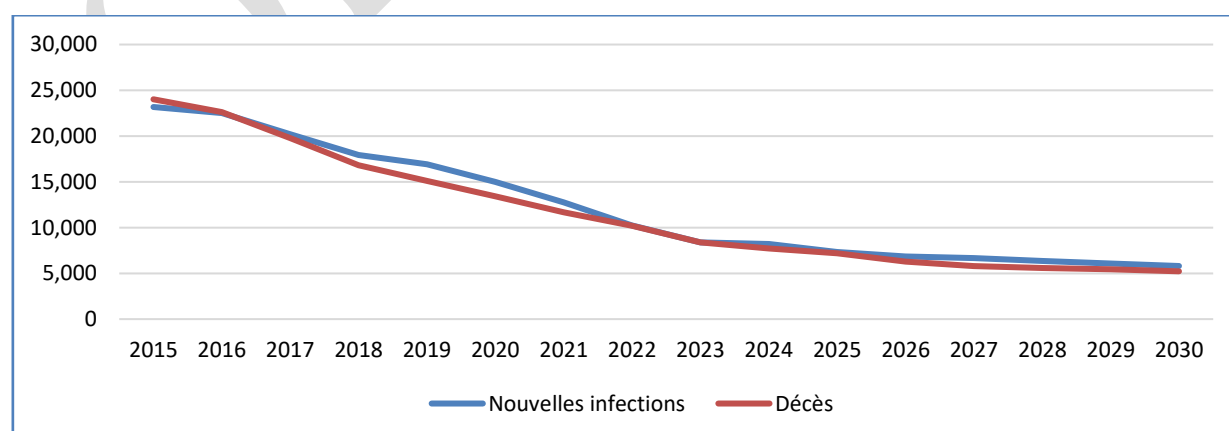


Figure 9: Evolution des nouvelles infections et décès entre 2015 et 2022, Spectrum 2023

3.4.6 Estimation de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Selon les estimations Spectrum 2023, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à 6 semaines de vie est estimé à 10,1% en 2022, ce taux est en baisse de 15,8% entre 2020 et 2022. Cependant, le taux de transmission mère-enfant incluant l'allaitement est estimé à 14,5% en 2022.

Tableau 7 : Estimation de quelques indicateurs clés de la prévention mère-enfant

Indicateurs	2020	2021	2022
Femmes enceintes en besoin de PTME	25 820 [17 190-31 782]	24 746 [15 469 -31 580]	23 550 [13 954-30 283]
Taux de transmission mère-enfant à 6 semaines	12,0 [8,0-14,8]	10,7 [6,7-13,6]	10,1 [6,0-13,0]
Taux de transmission mère-enfant incluant l'allaitement	17,1 [11,4-21,0]	15,3[9,6-19,6]	14,5 [8,6-18,6]
Nouvelles infections dues à la PTME	4 487 [2 908-5 471]	3 873 [2 362-4 843]	3 558 [2 095-4 519]

Source : Spectrum 2023

Par ailleurs, les nouvelles infections dues à la PTME sont estimées à 3 558 en 2022. Ces nouvelles infections sont en baisse par rapport à 2020 où elles sont estimées à 4 487. S'agissant des femmes enceintes en besoin de PTME, une baisse d'environ 8,8% du nombre de FEC en 2020 a été observée. En effet, le nombre de FEC en besoin de PTME est passé de 25 820 en 2020 à 23 550 en 2022.

3.4.7 Estimation de la taille des populations clés et aspects comportementaux

Tableau 8: Estimation de la taille des populations clés

Type de population	Population urbaine estimée	Population rurale estimée	Estimation au niveau national
TS	79 573	46 860	126 433
HSH	39 998	17 666	57 664
CDI	2 394	1 057	3 451
TG	1 591	234	1 826

Source: Spectrum 2023

3.4.8 Les aspects comportementaux

La connaissance par la population des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du VIH. La limitation des rapports sexuels à un(e) seul(e) partenaire fidèle et non infecté(e) ainsi que l'utilisation régulière du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH. Selon l'EDS 2018, un peu plus de trois quarts des femmes (77%) et des hommes (77%) de 15-49 ans déclarent qu'on pouvait réduire les risques de contracter le VIH en utilisant des préservatifs à chaque rapport sexuel. Par ailleurs, 84% des femmes et 82% des hommes affirmaient que la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sexuel, non infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel, permet d'éviter les risques de contracter le VIH. Globalement, 71% des femmes et 71% des hommes connaissaient à la fois ces deux moyens de prévention du VIH. Le pourcentage de femmes connaissant les deux moyens de prévention du VIH était plus élevé en milieu urbain (76%) qu'en milieu rural (65%). Cet écart était également observé chez les hommes, ce pourcentage variant de 76% en milieu urbain à 64% en milieu rural. A contrario, dans la population des jeunes âgés de 15 à 24 ans, les comportements semblent demeurer à risque. Toujours selon l'EDS 2018, seulement 36% des jeunes femmes et 33% des jeunes hommes âgés de 15-24 ans avaient une connaissance complète des moyens de prévention du VIH. Ce pourcentage était plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural ; il était de 41% chez les jeunes femmes et 39% parmi les jeunes hommes du milieu urbain contre respectivement 29% et 25% en milieu rural. Selon le niveau d'instruction, la connaissance complète sur le VIH augmentait chez les jeunes, passant de 27% chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 47% chez celles ayant le niveau d'instruction secondaire et à 56% chez celles ayant le niveau d'instruction supérieur et, chez les hommes, respectivement de 9% à 44% et à 59%. Ces résultats confirment que les jeunes non scolarisés sont plus vulnérables et qu'il faut prendre en considération la dimension genre (six fois plus de nouvelles infections chez les jeunes filles). Il est donc important de promouvoir des programmes qui maintiennent le plus longtemps possible les jeunes filles à l'école, dans un contexte où 13% des jeunes filles sont mariées avant l'âge de 15 ans (UNICEF, 2016).

3.5 Epidémiologie de la syphilis au Cameroun

Comme pour le VIH il n'existe pas assez de données d'envergure nationale sur la prévalence des IST au Cameroun. Toutefois des données existent sur la prévalence de la syphilis chez la femme enceinte.

La lutte contre les infections à syphilis pendant la grossesse est un élément essentiel de tout plan global visant à prévenir et, à terme, à éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Les infections à syphilis chez les femmes enceintes entraînent une gamme d'issues de

grossesse dévastatrices - si elles ne sont pas traitées, 21,4% des grossesses se terminent par une mortinaissance, 9% se terminent par un décès néonatal, 6% se terminent par un accouchement prématuré et 16% aboutissent à un enfant atteint d'une maladie congénitale clinique. La syphilis qui entraîne une difformité physique et un handicap cognitif. De plus, une femme enceinte co-infectée par le VIH et la syphilis est 2,5 fois plus susceptible de transmettre le VIH à son enfant qu'autrement, ce qui représente un risque substantiel pour la santé de l'enfant.

Au Cameroun, la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes a augmenté depuis qu'elle est systématiquement mesurée par surveillance sentinelle. En 2009, la prévalence n'était que de 0,9 %, mais en 2016, la prévalence de la syphilis était passée à 5,63 % des femmes enceintes et avait encore augmenté à 13,95 % en 2020. Malgré ce fardeau démesuré, le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes accuse un retard considérable par rapport au dépistage du VIH ; en 2022, 95,7 % des femmes enceintes en consultation prénatale ont été testées pour le VIH, mais seulement 62.5 % ont été testées pour la syphilis. En outre, la couverture du traitement de la syphilis reste une lacune critique ; seulement 33% des femmes enceintes séropositives pour la syphilis étaient déclarées traitées en 2022.

Pour combler les lacunes en matière de dépistage et de traitement de la syphilis, le ministère de la Santé Publique accorde la priorité à l'adoption d'un double test rapide diagnostic VIH/syphilis à utiliser à la place d'un test rapide VIH uniquement pour le dépistage du VIH chez les femmes enceintes et leurs partenaires. Ceci est conforme aux directives complètes révisées de l'OMS en 2019 pour le dépistage du VIH, qui recommandaient l'utilisation d'un double test rapide VIH/syphilis lors du dépistage du VIH chez les femmes enceintes. Le Ministère de la Santé Publique a l'intention d'introduire le double test rapide diagnostic VIH/syphilis dans les formations sanitaires avec des efforts complémentaires pour accroître le traitement de la syphilis, tout au long d'une cascade de formation des formateurs, d'une cascade de supervision formative, d'efforts de renforcement de la chaîne d'approvisionnement et d'amélioration de l'enregistrement et de la communication des données.

3.6 Épidémiologie des Hépatites virales au Cameroun

Comme pour le VIH il n'existe pas assez de données d'envergure Nationale sur la prévalence des hépatites virales au Cameroun.

Les plus récentes sont issues de l'enquête CAMPHIA 2018, 8.3% dans la population générale et 8.4% chez les PVVIH pour ce qui est de l'Hépatite B. Toutefois les récentes données du Programme National de Transfusion Sanguine ont ressorti un taux de séropositivité de 6.1% au

premier semestre 2021, chez les donneurs de sang avec un pic dans la région du Nord. Les régions de l'Extrême-Nord (8.3%), du Littoral (6.7%) et du Centre (6.4%) ont également un taux de séropositivité au-dessus de la moyenne nationale. La proportion des cas de coinfections VIH/HB se situe à 2.3%.

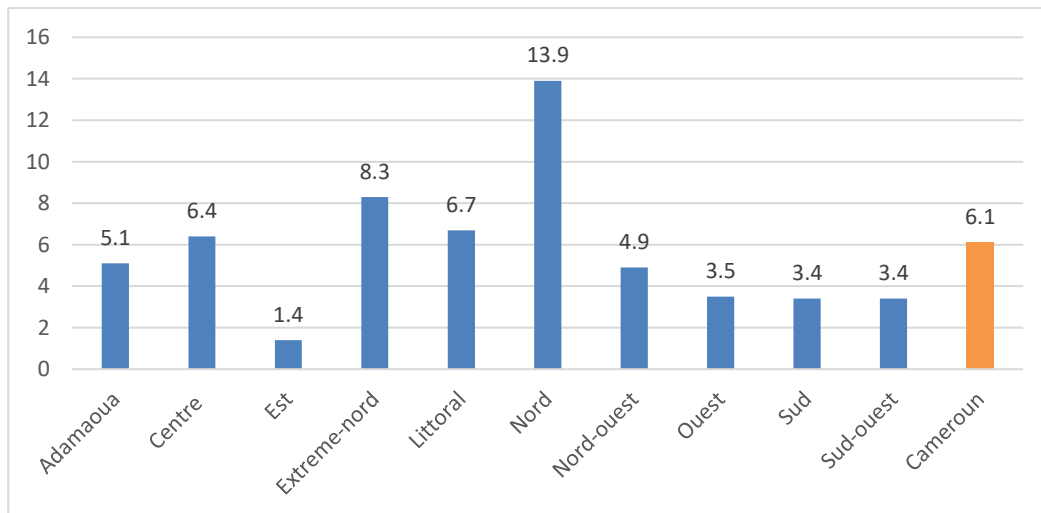


Figure 10: Répartition du taux de séropositivité à l'hépatite B en % par région,

Source DHIS2, S1 2021

S'agissant de l'Hépatite C, pour la même période, le taux de séropositivité chez les donneurs de sang se situe à 3.1% avec des pics dans les régions du Centre (6.4%) et du Littoral (5.1%). La proportion des cas de coinfection VIH/HVC se situe à 3.2% pour cette même population durant la même période.

4.Revue programmatique de la mise en œuvre de la réponse au VIH/IST

4.1 Introduction

Dans le cadre de l'accélération de l'élimination du VIH au Cameroun d'ici 2030, le pays a procédé à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un nouveau plan stratégique, pour la période 2018-2022 qui a été étendu pour la période 2021-2023 avec l'actualisation des cibles. Cette dernière stratégie épouse l'atteinte des objectifs de 3x95, et elle ressort de manière explicite les besoins des population-clés et vulnérables, on peut citer entre autres, les PVVIH, les travailleuses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les détenus, les adolescents et jeunes pour ne citer que ceux-là. Entre 2021 et 2022, le PSN VIH prévoit la mise en œuvre de plusieurs interventions et stratégies clés pour adresser les gaps programmatiques relevés lors de la dernière revue du PSN en 2020. Le PSN appelle à la mise en place et au renforcement d'approches ciblées, prenant en compte les principes d'égalité de genre, le respect des droits humains et l'absence

de barrières d'accès aux services de santé. C'est ainsi que les grands axes d'intervention du programme étaient centrés sur :

- La prévention du VIH y compris le dépistage
- La prise en charge globale du VIH y compris les co-infections et les comorbidités
- Le renforcement de la réponse communautaire
- La lutte contre le stigma et la discrimination, soutien, prise en charge psychologique et sociale
- Le renforcement de la gouvernance et de la gestion de la réponse.

4.2 Prévention de l'infection par le VIH

En son impact 1, le PSN 2021-2023 prévoyait les effets suivants :

Tableau 9: Résumé des résultats selon l'impact 1 du PSN 2021-2023

Résultats d'effet 1	Objectif PSN fin 2023	Réalisation	Source de données	Commentaires
80% des adolescent(e)s de 10 à 24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH	- 80% de jeunes de 15 à 24 ans rapportant l'utilisation d'un condom durant le dernier rapport sexuel avec un partenaire non marital, non cohabitant au cours des 12 derniers mois	49,4% chez filles 65,3% chez garçons	EDS-MICS 2018	Prochain EDS prévu dans les normes en fin 2023
	- 80% de jeunes de 15 à 24 ans qui ont une connaissance approfondie du sida	36% chez filles 33% chez garçons	EDS-MICS 2018	Prochain EDS prévu dans les normes en fin 2023
90% des KPs utilisent le paquet de services de prévention combinée	90% des populations clés ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel au cours des 12 derniers mois		IBBS 2016	Interventions faites par CAMNAFAW, CARE/CHP dans différents districts de sante
90% des populations vulnérables ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec une partenaire occasionnelle au cours des 12 derniers mois	Homme en tenue : 90%	Homme en tenue : 48%	Etude SABERS 2018 / PEPFAR	Interventions auprès des Ado et jeunes faites par CAMNAFAW, CARE/CHP dans différents districts de sante
	Adolescents (filles et garçons) et jeunes de 15 ans à 24 ans: 90% UD: Non défini	Adolescents (filles et garçons) et jeunes de 15 ans à 24 ans: 55,6% UD: Non défini	EDS 2018 Pas d'étude	
80% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES/LB) ou sexuelle bénéficient d'une prise en charge incluant la PPE	80% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES/LB) ou sexuelle ayant bénéficié d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE)	Non mesurée	/	Pas d'enquête de surveillance ou de rapport de suivi de cohorte

Résultats d'effet 1	Objectif PSN fin 2023	Réalisation	Source de données	Commentaires
La transmission Mère – Enfant du VIH est réduite à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois	A 6 semaines: <2%	A 6 semaines: 10,5% versus 4%	Estimation Spectrum 2023 versus Rapport annuel 2022	Objectifs non atteints
	A 18 mois incluant allaitement: <5%	A 18 mois incluant allaitement: 15%	Estimation Spectrum 2023	
80% des personnes présentant des signes d'IST ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge	80% de FEC testées (Syphilis, VIH, Duo-Test).	62.5% de FEC testées a la fois pour la Syphilis et le VIH durant les CPN	DHIS 2 - 2022	/
	80% de FEC bénéficiant de CPN présentant une sérologie positive pour la Syphilis VIH, Duo-Test	33% positive et traitée	DHIS 2 - 2022	/
	80% de populations clés présentant une syphilis active	Donnée non disponible	/	/

Les stratégies mises en œuvre visaient à renforcer la prévention avec : 1) la communication pour le changement de comportement à travers le développement des approches différenciées, selon les tranches d'âges, privilégiant l'acquisition des compétences pour l'adoption des comportements à moindre risque ; 2) l'offre d'un paquet complet ou adapté de services de prévention combinée pour les populations prioritaires ; 3) la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH ; 4) le renforcement de l'accès aux services de prévention et la prise en charge des accidents d'exposition au sang et liquides biologiques (AES) ; 5) la prévention et la prise en charge des personnes présentant des signes d'IST.

Toutes ces stratégies ont été mises en œuvre entre 2021 et 2022 sur toute l'étendue du territoire national en majorité à travers trois grands donateurs : USAID/PEPFAR ; DOD/PEPFAR ; CDC/PEPFAR ; Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Malaria/TB ; mais aussi les efforts du gouvernement grâce aux sectorielles (MINSANTE, MINJEC, MINAS, MINDEF, MINSEC).

Tableau 10 : Résumé des problèmes identifiés et des zones géographiques à problème

Groupe de population (Clés/Vuln.)	Problèmes identifiés	Régions mal desservies
Population générale	<ul style="list-style-type: none"> Indisponibilité constante et en quantité suffisante du préservatif masculin et féminin en fonction de la population en besoin - Réduction du nombre de préservatifs masculins reçus (97% vs 78%) et distribués (74% vs 58%) au Cameroun entre 2021 et 2022 par rapport au besoin qui est croissant. Préservatifs féminins plus distribués avec des circuits d'approvisionnements non captés dans le SNIS Baisse du nombre d'activités de renforcement des capacités des acteurs, de sensibilisation, de production et de distribution des outils comme matériel de prévention que ce soit en formation sanitaire ou en communauté 	ND

	<ul style="list-style-type: none"> Faible accès à l'information et aux services de prévention et la prise en charge des accidents d'exposition au sang et liquides biologiques en communauté et dans la formation sanitaire - Données sur la couverture en ARV pour la PPE absentes ou insuffisamment collectées et pas vérifiées à travers le DHIS2 Faible taux de dépistage et de prise en charge des personnes présentant des signes d'IST particulièrement la syphilis - Aucun rapport annuel du CNLS 2021 et 2022 ne présente les données de screening, dépistage et prise en charge des IST pourtant certaines données d'IST disponible dans le DHIS2 Enquête nationale comportementale sur le VIH, obsolète et peu informative sur les progrès réalisés en matière d'intervention de prévention dans la population générale (EDS date de 2018) 	
HSB	<ul style="list-style-type: none"> Faible identification des cas VIH chez les HSB en formation sanitaire Faible taux d'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels occasionnels Indisponibilité constante et en quantité suffisante du préservatif masculin dans les points de rassemblement des HSB par rapport au nombre de gels lubrifiants distribués qui a augmenté – du fait de la baisse du nombre de préservatifs reçu au pays Taux inconnu de dépistage et de prise en charge des personnes présentant des signes d'IST particulièrement la syphilis Non disponibilité et utilisation d'approches différenciées, selon les tranches d'âges lors des activités de renforcement des capacités des acteurs, de sensibilisation, de production et de distribution des outils comme matériel de prévention Offre et rapportage non systématique du paquet complet ou adapté de services de prévention combine existant particulièrement en formation sanitaire Pas de rapport d'analyse de la mise en œuvre de la PrEP dans ce groupe (seul 2 villes – FM et 5 régions – PEPFAR) Enquête nationale de prévalence et bio-comportementale vieille de 7 ans (IBBS 2016) Environnement pas favorable à 100% pour la mise en œuvre des interventions de santé auprès des populations clés; Insuffisance de stratégies innovantes pour atteindre les populations clés « hard-to-reach » Insuffisance de données opérationnelles sur les nouvelles stratégies/interventions telles que le Self-testing, le dépistage communautaire et la PrEP 	ND
TS	<ul style="list-style-type: none"> Faible identification des cas VIH chez les TS en formation sanitaire Faible taux d'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels occasionnels Indisponibilité constante et en quantité suffisante du préservatif masculin dans les points de rassemblement des TS par rapport au nombre de gels lubrifiants distribués qui a augmente – du fait de la baisse du nombre de préservatifs reçu au pays Non disponibilité et utilisation d'approches différenciées, selon les tranches d'âges lors des activités de renforcement des capacités des acteurs, de sensibilisation, de production et de distribution des outils comme matériel de prévention 	ND

	<ul style="list-style-type: none"> • Taux inconnu de dépistage et de prise en charge des personnes présentant des signes d'IST particulièrement la syphilis • Offre et rapportage non systématique du paquet complet ou adapté de services de prévention combine existant particulièrement en formation sanitaire • Pas de rapport d'analyse de la mise en œuvre de la PrEP dans ce groupe (seul 2 villes – FM et 5 régions – PEPFAR) • Pas de possibilité de désagréger les informations en fonction du genre de TS (Femme, Homme, Transgenre) • Enquête nationale de prévalence et bio-comportementale vieille de 7 ans (IBBS 2016) • Environnement pas favorable à 100% pour la mise en œuvre des interventions de santé auprès des populations clés; • Insuffisance de stratégies innovantes pour atteindre les populations clés « hard-to-reach » • Insuffisance de données opérationnelles sur les nouvelles stratégies/interventions telles que le Self-testing, le dépistage communautaire et la PrEp 	
Transgenre (TG)	<ul style="list-style-type: none"> • Faible identification des cas VIH chez les TG en formation sanitaire • Indisponibilité constante et en quantité suffisante du préservatif masculin dans les points de rassemblement des TG par rapport au nombre de gels lubrifiants distribués qui a augmente – du fait de la baisse du nombre de préservatifs reçu au pays • Non disponibilité et utilisation d'approches différenciées, et adaptées à la cible TG lors des activités de renforcement des capacités des acteurs, de sensibilisation, de production et de distribution des outils comme matériel de prévention • Offre et rapportage non systématique du paquet complet ou adapté de services de prévention combine existant particulièrement en formation sanitaire • Pas de rapport d'analyse de la mise en œuvre de la PrEP dans ce groupe (seul 2 villes – FM et 5 régions – PEPFAR) • Enquête nationale de prévalence et bio-comportementale intégrant le groupe des transgenres jamais réalisée (Pas d'IBBS) • Environnement pas favorable à 100% pour la mise en œuvre des interventions de santé auprès des populations clés; • Insuffisance de stratégies innovantes pour atteindre les populations clés « hard-to-reach » • Insuffisance de données opérationnelles sur les nouvelles stratégies/interventions telles que le Self-testing, le dépistage communautaire et la PrEp 	ND
UDI	<ul style="list-style-type: none"> • 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 par rapport au nombre de gels lubrifiants distribués qui a augmente – du fait de la baisse du nombre de préservatifs reçu au pays • Non disponibilité et utilisation d'approches différenciées, et adaptées à la cible UDI lors des activités de renforcement des capacités des acteurs, de sensibilisation, de production et de distribution des outils comme matériel de prévention 	ND

	<ul style="list-style-type: none"> • Offre et rapportage non systématique du paquet complet ou adapté de services de prévention combiné existant particulièrement en formation sanitaire • Pas de rapport d'analyse de la mise en œuvre de la PrEP dans ce groupe (seul 2 villes – FM et 5 régions – PEPFAR) • Enquête nationale de prévalence et bio-comportementale intégrant le groupe des UDI/UD jamais réalisée (Pas d'IBBS) 	
Femmes enceintes	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation sous-optimale des services de CPN par les femmes enceintes (74%) • Pas de suivi de cohorte mère-enfant par le programme national par conséquent, impossibilité d'évaluer l'impact des interventions de la PTME sur le taux de TME • 15 à 17% de femmes enceintes nouvellement testées VIH+ ne sont pas sous ARV pour réduire la TME et leur propre santé, malgré les interventions des prestataires de santé • Interventions communautaires pour la PTME insuffisamment financées • Intégration insuffisante du volet communautaire dans les interventions de la PTME (CPN mobile, Sensibilisation, Recherche, recrutement des M2M) • Interventions inconsistantes de suivi de cohorte du couple mère enfant en communauté ou dans la formation sanitaire • Couverture en diagnostic précoce de l'enfant et de la fratrie de l'enfant infecté sous-optimale et décroissante durant les deux dernières années stagnant autour de 24% d'enfant non diagnostiqués à la PCR - <i>du fait de l'insuffisance du plateau technique pour le diagnostic précoce du VIH chez l'enfant et aussi indisponibilité continue des intrants</i> • Faible engagement de toutes les parties prenantes pour la triple élimination VIH, Syphilis et Hépatites à débiter par la sensibilisation des femmes qui fréquentent les services de SMNIA/SR 	ND
Enfants Exposés au VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Taux élevé de transmission du VIH de la mère à l'enfant à 6 semaines (4% - en baisse mais au-dessus de la cible) • 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 mise sous névirapine des enfants exposés (gap de 8,5% en 2021 à 5,7% 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 (3 mois et + via plateforme conventionnelle) • Faible dépistage VIH des nourrissons à 9 mois et à 18 mois • Suivi des enfants exposés jusqu'au statut final ponctuée de gap créant des perdus de vue à la prise en charge 	ND
Enfants de moins de 15 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Faible couverture des interventions de C4D pour la prévention du VIH en direction des enfants de 10 à 14 ans non scolarisés et des jeunes ados scolarisés (<i>% pas connu</i>) • Age du consentement de dépistage du VIH fixé à 15 ans 	ND
Adolescent(e)s de 10 à 24 ans et jeunes adultes	<ul style="list-style-type: none"> • Faible identification des cas VIH chez les adolescents - Zones de ciblage géographique des interventions mal connues • Faible taux de connaissance approfondie du sida chez les filles et garçons globalement particulièrement les 15 à 24 ans se justifiant par une insuffisance de stratégies de 	ND

	<p>communication adaptées à la cible adolescents/jeunes (utilisation des TIC, etc...) et une faible couverture (<i>% pas connu</i>) des interventions de C4D pour la prévention du VIH en direction des enfants de adolescents scolarisés ou non</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible taux d'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels occasionnels chez les filles et garçons surtout les 15 à 24 ans • Faible intégration des services de prévention combinée du VIH en rapport à leurs besoins avec les autres services de promotion de la santé, offerts aux hommes, adolescents/jeunes, dans les formations sanitaires et en communauté (Santé de la reproduction, Transfusion sanguine, Planification familiale, Sensibilisation aux VBG, Promotion de la santé, etc...) • Indisponibilité constante et en quantité suffisante du préservatif masculin dans les points de rassemblement des adolescents par rapport au nombre de gels lubrifiants distribués qui a augmenté – du fait de la baisse du nombre de préservatifs reçu au pays • Faible utilisation d'approches différenciées, et adaptées à la cible des adolescents lors des activités de renforcement des capacités des acteurs, de sensibilisation – faible utilisation des TIC comme outil • Programmes de prévention primaire adaptés insuffisamment développés auprès de la cible masculine des jeunes adultes avec insuffisance de développement d'approches différenciées de communication pour le développement (C4D), selon les tranches d'âges • Collecte de données sous-optimale du paquet complet ou adapté de services de prévention combinée du VIH existant au niveau national et au niveau des régions à travers le DHIS2, particulièrement en formation sanitaire • Insuffisance d'acteurs communautaires expérimentés pour la mise en œuvre des interventions dans cette cible 	
Forces armées	<ul style="list-style-type: none"> • Faible documentation des activités de prévention VIH effectuées dans la FOSA ou en communauté • Besoin important en préservatif malgré que plus de condoms masculins ont été distribués (93%) en 2019 • Pas d'activités intégrées pour améliorer la prévention du VIH (Poids, TA, Glycémie, etc...) • Faible accessibilité et utilisation du préservatif chez les militaires séronégatifs ou séropositifs • Offre de paquet de prévention non varié 	ND
Populations carcérales	<ul style="list-style-type: none"> • Offre non systématique du paquet complet ou adapté de services de prévention combiné existant • Enquête nationale de prévalence et bio-comportementale intégrant le groupe des populations carcérales jamais réalisée (Pas d'IBBS) 	ND
Travailleurs des pôles économiques	<ul style="list-style-type: none"> • Offre non systématique du paquet complet ou adapté de services de prévention combiné existant • Faible couverture en services de prévention primaire intégrés à leurs besoins (Sensibilisation aux VBG, SRH, Promotion de la santé) 	ND
Personnes en situation de Handicap	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête nationale de prévalence et bio-comportementale intégrant le groupe des populations carcérales jamais réalisée (Pas d'IBBS) • Insuffisance d'acteurs communautaires expérimentés pour la mise en œuvre des interventions dans cette cible 	ND

Réfugiés et Déplacés internes	<ul style="list-style-type: none"> • Offre non systématique du paquet complet ou adapté de services de prévention combiné existant • Intégration non systématique du paquet de prévention combiné du VIH dans les interventions menées par les organismes humanitaires. 	ND
-------------------------------	---	----

4.3 Traitement soins et soutien

En 2019, le Cameroun a opté d'adopter de nouvelles lignes directrices de soins et prise en charge du VIH issues de plusieurs documents à savoir les directives consolidées de l'OMS 2018 sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour traiter et prévenir l'infection par le VIH, le Plan de transition TLD, la stratégie de tester et traiter.

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSN 2021-2023, les principales interventions à mettre en œuvre au titre des soins et du traitement ARV visaient l'objectif, au niveau national et au niveau régional, que 92% des PvVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral et que 100% des cas de co infections et comorbidités soit pris en charge suivant les directives nationales d'ici 2022.

Pour atteindre ces résultats, diverses stratégies ont été prévues notamment :

- L'amélioration du lien entre les services de dépistage et de traitement ARV ;
- La mise en œuvre de la politique de décentralisation de la prise en charge du VIH ;
- L'intervention communautaire pour améliorer l'adhésion aux soins et l'observance.
- L'amélioration de la rétention en soins des patients sous ARV par la prise en charge psychosociale

Au terme de l'évaluation dudit plan, ci-dessous décrits, les stratégies/interventions menées, les gaps programmatiques, les défis/difficultés dans la mise en oeuvre et les recommandations en matière de :

- Mise et maintien sous traitement ARV chez les adultes et les enfants/adolescents
- Prise en charge des co-infections (TB/VIH) et comorbidités
- Suivi biologique avec la charge virale et prise en charge des patients détectables

Les résultats obtenus au cours de la période sous revue sont présentés dans le paragraphe suivant.

Tableau 11 : Résumé des résultats selon l'impact 2 du PSN 2021-2023

Résultats d'effet 2	Objectif PSN fin 2023	Réalisation	Source de données	Commentaires
En 2023, 92% des PvVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	- 92% des PvVIH qui ont fait le test de VIH et qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	<p>Pour la population générale</p> <p>2020: 84%</p> <p>2021: 88,1%</p> <p>2022: 92,35%</p> <p>Moins de 15 ans: 44,05%, 38,72% et 42,79% entre 2020 et 2022</p>	Rapports annuels CNLS	Pas de cibles nationales disponibles en 2021 et 2022 par groupe de population et par tranche d'âge
	- 92% de PvVIH ont fait l'autotest de VIH et qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	<p>En 2021</p> <p>88% (39 098/44431) du besoin en kits d'autotest a été couvert ;</p> <p>99% (38718/39 098) des personnes suivies ont utilisé leurs tests</p> <p>2022: Non disponible</p>	<p>ACMS (Ado)</p> <p>CAMNAFAW</p> <p>USAID/CHAMP/CHILL</p> <p>CDC/PEPFAR</p>	Pas de cibles nationales disponibles en 2021 et 2022 par groupe de population et par tranche d'âge
	- 92% populations clés (HSH, TS, UD/UDI et Trans) ont un dépistage du VIH réalisé au cours des 12 derniers mois et connaissent leur résultat	Non disponible	<p>CAMNAFAW</p> <p>USAID/CHAMP/CHILL</p> <p>CDC/PEPFAR</p>	Pas de cibles nationales disponibles en 2021 et 2022 par groupe de population et par tranche d'âge
En 2023, 92% des PvVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral	- 92% de PvVIH diagnostiquées reçoivent un traitement antirétroviral	<p>Pour la population générale</p> <p>2020: 84,9% (pop - 70,7%)</p> <p>2021: 82,7% (pop - 86,2%)</p> <p>2022: 89,5%</p> <p>Moins de 15 ans: 75,3% en 2021</p> <p>Moins de 10 ans: 70,5% en 2021</p> <p>Enfants de 10-19 ans: 54,3% en 2020; 67,2% en 2021</p> <p>Ado 20-24 ans: 62% en 2020;</p> <p>Pop clés (global): 55,8% en 2020 –</p>	Rapports annuels CNLS	Pas de cibles nationales disponibles en 2021 et 2022 par groupe de population et par tranche d'âge

Résultats d'effet 2	Objectif PSN fin 2023	Réalisation	Source de données	Commentaires
		42,2% HSH, 54% TG, 64,1% TS, 68,9% UDI		
En 2023, 92% des PvVIH (adultes, adolescents et enfants) traités par ARV ont une charge virale supprimée à 12 mois	- 92% de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée 12 mois après l'initiation au traitement (< 1000 copies/ml)	Population générale 2020: 49,6% 2021: 69,1% 2022:	Rapports annuels CNLS	Seule désagrégation prévue dans le PSE (H/F) mais donnée absente dans les rapports annuels, sans oublier les données par type de populations ou par tranche d'âge Analyse de cohorte non faite
D'ici 2023 100% des cas de co-infections TB/VIH sont pris en charge suivant les directives nationales	- 100% taux de succès thérapeutique TB chez les patients co-infectés TB/VIH	Donnée non disponible	/	Non capitalisée dans le rapport annuel du CNLS pourtant disponible dans le rapport annuel TB

5. Engagement et riposte communautaire CLM

Du point de vue de l'amélioration de la gouvernance,

- Quelques appuis institutionnels effectués à certaines organisations telles que RECAP, RECAJ, La coalition ;
- La mise en place de quelques plateformes associatives et des organisations de populations clés à savoir : (1) Plateforme UNITY, observatoire de 34 organisations LGBT avec l'observatoire RAIL KP pour tracer les violations des droits humains, (2) 40 Organisations des adolescents et jeunes membres du RECAJ, (3) 80 associations actives de personnes vivant avec le VIH membres du RECAP et 20 autres actuellement non actives par manque de ressources. Sous financement USAID, le RECAP mène un projet user fee, mécanisme de veille sur la qualité de l'accès aux soins des PvVIH. (4) des associations membres (200 environ) de la coalition nationale des OSC avec le mécanisme de veille Healthy Mboa et qui sont en même temps membres d'autres réseaux, (5) 02 organisations de transgenre, 19 organisations de HSH, 40 organisations de TS, 10 organisations des UDI.

Du point de vue de la mobilisation des financements, il a été observé un financement de TAW de Positive Generation, Healthy Mboa de la plateforme nationale des OSC. La spécificité de la plateforme Mboa est qu'en plus d'un mécanisme de veille, elle avait prévu d'être en même

temps une plage d'information dans laquelle sont possibles des revues, articles et publications en direction des OSC membres.

L'implication et la mobilisation des acteurs communautaires pour la lutte contre le Covid 19 dont les résultats sont difficilement quantifiables ;

Du point de vue de l'offre de services pour l'amélioration de la cascade des trois 95', les acteurs communautaires ont mené les activités suivantes :

Pour l'atteinte du premier 95 : le dépistage à travers des stratégies mobiles vers les MARPS, le dépistage par des pairs éducateurs et l'implication des pairs mentors (autotests, dépistage démedicalisé), sensibilisations face to face, et le lien vers les FOSA ;

Pour l'atteinte du deuxième 95 : le lien les personnes séropositives vers les FOSA pour l'initiation aux ARV. L'effectivité de la dispensation communautaire des ARV et le développement des activités complémentaires de soutien par certaines associations au profit des patients. La dispensation communautaire des ARV par le RECAJ pour ses cibles.

Pour l'atteinte du troisième 95 : pour la rétention sous traitement, les organisations soulignent une non constance des activités d'accompagnement psychosocial dans le cadre du volet prévention jeunes des adolescents et jeunes non scolarisés, des activités d'éducation thérapeutiques dévolues aux APS des FOSA tutrices auxquelles sont rattachées les PODIC.

En ce qui concerne la prise en charge des Violences Basées sur le Genre (VBG), 10.000 cas de VBG ont été recensés en direction des jeunes filles et des femmes, selon le rapport CNLS. A propos des violences en direction des populations clés, sur 150 FOSA initiales, 80 FOSA (46,7%) dans 71 districts de santé les données cumulées de Positive Generation, CAMNAFAW et CDC ont recensé 53523 cas de VBG. Des interventions ciblées de CHP en ce qui concerne les VBG laissent entrevoir une cascade dégressive entre la notification des cas. En 2020, 2021 et 2022, CHP a rapporté 4501 cas de violences sexuelles. 1746 ont été dépistés soit 38,79% et 145 ont bénéficié de la PEP soit 3,22%.

En dépit de ces interventions communautaires significatives tant en ce qui concerne la tuberculose que le VIH, force est de constater qu'il persiste des défis que le présent PSN doit résoudre :

- La quantification de la contribution des communautés à l'atteinte des cibles du PSN Tuberculose et du PSN VIH où la centralisation des données provenant des OSC reste très limitée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, lorsque l'on passe en

revue les indicateurs de progrès tels que rapportés le CNLS (*Rapports 2018/2019*), il n'est pas précisé quelle est la contribution spécifique des acteurs communautaires dans l'atteinte des résultats. Il devient impératif de pouvoir intégrer et impliquer les OSC dans les systèmes de collecte de données (DHIS2) au niveau national sur tous les indicateurs de la réponse.

- Le défi est encore plus important lorsqu'il s'agit de mesurer la contribution communautaire à la réduction de la stigmatisation et la discrimination ainsi que sa participation à la gouvernance et la coordination de la réponse pour lesquels aucun indicateur n'est défini.
- L'évaluation de la part du budget de la réponse au VIH alloué aux OSC demeure un défi au vu de l'absence d'information sur ce sujet aussi bien au niveau du CNLS qu'à celui des acteurs de mise en œuvre des plus importants programmes.
- La couverture par les interventions communautaires des régions prioritaires autres que celles du Centre et du Littoral est un important défi dans la mesure où les régions de l'Est et l'Adamaoua comptent à peine un peu plus du dixième des OSC actives. Celles du Nord-Ouest et du Sud-Ouest qui regroupaient le quart des OSC actives au moment de l'analyse traversent actuellement une crise humanitaire liée à un conflit socio-politique, qui a contraint de nombreuses OSC à interrompre leurs activités et poussé des milliers de PVVIH et de patients atteints de tuberculose à se déplacer dans d'autres régions ou se réfugier au Nigéria.

Plusieurs mécanismes communautaires de veille ont été relevés pendant la période de la revue, il s'agit de :

- RAIL KP pour le signalement et la protection des victimes de VBG chez les LGBT mis sur pied par Camfaids et Alternatives)
- Treatment action watch (TAW) mené par Positive Génération.
- Healthy Mboa mené par la coalition nationale des OSC
- Mécanisme CLM mis en œuvre dans le cadre du projet User Fees par le RECAP

S'agissant du Community Led-Monitoring (CLM), avec l'accompagnement du CNLS et de l'ONUSIDA, une Plateforme des Organisations de la Société Civile du Cameroun contre le Sida, la Tuberculose, le Paludisme et les Hépatites Virales regroupant plus de 200 OSC actives dans les 10 régions a été mise en place en 2018. Une cartographie des OSC et une feuille de route

sur l'accélération de la contribution communautaire pour l'atteinte des 3x90 a été réalisée. La structuration de la plateforme demeure fragile et des interventions de renforcement de ses capacités sont nécessaires sur : (i) l'élaboration des outils de planification et de gestion (Plan stratégique, Plan de plaidoyer, Manuel de procédures adapté) et (ii) la mise en place d'un secrétariat exécutif (staff, matériel).

Concernant les 3x95, il est à constater une absence d'actualisation (2020-2022) des données sur la riposte communautaire et la contribution communautaire du fait d'un leadership insuffisant et de l'absence de ressources. Toutefois, les données de la précédente période de revue sont comme suit :

- Sur le **1^{er} 95**, la contribution communautaire est de 31 773 personnes vivant avec le VIH nouvellement dépistées au cours de l'année 2018 (dont 29 734 adultes et 2 029 OEV) dans les 6 régions prioritaires, ce qui représente **33%** des 96 124 personnes dépistées positives sur tout le territoire national en 2018
- Sur le **2^{ème} 95**, la contribution communautaire est de 4 405 personnes dépistées positives au VIH qui ont été liées au traitement en 2018, ce qui représente 13,9% parmi toutes les personnes dépistées positives en 2018 par ces mêmes OSC dans les 7 régions prioritaires, ou encore **6,1%** des personnes nouvellement dépistées mises sous traitement ARV en 2018 sur tout le territoire national grâce à la contribution des associations
- Sur le **3^{ème} 95**, la contribution communautaire est de 981 PVVIH sous traitement ARV ayant supprimé leur charge virale dans les 07 zones prioritaires au courant de l'année 2018. Ce qui représente **1%** des 93 139 charges virales documentées supprimées sur tout le territoire national en 2018.

Pour ce qui est des autres aspects de la riposte, la société civile mène la plupart des activités de lutte contre le stigma et la discrimination et la création d'un environnement favorable à l'accès et l'utilisation continue des services VIH, ainsi que des activités de veille sur l'accès des populations aux traitements et soins ainsi que sur les droits humains. Aussi les OSC participent à la coordination de la réponse nationale par le biais de leurs représentants au sein de l'ICN.

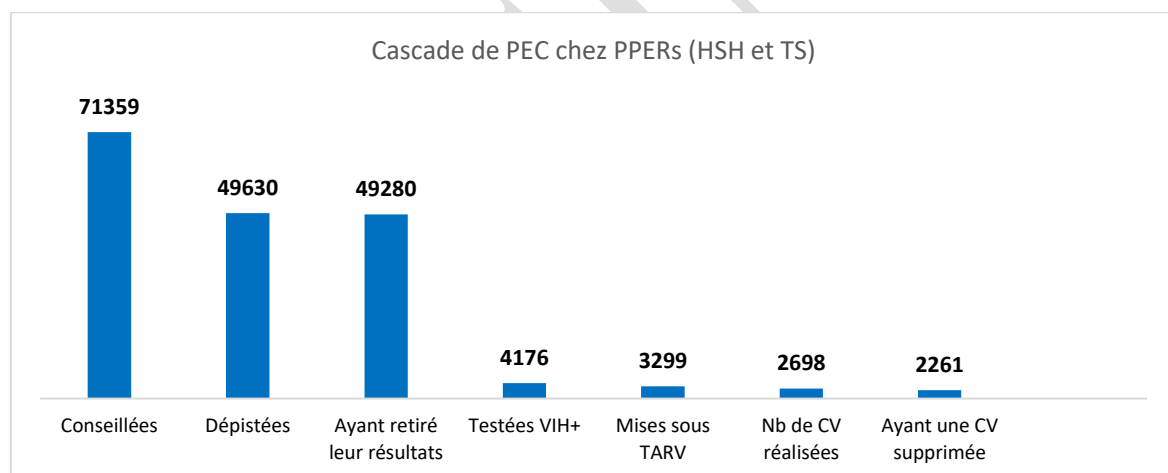
En plus des travailleurs de proximité attachés aux organisations à base communautaires (OBC), des réseaux de PVVIH ou de populations clés du VIH (pair éducateurs, HSH et TS mentors, mères-mentors, navigateurs), il existe de nombreux agents communautaires rattachés aux services de santé et collectivités locales. Il existe entre 5 500 et 6 000 agents de santé communautaire (ASC) polyvalents qui travaillent en particulier sur la santé mère-enfant dans 5

régions prioritaires (les 3 Régions du septentrion, le Centre et l'Est). Dans les autres régions, ce sont surtout les programmes de lutte contre le paludisme et le PEV qui s'appuient sur les ASC. 130 Agents Communautaires de Recherche Active (ACRA) ont été formés et travaillent dans les villes de Yaoundé et de Garoua.

Les interventions communautaires ayant contribué à l'atteinte des résultats tangibles seront renforcées et optimisées dans le cadre de la présente demande conjointe de financement :

Pour l'atteinte du premier 95 : le dépistage à travers des stratégies mobiles, fixes et avancées, le dépistage par des pairs éducateurs formés (dépistage démedicalisé) ; le dépistage s'appuyant sur la cartographie des lieux d'activités et de rencontres des populations clés (Network mapping et hots spots) ; le dépistage des cas index ; la sensibilisation, la mobilisation et la référence des personnes vers les formations sanitaires en cas de séropositivité.

- En 2019, on note que 69,1% des PPERS connaissent leur statut sans trop de différence entre les TS (68,8%) et les HSH (69,8%). Le lien au TARV est de 79,0% et la suppression virale de 83,8% chez les PPERs qui ont fait la CV. Cette dernière est plus élevée chez les TS (88,0%) par rapport aux HSH (76,3%) (figure ci-dessous).



Source : Rapports annuels 2019, CHAMP et CAMNAFAW

Pour l'atteinte du deuxième 95 : La recherche des personnes dépistées positives n'ayant pas encore commencé de traitement ARV pour le lien et l'initiation des ARV ; l'éducation thérapeutique des clients dépistés positifs avant l'initiation du traitement ARV ; le lien au traitement des clients dépistés positifs par référence passive ou active ; l'initiation du traitement ARV en communauté dans un DIC par un médecin délégué par un CTA.

- En 2019, 97 OBC parmi les 100 préalablement identifiés sont fonctionnelles avec 18 835 PVVIH sous TARV enrôlés. Cependant, malgré une augmentation croissante du

nombre de patients enrôlés au niveau communautaire, la cible de 30% de la file active des FOSA tutrices n'a pas été atteinte. Cependant, on a constaté (i) résistance de certaines formations sanitaires à la stratégie Communautaire, (ii) un laxisme des APS à faire un counseling approprié, et aussi (iii) la faible prescription des examens de suivi des PVVIH sous TARV à l'OBC. De même, il serait important de considérer les populations vulnérables telles que les jeunes et adolescents dans cette stratégie de dispensation communautaire lorsqu'ils appartiennent à des groupes de soutien ou à des associations de jeunes en rendant effective la stratégie des teenagers mentors. D'autant que ceci est recommandé dans les nouvelles directives de prise en charge 2020.

- On note également le lien et la rétention des personnes nouvellement testées positif au VIH lors des CDV par des patients « experts » membres du ReCAP+ ;
- En outre, selon le rapport annuel 2019 du CNLS, la contribution de la société civile dans la dispensation communautaire des ARV est de 13% ;
- Concernant les FOSA privées confessionnelles qui représentent environ 13% des structures de santé, elles prennent en charge environ 21% de la file active.

Pour l'atteinte du troisième 95 : La recherche des personnes dépistées positives en interruption de traitement ARV pour leur remise sous traitement ; l'éducation thérapeutique des patients dépistés positifs mal observants ou en situation d'échec thérapeutique ; l'aide à l'observance des patients dépistés positifs sous traitement ARV ; des mesures pour assurer la rétention sous traitement ARV des patients ; des actions pour assurer l'accès à la mesure de la charge virale ; la dispensation communautaire des ARV auprès des patients jugés stables selon les critères nationaux par une centaine d'OSC avec l'appui de CTA et UPEC « tuteurs ».

🌀 Complémentarité des rôles des ASC, ACRA, APS, PE et le lien entre les trois maladies

Dès 1982, le Cameroun a adopté l'approche d'Alma Ata qui consiste à intégrer les soins de santé primaires. En 2012, la politique nationale de santé communautaire a été adoptée et s'est traduit par la stratégie nationale intégrée des IDSC. Cette dernière stipule que tous les intervenants au niveau communautaire mettront leurs efforts au service de la communauté conformément aux principes directeurs que sont ; (i) l'alignement sur les politiques nationales, (ii) l'harmonisation et l'intégration du paquet des services à travers l'ASC polyvalent. À cet effet, tous les intervenants communautaires au niveau des DS verront leurs capacités renforcées pour les 3 pathologies (VIH/TB/paludisme). Bien que le mandat des différentes catégories d'agents communautaires soit défini en fonction de leur rôle, par ex APS dans les FOSA, ASC polyvalents dans les zones rurales, ACRA dans les zones défavorisées des zones urbaines, la

vision stratégique du plan de santé communautaire vise à améliorer l'accès aux services des populations quel que soit le type de maladie. Durant la mise en œuvre de la présente demande, les différents programmes bénéficiant de la contribution communautaire (ASC, ACRA, APS, PE) harmoniseront les différentes approches et les pratiques, afin d'assurer une complémentarité car il existe un enjeu de santé publique et financier important afin d'assurer l'équité de l'accès aux services.

ORIGINAL

6. Éléments affectant le système de santé dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest (NOSO)

La situation sécuritaire demeure complexe dans les régions du NOSO, en particulier dans certains DS et aires de santé où des FOSA ont été endommagées. Certains personnels de santé ont dû quitter leurs postes avec pour conséquence la réduction de l'accès aux services de santé de base. Au 31 décembre 2019, la proportions 50% des FOSA étaient non-fonctionnelles dans les DS d'Ako, 21% à Batibo, 16% à Nkambe et Bafut, et 19/21 CDT étaient fonctionnels (rapport revue DHIS Nord-Ouest). Dans la région Sud-Ouest, 47% des FOSA sont restées fonctionnelles, 13% partiellement et 28% temporairement fermées en 2018. A ce jour, 04 CDT sont fermés (hôpital de district d'Akwaya, hôpital CDC de Mokonji, hôpital apostolique de Banga Bakundu et CMA Mbonge) et 03 CDT fonctionnent à temps partiels (l'hôpital Mary of Health de Fontem, l'hôpital de District de Mundemba et l'hôpital protestant de Manyemen). La situation a connu une amélioration au cours de l'année 2019 avec une augmentation des FOSA fonctionnelles à 71% (analyse situationnelle riposte Sud-Ouest 2018).

Malgré ce contexte délétère, les interventions de la réponse au VIH ont été maintenues. Ainsi, dans la région du Sud-Ouest, l'identification des PVVIH est restée faible mais a connu une légère progression entre 2018 et 2019 avec respectivement 45% et 50% des PVVIH identifiés (rapport revue DHIS 2018 et rapport annuel Sud-Ouest 2019). Le taux d'enrôlement global au TARV des PVVIH identifiés (nouveaux et anciens) a augmenté, passant de 65% en 2018 à 80% en 2019. L'évolution de la file active de façon globale est positive au cours de deux dernières années. L'évolution positive observée en 2018 pourrait être liée à la réouverture de plusieurs formations sanitaires (71% des FOSA fonctionnelles contre 47% en 2018), à l'organisation des campagnes de recherche active des perdus de vues (PDV), le renforcement des sites en ressources humaines pour la recherche des PDV (accompagnateurs psychosociaux). La couverture programmatique en CPN a considérablement baissé, passant de 51% en 2017 à 43.2% en 2018 puis 41% en 2019. Concernant la Tuberculose, les interventions de détection et prise en charge ont été maintenu dans la région du Sud-Ouest. Le taux de notification de nouveaux cas a connu une légère progression entre 2018 et 2019 avec respectivement 56% et 59% (rapport revue DHIS2 et rapport annuel du GTR TB du Sud-Ouest 2018 et 2019). Le taux de succès thérapeutique pour la région est faible et il a régressé de 87.3% en 2017 pour 85.3% en 2018. Tous les malades ont systématiquement été testés pour le VIH en 2018 et 2019 avec un taux de positivité de 35% et 33% respectivement. 97.7% des patients coinfectés ont été mis sous ARV en 2019.

La réponse a été plus affectée dans la région du Nord-Ouest. Le taux d'enrôlement au TARV n'a pas cessé de diminuer, atteignant 17% de baisse entre 2017 et 2018 et 38% entre 2018 et

2019. Le volume de la file active de PVVIH a augmenté progressivement au cours de l'année 2019 sans jamais atteindre les chiffres de 2018. Cette amélioration étant liée à la mise en œuvre de stratégies de dispensation communautaire des ARV en faveur des personnes en situation d'urgence. La couverture en CPN est restée faible, passant de 56% à 48% entre 2018 et 2019 respectivement. Les DS d'Ako, Bafut et Mbengwi ont eu des couvertures de moins de 40% sur les deux années successivement. Au cours de l'année 2019, 854 cas de tuberculose ont été diagnostiqués sous toutes leurs formes dans la région du NW contre 1808 cas en 2015. Batibo, Acha-Tugi, Bafut, Jakiri et Mbengwi n'ont signalé aucun cas au cours de l'année 2019. Les autres CDT n'ont notifié que très peu de patients par rapport aux années précédentes. Malgré l'atmosphère délétère dans la région du nord-ouest, ils ont réussi à maintenir un taux de réussite élevé pour leurs patients sous traitement. Le taux de succès thérapeutique de la cohorte 2018 est de 93% (de 88% en 2014).

Des mesures ont été prises pour atténuer les effets de la crise, en l'occurrence : l'offre du dépistage ciblé et le lien au traitement ; le remboursement des frais de transport ; la mise en œuvre de stratégies différenciées dans la dispensation des ARV (la dispensation en dehors des heures d'ouverture ; la dispensation multi-mois du traitement ARV ; la collecte groupée des ARV pour les familles ; la dispensation communautaire des ARV dans les PODIC, au sein des groupes de soutien ou à domicile ; la dispensation aux personnes déplacées internes en dépannage et facilitation du transfert vers des nouveaux sites de prise en charge ; la création d'un groupe de travail régional. A signaler également des mesures comme la collecte des données au travers des groupes WhatsApp, la formation du personnel des FOSA non CDT à la référence et aussi détection et prise en charge de la tuberculose comme structures satellites des CDT, l'appui du projet CHECK-TB dans le transport des échantillons. La communauté a également été impliquée dans la sensibilisation et la recherche des PDV.

Des difficultés persistent néanmoins, affectant négativement les performances des programmes. Les confrontations armées mettent la vie des prestataires de santé en péril. Les opérations villes-mortes et l'accès géographique difficile à certaines zones à cause des barricades et de la destruction des routes rendent la distribution des intrants et médicaments liées au VIH et la TB plus difficile. La fermeture ou le fonctionnement partiel de certaines FOSA, l'insuffisance ou l'absence de personnel de santé formé à la prise en charge du VIH ou de la TB, ainsi que la mobilité des populations (déplacés internes et réfugiés) dans les zones où le conflit est intense sont autant de conditions qui réduisent l'offre de services de soins de qualité.

7. Création d'un environnement favorable à l'élimination des obstacles liés aux droits humains dans le VIH

Le PSN 2021- 2023 prenait compte deux interventions clés des droits humains pour rendre l'environnement favorable à la réponse au VIH. Il s'agit (i) de la réduction de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH à l'encontre des PVVIH et des populations clés et vulnérables (ii) et l'accompagnement juridique des PVVIH, des populations clés et vulnérables victimes de stigmatisation et de discriminations liées au VIH.

7.1. Réduction de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH

En attendant les résultats de l'étude sur l'index stigma prévue en 2023, l'évaluation à mi-parcours de l'initiative « Lever les obstacles liés aux droits humains » conduite par le Fonds mondial en juillet 2022 et l'analyse situation de l'environnement des droits humains réalisée dans le cadre de cette demande de financement révèlent une amélioration de la stigmatisation dans les formations sanitaires (FOSA). Cela est dû principalement au travail des accompagnateurs psychosociaux (APS).

7.2. Réalisations concernant la promotion et la protection des droits humains

Au cours de la mise en œuvre du PSN, les programmes liés aux droits humains ont été financés principalement par le Fonds Mondial (3 698 587 €), le PEPFAR, Expertise France (projet Proximité), COC Nederland, SMART Grant Canada, GIZ, Amplify Change, Ambassade Suisse.

Le plan quinquennal genre et droits humains a été validé depuis 2020 par l'ICN et sa mise en œuvre relève de la compétence du SR qui est GIZ.

En effet, ce plan a été bâti selon les résultats de l'étude « **health** » menée en 2017 et qui a identifié des obstacles à l'accès aux soins chez certaines cibles. Comparativement au NFM2, le NFM3 offre des actions à plus haut impact pour lutter contre les aspects liés aux droits humains, car inspiré du plan quinquennal.

- le SR GIZ a identifié trois organisations SSR dont : JAPSO, ALTERNATIVES et RENATA qui devraient couvrir le pays (pas de précisions si elles sont sélectionnées par types de populations clés ou par zones géographiques). Ces trois organisations à leur tour devraient contractualiser avec des cliniques juridiques ;
- A ce jour, les contrats avec ces SSR de GIZ ne sont pas signés du fait que la convention Care-GIZ n'est pas encore signée. En effet, GIZ respecte les procédures de son siège pour

la signature, malgré la finalisation de la convention. Il y a lieu de craindre de lourdes procédures.

- CAMNAFAW a collaboré avec des observatoires sur la question des Droits Humains notamment :
 - a. Healthy Mboa : de la coalition nationale des OSC (qui bat de l'aile)
 - b. Treatment access watch (TAW) de l'ONG Positive Generation (2020)
 - c. La plateforme UNITY (LGBT centrée)

Le partenariat avec Positive Generation - CAMNAFAW a été très fonctionnel avec le TAW en 2020. Seulement, CAMNAFAW qui soutenait cet observatoire avait de la peine à mettre sur pied une collaboration avec la plateforme UNITY, mais aussi à mettre sur pied un véritable regard analytique sur les indicateurs afin de ne pas seulement se limiter aux alertes.

Positive Generation et la plateforme UNITY demeurent cependant des forces sur lesquelles on peut s'appuyer.

Les principales recommandations à l'issue de l'analyse FFOM sont :

- accélérer le processus de contractualisation avec les SSR DH afin de pouvoir atteindre les résultats d'ici décembre ;
- améliorer la collaboration entre les différents observatoires par des réunions périodiques en vue d'une meilleure redevabilité ;
- prendre en compte ce référentiel (plan quinquennal) existant lors de la rédaction du prochain PNS et de la demande de financement au FM.

7.3. Accompagnement juridique des PVVIH, des populations clés et vulnérables victimes de stigmatisation et de discriminations liées au VIH

Au cours des trois dernières années de mise en œuvre du PSN VIH 2021-2023, des progrès considérables ont été réalisés en matière d'intensification des programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH² du fait de leur extension géographique et aux populations clés, en plus des PVVIH et leurs familles.

En effet la couverture géographique des programmes liés aux droits humains s'est élargie à un plus grand nombre de Régions à la fois aux PVVIH et aux populations clés. L'élargissement de

² Rapport CAMEROUN : Évaluation à mi-parcours Initiative « Lever les obstacles » [consulté en ligne, le 02 février 2023] sur https://www.theglobalfund.org/media/11820/crg_2021-midtermassessmentcameroon_report_fr.pdf . p21

la portée aux populations clés touchent désormais 21 districts des 10 régions pour les HSH et les PS, 10 villes pour les UD/UDI et dans une moindre mesure, 02 districts pour les personnes transgenres avec les subventions du Fonds mondial. Le PEPFAR a financé sur une année (octobre 2021 à septembre 2021) des programmes pour l'élimination des obstacles liés aux droits humains dans 7 villes (Yaoundé, Douala, Bamenda, Bafoussam, Kribi, Bertoua, Ngaoundéré).

L'accompagnement juridique des PVVIH, des populations clés et vulnérables victimes de stigmatisation et de discriminations liées au VIH se fait grâce à un réseau d'avocats bénévoles qui travaillent avec la plateforme UNITY. Leurs réalisations sont les suivantes : (1) rédaction d'un rapport national de violations et violences sur les minorités sexuelles de genre (MSG) ; (2) paiement mensuel pendant 36 mois de 3 conseillers juridiques ; (3) renforcement des capacités des associations de PVVIH pour la promotion des droits des PVVIH ; (4) validation du paquet standard des services juridiques ; (5) prise en charge de certains cas de VBG par les organisations à travers la création d'un groupe d'alliés ; (6) plaidoyer en direction des forces de maintien et leaders communautaires.

Les réalisations sur la période du PSN 2021-2023 se résument ainsi :

❖ Réduction de la stigmatisation et la discrimination

- L'élaboration d'un plan quinquennal 2020-2024 de lutte contre les obstacles liés aux droits humains et au genre;
- L'élaboration des documents normatifs et stratégiques avec les stratégies plus précises pour lutter contre la discrimination, stigmatisation et VIH chez le PvVIH et les inégalités liées au genre ;
- Mise en place d'un observatoire et du RAIL pour le règlement local des violations des droits des populations clés;
- Des formations de points focaux dans les OBC afin de collecter les données relatives aux violations des droits humains des PVVIH, populations clés et vulnérables dans les formations sanitaires, les familles et les communautés.
- Plusieurs séances de sensibilisation des populations clés et des leaders religieux et communautaires pour la déconstruction des idées préconçues et des préjugés sur les orientations sexuelles des HSH et des transgenre
- développement et diffusion de deux campagnes multimédia autour de la Stigmatisation & Discrimination (S&D) et Indétectable =Intransmissible (I=I).

- collaboration avec 03 Associations de PVVIH pour la promotion des droits des personnes vivant avec le VIH et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH : RECAP+, RECAJ+, CEAM ;
- tenue d'une cérémonie du Candlelight avec la participation effective des associations de PVVIH, des leaders religieux, des jeunes, et des autorités administratives.

❖ Services d'assistances aux populations clés

- Ces services d'assistances juridiques ont été offert à 430 KP en 2020, assistances judiciaires à 70 KP en 2020, assistances médicales, nutritionnelles et familiales à 59 KP.
- L'ouverture de 3 drop-In centers dans des OBC à Buga, Dschang et Garoua où les services sont ouverts au bénéfice des tous les groupes de populations clés.

❖ Éducation juridique (connaître ses droits »)

- Les consultations auprès des structures communautaires qui encadrent les populations clés ont révélé que des campagnes massives d'éducatons juridiques ont permis à la majorité des populations clés (HSH, TG, TS et UDI) de connaître leurs droits ;
- Mobilisations des avocats.

❖ Sensibilisation des législateurs, autorités administratives, sanitaires et agents des forces de l'ordre pour favoriser l'environnement

- Sensibilisation et des rencontres de plaidoyer des législateurs, des autorités administratives locale (préfets, maires) des forces de l'ordre (les chefs de districts de police, les policiers) et les autorités sanitaires (plusieurs directeurs de districts sanitaires et des directeurs régionaux de santé) ;
- rédaction d'un rapport national de violations et violences sur les minorités sexuelles de genre (MSG).

❖ Formation des personnels de santé aux droits de l'homme et l'éthique médicale liée au VIH

- Grâce au projet PROXIMITÉ, financé par Expertise France, une douzaine (12) de médecins ont été formés les questions de droits de l'homme. Les consultations avec les populations clés et les PVVIH en marge de la revue du PSN 2021-2023 montrent que la réduction de la stigmatisation et de la discrimination est plus ressentie dans leurs relations avec les prestataires de soins. En effet, avec le recrutement des points focaux (APS) dans la quasi-

totalité des centres de prise en charge du VIH environ 3 formations sanitaires sur 4 est ouverts à prendre en charge les populations clés sans stigmatisations, ni discrimination.

- formation des volontaires (personnes vivant avec le VIH et leurs partenaires) sur les VBG ;
- éducation des femmes vivant avec le VIH et leurs partenaires sur les violences basées sur le genre.

7.4. Réalisations concernant le genre

Le Cameroun n'a pas réalisé de progrès importants dans la lutte contre la discrimination fondée sur le genre liée au VIH. Il existe divers programmes visant à lutter contre la violence basée sur le genre (par exemple le programme ado et jeune), à créer des systèmes de soutien pour les victimes de violence basée sur le genre, à améliorer les services de santé sexuelle et reproductive, à améliorer l'éducation sexuelle des jeunes et à créer des opportunités économiques, éducatives et autres pour les filles et les jeunes femmes en situation d'extrême pauvreté. Dans certains cas, ces programmes étaient directement liés et intégrés aux programmes de lutte contre le VIH.

- a. On note la formation des Pair-éducateurs des CPFF dans certaines villes sur les notions de VBG et VIH
- b. L'élaboration de la Stratégie Nationale de Lutte contre les VBG 2022 – 2026
- c. L'élaboration du plan sectoriel VIH femme et famille femmes et familles 21-26

7.5. Faiblesses des programmes de suppression des obstacles liés aux droits humains et au genre

❖ Au niveau des droits humains

Même si des progrès ont été réalisés en matière de réduction stigmatisation et de discrimination au cours des dernières années, des défis persistent qu'il faut surmonter, notamment:

- Le plan quinquennal 2020-2024 prend faiblement en compte les obstacles liés aux droits humains liés à la tuberculose. Une mise à jour s'impose dans la perspective du nouveau PSN.
- les programmes existants ne comprenant pas tous les éléments constitutifs d'une riposte globale pour éliminer les obstacles liés aux droits humains liés au VIH

- L'étude non actualisée (2012) sur l'index de la stigmatisation ne permet pas d'avoir des données récentes, au niveau national, sur l'expérience de stigmatisation et discrimination vécues par les PVVIH et les groupes de populations clés au sein des services de santé, dans le milieu de travail, dans la communauté, et la famille.
- L'absence de mesures et d'un plan visant à réduire les normes sexospécifiques néfastes et la violence contre les femmes et à augmenter leur autonomisation juridique, sociale et économique dans le contexte du VIH : En effet la polygamie (le fait d'avoir plusieurs femmes offre des portes d'entrer du VIH dans les couples, il suffit qu'une seule personne soit infectée pour que le reste le soit); l'autorisation de préalable du mari avant que la femme ne fréquente un centre de service de santé (une femme peut être infectée par son conjoint et ne pas pouvoir avoir accès à la prise en charge du VIH) et les mariages forcés sont des moteurs démontrés, de la vulnérabilité de la femmes à l'infection du VIH.
- Un contexte légal, règlementaire et politique marqué par un environnement complexe où les populations clés continuent d'être criminalisés et stigmatisés pour leur orientation sexuelle, le commerce du sexe et l'usage de drogues.

❖ **Au niveau du genre**

Les programmes de lutte contre le VIH tiennent faiblement compte des hommes dans la PTME et des OEV.

❖ **Au niveau du suivi évaluation**

Les retards accusés dans la signature du contrat entre GIZ et le PR responsable de la mise en place du système de remontée des données relatives aux droits humains n'a pas permis du plan quinquennal genre et droits humain.

Les principales recommandations à l'issue de l'analyse FFOM sont :

1. Mettre à jour le plan quinquennal de suppression des obstacles liés aux droits humains liés au VIH et à la Tuberculose budgétisé avec des indicateurs de mesures de la performance. Ce plan devra avoir des activités à haut impacts et cohérentes entre elles
2. Recruter un consultant et faire l'étude sur l'index de la stigmatisation et la discrimination du VIH

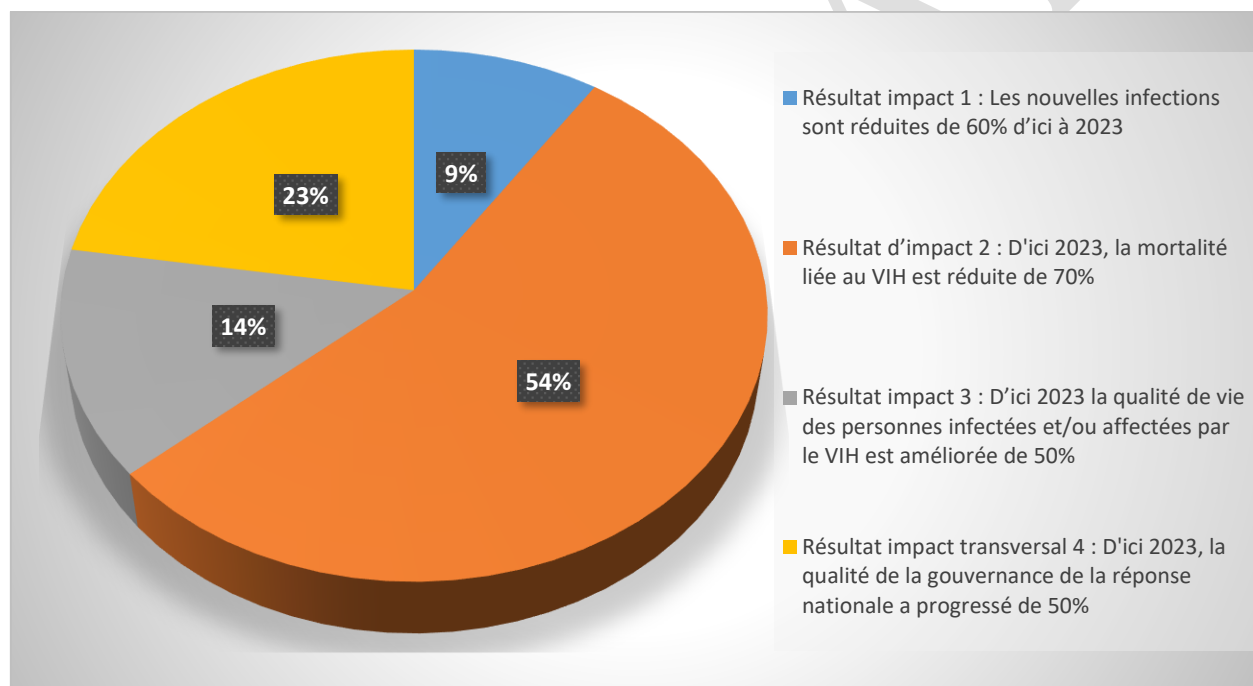
3. Renforcer les programmes de suivi au niveau communautaire existants en soutenant leur mise à l'échelle ; en veillant à ce que les pairs assistants juridiques deviennent des observateurs qui signalent les cas ; et en les reliant aux comités d'atténuation des risques afin de garantir que des situations spécifiques soient traitées rapidement.
4. Intégrer le suivi dirigé par la communautaire (CLM) à l'observatoire et au RAIL géré par la plateforme UNITY aux programmes de prestation de services VIH par l'intermédiaire de pairs éducateurs, d'assistants juridiques et de volontaires communautaires travaillant dans les établissements de santé, et veiller à ce que les résultats soient utilisés pour remédier aux comportements ou pratiques problématiques le cas échéant.
5. Élaborer un plan de plaidoyer pour commencer à lever les principaux obstacles politiques, règlementaires et juridiques aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose destinés aux populations clés et vulnérables. Ce plan doit identifier des objectifs de plaidoyer réalisables à court terme, et définir une stratégie à plus long terme pour lutter contre les effets préjudiciables de la criminalisation des populations clés.
6. Intensifier les efforts visant à « rendre plus populaires » et vulgarisées les lois et les politiques destinées à protéger les adolescentes et les jeunes femmes contre les pratiques sociales et culturelles néfastes. Des efforts plus importants, collaboratifs et bien coordonnés, notamment entre le gouvernement et les partenaires de la société civile, sont nécessaires pour combler cette lacune.
7. Soutenir les organisations communautaires qui travaillent avec les femmes et les jeunes filles pour surveiller la mise en œuvre des dispositions du code pénal interdisant des actes tels que le mariage forcé, les abus sexuels et les agressions sexuelles, les mutilations génitales féminines et le repassage des seins.
8. Les organisations communautaires, les partenaires techniques et le CNLS devraient étendre la couverture de l'approche intégrée de la prise en charge et de la prévention de la violence basée sur le genre parmi les populations clés et vulnérables.
9. Suivi rapprocher du plan d'accélération avec la GIZ
10. renforcer le leadership du MINPROFF sur les questions de droit humains et les VBG

8. Analyse financière de la riposte nationale

8.1. Répartition du Besoin en Financement du PSN 2021 – 2023 par Résultats d'Impact

Le budget global triennal pour la mise en œuvre du PSN 2021-2023 a été estimé à **285 908 394 602 FCFA**, la prise en charge devant être assurée par le Gouvernement camerounais appuyé par les partenaires techniques et financiers internationaux, dont les principaux sont le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose et le mécanisme PEPFAR.

Le plan opérationnel budgétisé se décline en quatre résultats d'Impact hormis les coûts de gestion suivant le graphique ci-dessous :

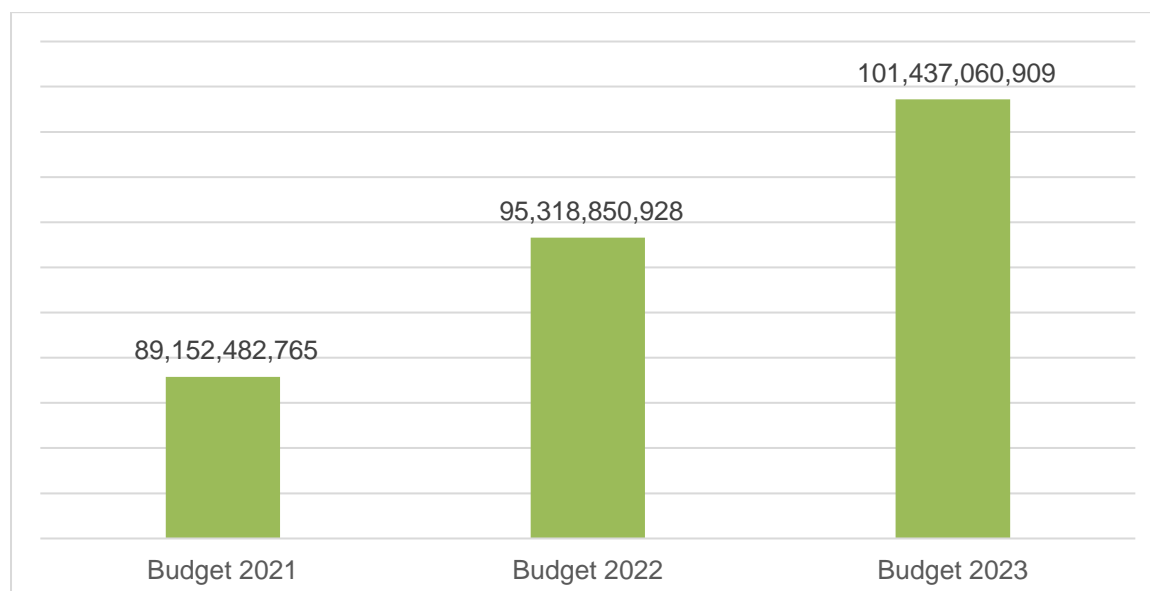


Graphique 1: Répartition du poids du budget du PSN 2021-2023 par impact

Le coût du Résultat d'Impact 2 (*d'ici 2023, la mortalité liée au VIH est réduite de 70%*) représente à lui seul 54% du budget global sollicité pour la période, avec un montant de **155 261 584 053 FCFA**. Tandis que celui du Résultat d'Impact 1 (*d'ici 2023, les nouvelles infections sont réduites de 65%*) et les Coûts liés au Résultat d'impact 3 (*D'ici 2023 la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH est améliorée de 50%*) constituent respectivement de 9 % (**39 577 485 608 FCFA**) et 23 % (**64 330 314 963 FCFA**) du budget global sollicité, comme le démontre le diagramme ci-dessus.

8.2 Répartition du Besoin en Financement du PSN 2021 – 2023 par année

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Cameroun a été élaboré pour une implémentation triennale après l'évaluation à mi-parcours effectuée en 2020. Il ressort de cette déclinaison que les besoins en financements vont croissant avec le temps. La ventilation annuelle du budget prévisionnel est présentée ci-après :

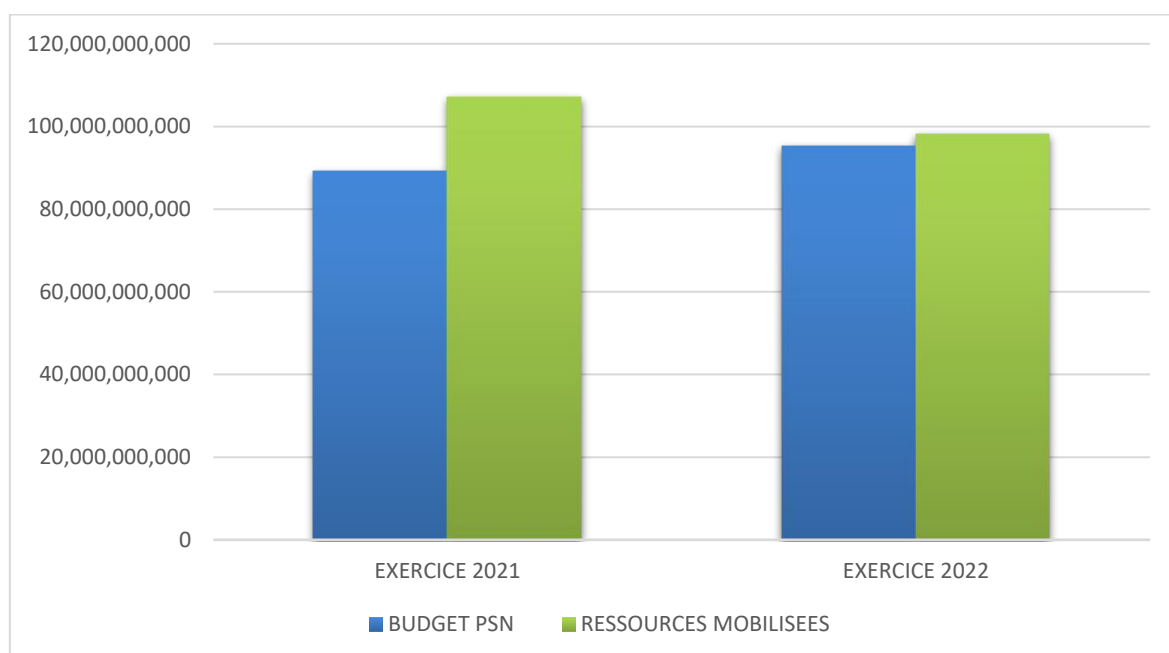


Graphique 2: Répartition annuelle du besoin de financement du PSN 2021-2023 en FCFA

8.3. Financement Mobilisé par les différents acteurs de mise en œuvre

Au cours des deux premières années (2021-2022) d'implémentation du Plan Stratégique Nationale, les financements mobilisés par le gouvernement camerounais et les principaux bailleurs au profit du CNLS (principal acteur de la riposte) et les autres partenaires d'implémentation s'élevaient à **205 176 932 626 FCFA** sur un montant prévisionnel de **184 417 333 693 FCFA** pour les deux premières années du PSN 2021-2023, soit un excédent de **20 759 598 933 FCFA** équivalent à 11% en valeur relative.

Comparativement à l'estimation globale des besoins financiers qui se chiffrent à **285 908 394 602 FCFA** pour les trois années, il est enregistré au terme des deux premières années un taux de mobilisation des ressources de 72 %.



Graphique 3: Analyse comparée budget vs mobilisation au cours des deux premières années de mise en œuvre du PSN 2021-2023

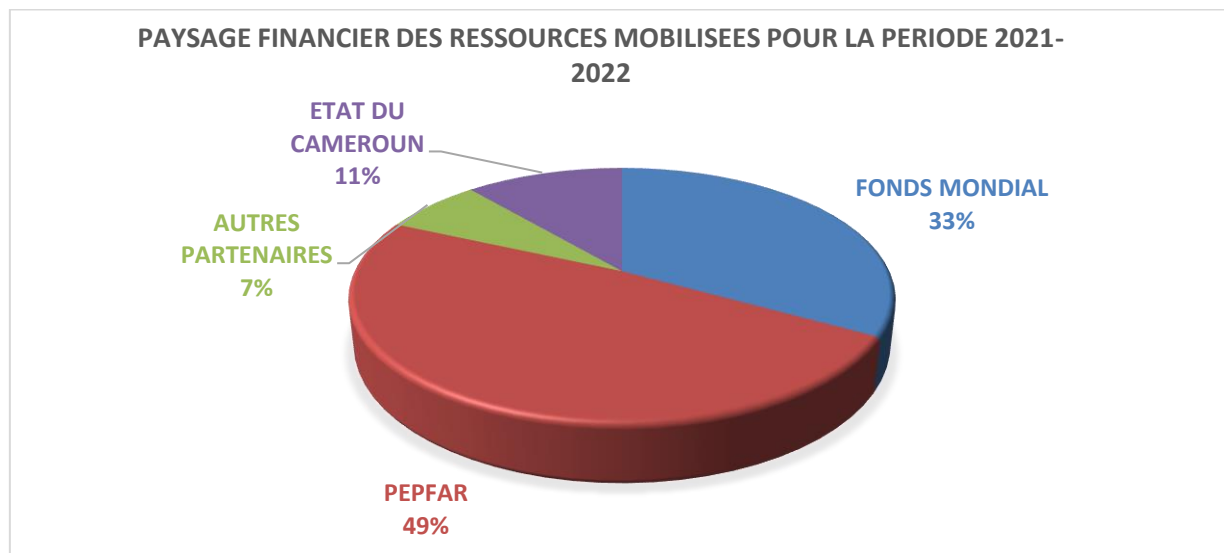
8.4. Paysage financier des contributions de financement pour la période 2021-2022

En fonction du champ d'action et de la spécialisation des acteurs de financement, les principaux bailleurs ont apporté au titre des exercices 2021 et 2022 un appui considérable pour l'implémentation du PSN 2021-2023 en cours. Les financements PEPFAR représentent presque la moitié des apports en financement (49%). Le Département d'Etat Américain via le mécanisme PEPFAR constitue ainsi au côté du Fond Mondial un partenaire stratégique dans la riposte du VIH au Cameroun. Les financements Fonds Mondial/PEPFAR et les autres Partenaires Techniques et Financiers (PTF) représentaient à eux seuls, près de **89%** des ressources mobilisées pour la période sous revue 2021-2022 soit **182 092 805 253FCFA**.

Tableau 12: Cascade de la situation de l'absorption des ressources financières au cours des deux premières années de mise en œuvre du PSN 2021-2023

ORGANISMES DE FINANCEMENT	BUDGET DES RESSOURCES 2021-2022	DECAISSEMENT DES RESSOURCES 2021-2022	DEPENSES 2021-2022
FONDS MONDIAL	62 154 023 082	67 902 174 823	54 169 158 604
PEPFAR	108 497 060 673	99 783 719 513	92 226 180 645
AUTRES PARTENAIRES	19 471 398 645	14 406 910 918	14 406 910 918
ETAT DU CAMEROUN	27 045 183 657	23 084 127 373	11 119 918 592
TOTAL 2021-2022	217 167 666 057	205 176 932 626	171 922 168 760

Source : PUDR NFM3, COP 21 et 22, Rapport annuels 2021 et 2022



Graphique 4 : Poids en % de chaque bailleur dans la mobilisation des ressources financières 2021-2022

L'appui du gouvernement camerounais à travers les Fonds de Contrepartie, le financement des User Fees et l'achat des indicateurs PBF quant à lui, reste modeste avec une contribution de **11%** au financement de la riposte pour la période considérée (**23 084 127 373 FCFA**).

9. Démarche de priorisation

Les recommandations issues de la revue du PSN 2021-2023 et les priorités d'action ont été discutées avec l'ensemble des parties prenantes. Elles forment un appel ambitieux à l'action, pour renforcer et étendre la mise en œuvre des programmes de prévention et de traitement, chez les adultes, adolescents, enfants et personnes âgées.

La démarche de priorisation s'est appuyée sur les trois principes d'analyse proposée par l'ONUSIDA et l'OMS :	
Connaître et comprendre le contexte des épidémies "Know your epidemic"	L'analyse de la situation épidémiologique du VIH s'est focalisée sur la dynamique des épidémies au niveau de la population générale, des populations clés et des populations vulnérables
Analyser les données centrées sur les personnes et leur contexte de risque "Know your people"	La prise en compte des aspects droits humains et genre qui affectent les programmes, afin de lever les obstacles qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH au Cameroun.
Analyser les données liées au système "Know your system"	L'établissement des liens avec les interventions de renforcement du système de santé et le contexte du Cameroun en termes de RSS, et de ses capacités de mettre en œuvre les priorités du VIH
Priorisation géographique Choix des Régions prioritaires	1) la densité de la population, 2) la prévalence du VIH, 3) l'incidence parmi les populations clés et vulnérables et le croisement des vulnérabilités, 4) la mortalité, 5) les cibles attendues des populations clés et vulnérables, 6) l'analyse des lacunes programmatiques, 7) la file active des PVVIH dans les régions et 8) la prise en compte des populations en contexte d'insécurité.

9.1. Groupes de populations prioritaires pour la période 2024-2030

En matière de réduction des nouvelles infections, les interventions de prévention doivent cibler les groupes prioritaires suivant par ordre : (1) Enfants exposés, (2) Enfants de moins de 10 ans, (3) Femmes enceintes, (4) Adolescents et jeunes surtout les jeunes filles, (5) Populations clés (HSH, TS, Transgenre, UD), (6) Forces armées, (7) Réfugiés et déplacés internes.

En matière de réduction de la mortalité liée au VIH et aux comorbidités, les interventions de traitement et de prise en charge doivent cibler les groupes prioritaires suivant par ordre : (1) PVVIH - Enfants de moins de 10 ans, (2) PVVIH – Adolescents et adultes de 15 à 49 ans, (3) Adultes de 50 ans et plus, (4) Femmes enceintes, (5) Populations clés (HSH, TS, Transgenre, UD), (6) PVVIH porteurs de comorbidités (TB/Hépatites virales/Maladies chroniques), (7) Enfants exposés.

En matière d'élimination des obstacles à l'atteinte des résultats en matière de VIH et de levée des barrières liées à l'accès aux services VIH, les interventions doivent cibler les groupes prioritaires suivant par ordre : (1) PVVIH, (2) Adolescents émancipés de 15 à 21 ans, (3) Populations clés (HSH, TS, Transgenre, UD/UDI), (4) Prestataires de santé.

Tableau 13: Résumé des cibles prioritaires

PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> • Adultes, notamment les femmes • Adolescents et jeunes (15-24 ans)
-------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants (0-14 ans) • Malades co-infectés VIH/TB, VIH/HVB, VIH/HVC
Populations clés	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de sexe • Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes • UD /UDI • Détenus
Adolescents et jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescents et jeunes de 10-24 ans scolarisés • Adolescents et jeunes de 15-24 ans non scolarisés (portefaix, jeune en apprentissage de métier, enfants de la rue, jeunes domestiques, jeunes en situation de handicap, etc...)
Populations vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Les forces armées et autres hommes et femmes en uniforme • Femmes enceintes • Transporteurs routiers • Populations réfugiées et déplacées • Personnes en situation de handicap • Travailleurs des pôles économiques • Transgenre • Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV)

9.2. Zones géographiques prioritaires pour la période 2024-2030

Au vu de la tendance des nouvelles infections et de la prévalence par région et groupe de populations, les régions du Sud, de l'Est, du Sud-Ouest, du Nord-Ouest ainsi que du Nord méritent d'avoir un regard particulier ajoutée à celles du Centre et du Littoral en raison du poids des personnes sous traitement.

Il existe aussi une liste des districts prioritaires pour l'e-TME.

9.3. Stratégies et Interventions prioritaires pour la période 2024-2030

En conclusion, les efforts accomplis par le Cameroun dans la riposte à l'épidémie de VIH sont importants et portent leurs fruits, ainsi que le montrent les tendances évolutives de l'épidémie et les principales réalisations effectuées en 2021-2022. Il s'en dégage des priorités pour la période à venir du PSN, qui sera étendue jusqu'en fin 2030 pour coïncider avec le cycle de financement du Fonds mondial. Elles portent sur l'ensemble des domaines clés de la riposte et devront orienter la replanification à l'œuvre pour la période 2024-2030.

Un ensemble de 17 priorités issues de l'exercice de revue du PSN, sont énoncées ci-dessous

Priorité 1 : Contribuer à la réduction des nouvelles infections liées au VIH et autres comorbidités (TB et hépatites virales) parmi les populations les plus touchées, en particulier en amplifiant les mesures de prévention combinée incluant l'intensification de la communication pour le développement adaptée aux cibles, la distribution des préservatifs et le dépistage du VIH et le développement d'un plan de communication à travers le changement social et comportemental par groupe prioritaire. Il s'agit également d'évaluer l'expérience actuelle de l'auto dépistage du VIH et la PrEP et développer des approches innovantes telle que le modèle cohérent PrEP avec le choix des populations bénéficiaires et le passage à échelle à d'autres groupes de population vulnérable, la prise en compte de la santé sexuelle à partir de l'intégration de services adressés aux jeunes (SSR), la prise en compte de l'offre de la planification familiale et la disponibilité de tous les moyens de prévention notamment les préservatifs et lubrifiants disponibles au niveau des FOSA et des sites communautaires.

Priorité 2 : Identifier les cas VIH+ dans la cible des enfants, des adolescents, des populations clés à travers la mise à l'échelle des stratégies porteuses de dépistage différencié et ciblé déjà mise en œuvre pour atteindre efficacement ces populations notamment l'Index Case Testing, le dépistage initié par le prestataire en communauté et le dépistage dans les portes d'entrée clés de la formation sanitaire ou de la communauté. S'assurer du « lien au traitement » des personnes testées positives pour un accompagnement continu et garantir le maintien dans les soins ;

Priorité 3 : Eliminer la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B, à travers l'intensification du dépistage et la prise en charge des trois maladies, l'accélération du diagnostic précoce à 6 semaines et entre 6 semaines et 12 mois, le suivi du couple mère-enfant jusqu'au statut final, les interventions auprès des femmes enceintes VIH+ notamment la rétention des femmes enceintes VIH+ dans le continuum des soins et la mise en œuvre du plan d'élimination avec ses déclinaisons régionales et nationales ;

Priorité 4 : Assurer la triple élimination du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B dans le cadre de la TME. Cela nécessite une accélération des interventions (offre de dépistage au niveau des CPN) auprès des femmes enceintes et des nouveaux nés qui constituent une cible prioritaire pour le Cameroun, par la prise en compte du cycle de vie et le mise en œuvre du plan d'élimination avec déclinaisons régionales et nationales. Il s'agit de cibler les régions à forte prévalence prioritairement selon l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse. Elimination/Certification à horizon 2027/2028. Assurer la disponibilité continue du test VIH, Syphilis et Hépatites dans le paquet gratuit offert à toutes les femmes enceintes attendues y compris la prévention et le traitement du cancer du col de l'utérus. Les professionnels de santé doivent être formés et accompagnés afin que cette orientation stratégique se concrétise à tous les niveaux de la pyramide

Priorité 5 : Améliorer la couverture populationnelle en ARV pour l'atteinte du 2eme 95' dans le groupe des enfants, adolescents et femmes enceintes vivant avec le VIH en intensifiant les interventions de maintien en soins de ces cibles prioritaires particulièrement l'offre de services différenciés de prise en charge dans un contexte de décentralisation de la prise en charge pédiatrique. Aussi il s'agit de veiller à rendre disponible les médicaments pour la prise en charge pédiatrique dans toutes les structures de prise en charge, avec un focus particulier sur les régions qui regroupent le plus grand nombre de PVVIH adultes et enfants. Renforcer la recherche précoce pour les enfants et adolescents sous traitement ARV pour détecter les résistances et procéder à un changement de ligne dès que possible. Pour assurer le maintien dans la dynamique de soins la prise en charge sociale des familles et liens avec la protection sociale est indispensable ;

Priorité 6 : Améliorer l'accès à la charge virale ainsi que la couverture populationnelle en charge virale pour tous les PVVIH mais particulièrement les enfants/adolescents et les femmes enceintes ;

Priorité 7 : Augmenter le taux de suppression virale dans le groupe des enfants, adolescents et femmes enceintes vivant avec le VIH à travers la mise à échelle des interventions telles que le passage à échelle des protocoles à base de Dolutégravir ou autres IP, le soutien et l'éducation thérapeutique des PVVIH en général et la mise en œuvre du plan de lutte contre la pharmaco résistance ;

Priorité 8 : Développer une approche holistique prenant en compte tous les aspects de la personne (médical, psychologique, sexuel et social), en vue de lutter contre les coinfections et les comorbidités, d'améliorer la couverture ARV chez les PVVIH et les populations clés au-delà des objectifs mondiaux de « 95-95-95 » pour le traitement contre le VIH avec augmentation de la file active donc meilleure cascade qui sera illustrée dans chaque région avec définition de cibles (zones géographiques), renforcement du suivi biologique et suppression virale, renforcement du continuum des soins, pour réduire les ruptures de soins en améliorant l'accompagnement psychologique, social et juridique. Révision des orientations de la prise en charge psychosociale en vue de disposer d'un document national qui harmonise les normes entre tous les acteurs communautaires impliqués dans ce domaine ;

Priorité 9 : Réduire les décès liés au VIH ; avec un effort particulier sur le dépistage, diagnostic et prise en charge des comorbidités les plus fréquentes tels que l'hypertension, le diabète et les hépatite B et C. Pour les femmes un dépistage systématique du cancer du col de l'utérus doit être priorisé.

Priorité 10 (transversale) : Créer un environnement favorable pour lever les obstacles d'accès aux services liés aux droits humains et au genre afin d'atteindre les objectifs 10-10-10 mondiaux

d'élimination du VIH. Elaboration/actualisation du plan spécifique et opérationnel de promotion des aspects genre et droits humains et VIH intégrés aux programmes et initiatives nationales de lutte contre les violences basées sur le genre, les violences sexuelles. L'actualisation du plan doit s'appuyer sur les résultats de l'index stigma qu'il est nécessaire d'actualiser. Le passage à l'échelle des projets de réduction des risques en cours, notamment le plaidoyer pour la réduction des violences envers les populations engagées dans les programmes visant la réduction des risques. Le renforcement du cadre de concertation entre tous les acteurs de lutte contre les violences et de promotion du genre en lien avec les ministères concernés, y compris le ministère de l'intérieur, de la sécurité Mettre à jour le plan quinquennal de suppression des obstacles liés aux droits humains liés au VIH et à la Tuberculose budgétisé avec des indicateurs de mesures de la performance. Ce plan devra avoir des activités à haut impacts et cohérentes entre elles. Renforcer les programmes de suivi au niveau communautaire existants en soutenant leur mise à l'échelle ; en veillant à ce que les pairs assistants juridiques deviennent des observateurs qui signalent les cas ; et en les reliant aux comités d'atténuation des risques afin de garantir que des situations spécifiques soient traitées rapidement. Intégrer le suivi dirigé par la communautaire (CLM) à l'observatoire et au RAIL géré par la plateforme UNITY aux programmes de prestation de services VIH par l'intermédiaire de pairs éducateurs, d'assistants juridiques et de volontaires communautaires travaillant dans les établissements de santé, et veiller à ce que les résultats soient utilisés pour remédier aux comportements ou pratiques problématiques le cas échéant ;

Priorité 11 (transversale) : Développer des approches différenciées en prévention, dépistage et prise en charge (dépistage, initiation, distribution communautaire), en particulier pour les populations insuffisamment prises en compte, intégrant notamment une politique de réduction des risques chez les usagers de drogues (UD)

Priorité 12 (transversale) : Renforcer le système de suivi et évaluation, afin qu'il soit clarifié, fonctionnel et immédiatement opérationnel, et qu'il intègre les données issues des acteurs communautaires. Bâtir le système de suivi évaluation pour la gestion des données du laboratoire y compris des Point Of Care. Ceci permettra de relever la plupart des défis auxquels fait face le programme en termes de collecte, suivi, analyse et diffusion et utilisation des données issues des examens de charge virale des PvVIH sous traitement et des dépistages précoces pour les enfants exposés. Bâtir un système de suivi évaluation des activités communautaires. Il conviendra de définir et standardiser les interventions ainsi que les indicateurs communautaires. Aussi, les timings de collecte et de remontée des données devront être définis ainsi que le cadre d'analyse de toutes ces informations produites par ces acteurs. Opérationnaliser le système de collecte et de remontée des données de suivi des intrants dans le pays depuis le niveau FOSA jusqu'au niveau central en prenant en compte les attentes de

tous les partenaires. La responsabilisation des DS dans le contrôle de la qualité des données. Réviser les outils de collecte et intégrer les indicateurs manquants dans le DHIS2 (VIH, IST et Hépatites virales dans le cadre du nouveau Plan Stratégique National. En ce qui concerne la recherche opérationnelle, il s'agit d'élaborer un plan de recherche et d'identifier les priorités de recherche : mettre en œuvre à fréquence régulière les études bio comportementales de surveillance épidémiologique chez les populations clés et vulnérables. Étendre et redynamiser la surveillance basée sur les cas dans les sites de prise en charge des cas VIH, plan d'achat 2023 dans le pipeline étendre la surveillance sentinelle des femmes enceintes pour les trois maladies et redynamiser les comités de surveillance pour la pharmacovigilance.

Priorité 13 (transversale) : Renforcer l'engagement du système communautaire à tous les niveaux, notamment à travers la mise en œuvre de contrats de prestations basé sur les résultats et l'engagement mutuel vers l'atteinte des objectifs nationaux. Mieux définir la composition du système de santé en prenant en compte les OSC, les réseaux et plateformes, les centres communautaires, les sites de dépistage et de traitements et tous les intervenants communautaires (Éducateurs pairs, accompagnateurs psycho-sociaux, pairs navigateurs, mères mentors couples modèles etc.) dans la pyramide sanitaire au-delà des ASC. Redynamiser les cadres de coordination des organisations de la société civile, réseaux, associations, au niveau décentralisé. La prise en compte dans la politique nationale de santé communautaire des autres intervenants communautaires à l'instar des ASC. Il s'agit concrètement de codifier les différents acteurs communautaires engagés dans le système de santé et non pris en compte dans le système national : définir les modes de recrutement, profil de base, le système de formation de base/continue et le mentoring, la politique de rémunération et de motivation, le système de supervision, le système de monitoring et de reportage, etc...

Priorité 14 (transversale) : Renforcer le système de gestion des approvisionnements et des stocks VIH pour améliorer la disponibilité des ARV pour les cibles prioritaires telles que les enfants et adolescents, réduire les ruptures et tensions de stocks en intrants clés tels que les tests de dépistage, ARV et réactifs de laboratoires. Par ailleurs, renforcer le fonctionnement des laboratoires et optimiser leur rendement pour les programmes. Suivre les difficultés logistiques à gérer les retours en stock (logistique inverse) des FOSA vers les magasins du FRPS. Faire de sorte que tous les PTF respectent le circuit d'approvisionnement et déposent les intrants directement dans les sites de prise en charge ou dans les districts de santé ;

Priorité 15 (transversale) : Améliorer la gouvernance et renforcer la coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec un renforcement particulier de la coordination de la lutte au niveau des Districts de Santé en intégrant toutes les interventions des partenaires dans le plan d'action du District et en mettant des ressources à disposition tout en prenant en compte

le développement d'une stratégie de communication institutionnelle des interventions et des résultats du programme.

Priorité 16 (transversale) : Prendre en compte les questions spécifiques du VIH en situation humanitaire au Cameroun

Priorité 17 (transversale) : Financer pleinement et soutenir une riposte efficace au VIH et l'intégrer dans le système de santé, de protection sociale, humanitaires et de ripostes aux pandémies. Mobiliser les ressources domestiques pour soutenir la réponse contre le VIH. Renforcer la redevabilité de tous les intervenants dans le secteur en rendant compte des activités et des ressources engagées. Capitaliser la contribution des partenaires du secteur privé dans la lutte contre le VIH. La prise en compte des structures communautaires en charge des volets critiques de la riposte dans le budget national et les financements des partenaires de la riposte.

ORIGINE

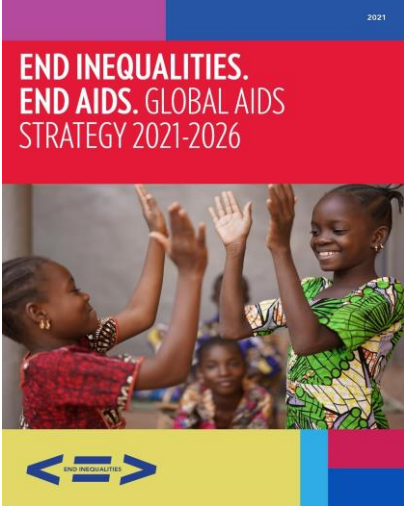


Chapitre II

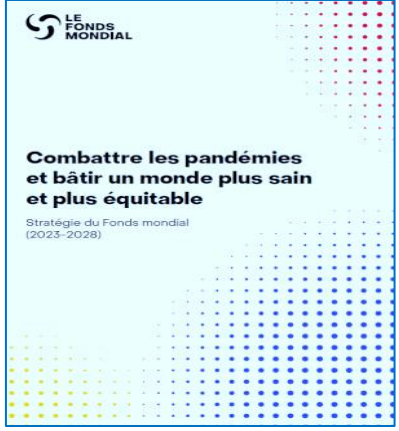

1. Plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida et les IST

1.1 Les référentiels internationaux et nationaux

Le Plan Stratégique National pour la lutte contre le VIH et les IST du Cameroun de 2024-2030, repose sur des lignes directrices nationales et internationales. Il s'agit, des Objectifs de Développement Durable d'ici 2030, en particulier les cibles de l'ODD 3 « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », liés à la réduction des inégalités dans l'accès à la prévention et aux soins.

Trois documents nationaux ont constitué la source d'inspiration du PSN : Stratégie Nationale de Développement 2020 – 2030, l'AGENDA DE TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE CAMEROUNAIS LE TEMPS D'AGIR et STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2016-2027, STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2016-2027 et enfin, Plan santé numérique 2020-2024.

	<p>La nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021–2026) vise à éliminer les inégalités qui sont à l'origine de l'épidémie de sida et à placer les populations au centre des efforts déployés pour que le monde puisse mettre fin au sida. La nouvelle stratégie est audacieuse. Elle définit un cadre d'action transformateur pour éliminer ces inégalités d'ici 2025 et placer chaque pays et chaque communauté sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030. Pour favoriser les progrès vers ces résultats transformateurs, la stratégie place la lutte contre les inégalités au centre de son approche visant à guider et à orienter l'action dans l'ensemble de la riposte au VIH, notamment en garantissant des normes optimales en matière de planification et de prestation de services, en éliminant les obstacles sociaux et structurels, en donnant aux communautés les moyens de montrer la voie, en renforçant et en adaptant les systèmes pour qu'ils fonctionnent pour tous et en mobilisant et allouant des ressources suffisantes pour la riposte au VIH.</p>
	<p>Cadre pour une riposte multisectorielle intégrée à la tuberculose, à l'infection à VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite dans la région africaine de l'OMS 2021-2030.</p>
	<p>Les Objectifs de Développement Durables 2030 : Le Cameroun a adopté les ODD en se dotant d'un Plan d'Action pour l'atteinte des Objectifs liés à la Santé. Mettre fin au sida à l'horizon 2030 est une</p>

	<p>composante à part entière (cible 3.3 des ODD) unanimement adoptée par les États Membres des Nations Unies en 2015</p>
 <p>LE FONDS MONDIAL</p> <p>Combattre les pandémies et bâtir un monde plus sain et plus équitable</p> <p>Stratégie du Fonds mondial (2023-2028)</p>	<p>Stratégie du Fonds mondial pour la période 2023-2028 : Combattre les pandémies et bâtir un monde plus sain et plus équitable</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maximiser des systèmes de santé intégrés et centrés sur la personne ▪ Maximiser l'engagement et le leadership des communautés les plus touchées afin que personne ne soit laissé pour compte ▪ Maximiser l'équité en matière de santé, l'égalité des genres et les droits humains ▪ Contribuer à la préparation et à la riposte aux pandémies.
 <p>Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030</p> <p>Organisation mondiale de la Santé</p>	<p>Les nouvelles stratégies OMS proposent une vision commune pour mettre fin aux épidémies et faire progresser la couverture sanitaire universelle, les soins de santé primaires et la sécurité sanitaire dans un monde où tous ont accès à des services de santé de haute qualité, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne. Le GHSS promeut les objectifs spécifiques à la maladie pour mettre fin au sida et aux épidémies d'hépatite virale et d'infections sexuellement transmissibles d'ici 2030.</p> <p>Les stratégies mondiales du secteur de la santé 2022-2030 (OMS) de lutte contre, le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles, orientent le secteur de la santé dans la mise en œuvre de ripostes stratégiques ciblées pour atteindre l'objectif de mettre fin au sida, à l'hépatite virale B et C et aux infections sexuellement transmissibles d'ici à 2030. Ces stratégies 2022-2030 tiennent compte des changements épidémiologiques, technologiques et contextuels de ces dernières années, contribuent à tirer des enseignements relatifs aux diverses infections et maladies et créent des occasions de tirer parti des innovations et des nouvelles connaissances pour une riposte efficace au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles.</p>

1.2 Vision stratégique du Cameroun en matière de lutte contre le sida



« La société camerounaise est protégée du sida, des infections sexuellement transmissibles d'ici 2030, afin d'améliorer l'état de santé des populations les plus

1.3 Le But

Avec des approches différenciées, le Cameroun contribue à l'élimination de l'épidémie de l'infection à VIH, de la tuberculose, des hépatites virales et des IST d'ici 2030 et assure une couverture sanitaire de qualité pour toutes les populations cibles et les groupes vulnérables.

1.4 Vision de la réponse nationale stratégique au VIH/IST du Cameroun

Le but et la vision stratégique du Cameroun en matière de la lutte contre le VIH et le Sida ambitionne de contribuer efficacement à mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici 2030 tant au niveau national qu'au niveau international.

Le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2024-2030 vise la réduction des nouvelles infections parmi les adultes, les adolescents(es) et les enfants, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la réduction de la mortalité liée au VIH, le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH, le respect des droits humains, la lutte contre toutes les formes de discrimination ainsi que l'efficacité de la gouvernance à travers une réponse efficiente.

Le PSN 2024-2030 se fonde sur une approche de solidarité nationale et une démarche pragmatique qui garantit l'accès à la prévention, aux soins et au soutien pour toutes celles et ceux qui en ont besoin, en particulier les personnes les plus exposées au risque et les populations en contexte de vulnérabilité dans les régions du Cameroun les plus touchées par le VIH.

Le gouvernement du Cameroun au plus haut niveau et au côté de tous ces partenaires nationaux et internationaux s'engage à mettre en œuvre les orientations nationales pour l'atteinte des résultats d'impact d'effets et de produits inscrits dans le présent PSN.

Dans le cadre de la mise en œuvre, le CNLS recherchera la complémentarité et l'efficacité entre les investissements nationaux et ceux des partenaires afin de maximiser l'impact et la valeur ajoutée entre tous les partenaires.

1.5 Valeurs et principes directeurs

Planification et gestion axée sur les résultats : La recherche de l'efficacité et du coût-efficacité a guidé le choix des interventions dans le cadre des résultats du présent Le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2024-2030. Il est en cohérence avec Stratégie Nationale de Développement-Cameroun 2030 (SND30), les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui visent : à enrayer l'épidémie de sida, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies transmissibles d'ici 2030. Il s'agit d'assurer une couverture maladie universelle et une synergie avec les secteurs sociaux à travers la mise en œuvre de mécanismes innovants.

Approche centrée sur les personnes bénéficiaires : La promotion de l'approche différenciée selon le cycle de vie, afin de prendre en compte les personnes dans la diversité de leurs besoins, de leurs âges et leurs contextes de vie.

Le respect et la protection des droits humains ainsi que les aspects genre qui seront intégrés dans les différentes dimensions de la réponse nationale en tenant compte systématiquement des droits humains et du genre dans tous les aspects du développement des politiques et programmes institutionnels et associatifs.

Le partenariat avec toutes les parties prenantes : Il s'agit d'associer toutes les parties prenantes les professionnels de santé, les milieux scientifiques et universitaires ainsi que les acteurs communautaires y compris les représentants des populations clés impliqués dans la lutte contre le VIH et les IST. L'approche inclusive et partenarial augmentent la qualité, l'efficacité et la pertinence de la mise en œuvre et au suivi et évaluation des programmes et des interventions.

Intégration progressive et décentralisation des services du VIH, de la Tuberculose, des Hépatites virales et des IST. Il s'agit de mutualiser les efforts et rationaliser les coûts dans la prévention et la prise en charge de ces différentes pathologies prioritaires afin répondre aux besoins spécifiques des population dans toutes les régions du Cameroun.

Vision systémique qui intègre la réponse nationale du VIH dans un système de santé (RSS) renforcé et une approche district.

2. Cadre de résultat du PSN 2024-2030

2.1 Description du résultat d'impact, d'effets et de produits

Résultat impact 1 : D'ici 2030, les nouvelles infections à VIH/IST/HV sont réduites d'au moins 70%, en particulier parmi les populations les plus exposées

Le résultat d'impact 1 : D'ici 2030 les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 70%, aborde les interventions relevant du domaine de la prévention qui seront mises à l'échelle notamment dans les zones les plus touchées selon les conclusions de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse. L'impact attendu est la réduction des nouvelles infections liées au VIH, aux IST de 70% d'ici fin 2030. Cela nécessite une cohérence et une articulation des efforts entre toutes les parties prenantes : les professionnels de santé dans les formations sanitaires et les acteurs de la société civile impliqués dans différentes organisations qui réalisent des innovations à travers leurs interventions. Il s'agit d'utiliser les réseaux sociaux et les TIC ainsi que la contribution des pairs éducateurs et des paires éducatrices.

La prévention combinée est renforcée avec l'appui des acteurs communautaires pour atteindre 95% des populations clés, TS, HSH et TG avec un accès à un paquet complet de services de prévention combinée dans tous les sites où ils se regroupent. Parmi les populations clés, les personnes qui utilisent les drogues sont sensibilisées et ont accès à un paquet adapté de services de réduction des risques (RdR) en fonction de leur contexte particulier.

Les approches de services différenciées sont mises en œuvre en fonction notamment des facteurs de risques et vulnérabilités croisées au sein des différentes populations clés et vulnérables. Il s'agit d'intégrer les innovations en matière de prévention notamment en mettant en œuvre et à l'échelle nécessaire la PrEP au profit des populations clés en prenant en compte la diversité des tranches d'âge et en respectant la réglementation du Cameroun.

Les adolescents (filles et garçons) de 15 ans à 24 ans sont aussi des cibles prioritaires qui bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour l'adoption des comportements à moindre risque. Les femmes et les hommes en situation de vulnérabilité (travailleurs des sites économiques, personnel en uniforme, personnes en situation de handicap, réfugiés ou déplacées, population autochtone Pygmées, Boboro, etc et autres) sont sensibilisés et ont accès aux services de prévention du VIH. Les personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES/LB) et des VSBG reçues dans les structures de santé, bénéficient d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE).

S'agissant de l'élimination de la transmission du VIH, de la syphilis et de l'hépatite virale B de la mère à l'enfant, elle sera mise en œuvre dans les structures de santé tout en renforçant

l'intégration de la PTME dans les autres services de santé mère enfant (CPN, SR, PF, CPoN, vaccination). Aussi l'engagement communautaire sera renforcé à ce niveau pour la création de la demande des services, la référence vers les services de santé mais aussi assurer le continuum et la rétention dans les soins. Au cours de la mise en œuvre de ce plan, il sera aussi question de la mise en place du processus de certification de l'eTME d'ici 2030 avec le soutien des partenaires notamment l'OMS et l'UNICEF.

Résultat impact 1 : D'ici 2030 les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 70%

Effet 1.1 : D'ici 2030, 90% des adolescent(e)s et les jeunes de 10 à 24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH, des IST et des Hépatites virales, et bénéficient d'une offre de service de prévention adaptée

Produit 1.1.1 : d'ici 2030, 80% des adolescents (filles et garçons) et jeunes de 10 ans à 24 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour l'adoption des comportements à moindre risque

- Stratégie 1 : Renforcement de la coordination des intervenants dans la santé des adolescent(e)s et jeunes (secteur de la Jeunesse, santé, éducation, etc.) à tous les niveaux
- Stratégie 2 : Renforcement de l'engagement communautaire pour les soins de prévention différenciés (centres conviviaux clubs etc...) du VIH, HV, IST chez les jeunes et adolescent(e)s.

Effet 1.2 : D'ici 2030, 95% des populations clés utilisent le paquet de services de prévention combinée selon des approches différenciées

Produit 1.2.1 : d'ici 2030, 95% des TS, HSH, TG et les UD/UDI ont accès à un paquet complet de services de prévention combinée dans tous les sites

- Stratégie 1 : Actualisation de la stratégie nationale de prévention combinée (pour les TS, HSH, Transgenres et les UD/UDI)
- Stratégie 2 : Adaptation des messages de CCSC en direction des PC sur la prévention et l'utilisation des services de prévention combinée
- Stratégie 3 : Prévention et prise en charge des IST et soins proctologiques
- Stratégie 4 : Autonomisation des TS et HSH pour la prévention
- Stratégie 5 : Développement de la prévention combinée dans les FOSA auprès des TS et HSH
- Stratégie 6 : Renforcement de la coordination entre les acteurs intervenant dans la Prévention Combinée pour les HSH et les TS

Produit 1.2.2 : 5% des TS et 10% des HSH bénéficient d'une PrEP adaptée à leurs besoins selon le plan d'extension du programme PrEP

- Stratégie 1 : Renforcement des structures communautaires intervenant auprès des populations clés dans l'offre de service PrEP de qualité
- Stratégie 2 : Suivi/évaluation des interventions en lien avec la PrEP en vue d'améliorer la qualité des services

Produit 1.2.3 : d'ici 2030, 95% des personnes qui utilisent les drogues sont sensibilisées et ont accès à un paquet adapté de services de réduction des risques (RdR)

- Stratégie 1. Analyse des besoins en matière de RdR de prise en charge médicale
- Stratégie 2 : Analyse des besoins en termes de traitement
- Stratégie 3 : Analyse des besoins des Ministères de la santé et de l'intérieur pour organiser les modalités de prise en charge dans les centres d'addictologie

	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie 4 : Le dispositif national TSO est fonctionnel et pérenne
<p>Effet 1.3 : d'ici 2030, 95% des populations en contexte de vulnérabilité utilisent le paquet de services de prévention combinée, différenciés et adaptés à leur besoin</p>	
Produit 1.3.1 : d'ici 2030, 95% de la population en milieu carcéral sont sensibilisés et ont accès à un paquet adapté de services de prévention dans les prisons	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie 1 : Renforcement des capacités des prestataires de santé et acteurs pénitentiaires intervenant en milieu carcéral sur paquet de services de prévention adaptés à leurs besoins Stratégie 2 : Amélioration de la qualité des services de prévention offerts aux détenus
Produit 1.3.2 : d'ici 2030, les femmes et les hommes en situation de vulnérabilité (travailleurs des sites économiques, personnel en uniforme, personnes handicapées, réfugiés ou déplacées, populations autochtones vulnérables (Mbaboros, communautés « 4B », et autres) sont sensibilisés et ont accès aux services de prévention du VIH	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie 1 : Définition du paquet de services de prévention au profit des populations vulnérables selon des approches différenciées Stratégie 2 : Assurer la disponibilité des moyens de dépistage, de lien aux soins et de PEC Stratégie 3 : Mise en place des approches différenciées d'intervention auprès des clients des PS et des partenaires des HSH
Produit 1.3.3 : D'ici 2030, 90% des besoins en préservatifs (féminins et masculins) et en gel lubrifiant pour la prévention du VIH sont couverts sur tout le territoire national	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie 1 : Renforcement de l'approche communautaire dans la distribution des préservatifs et des lubrifiants Stratégie 2 : Approvisionnement régulier en intrants de prévention
Produit 1.3.4 D'ici 2030, les orphelins et les enfants vulnérables infectés/affectés par le VIH ont accès à des services de prévention du VIH et à des services de protection sociale adéquats pour les OEV et leurs familles	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie 1 : Renforcement de la coordination multisectorielle des intervenants (MINSANTE, MINAS, MINPROFF, MINJEC, CNLS, PTF, OSC) dans la fourniture de services de santé de qualité et de protection sociale pour les OEV affectés ou infectés par le VIH et leurs familles à tous les niveaux Stratégie 2 : Élaborer un cadre national de mise en œuvre pour la prévention du VIH et la protection sociale des OEV affectés ou infectés par le VIH et leurs familles Stratégie 3 : Renforcer la capacité des professionnels de la santé et des services sociaux à fournir un paquet de services de prévention adaptés aux besoins des OEV affectés ou infectés par le VIH et leurs familles Stratégie 4 : Assurer l'intégration des indicateurs de protection de l'enfance dans le plan national de suivi et d'évaluation.
<p>Effet 1.4 : D'ici 2030, 100% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES/LB) et des VSBG reçues dans les structures de santé, sont testées aux quatre marqueurs (VIH, IST et Hépatites B et C) et bénéficient d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE)</p>	
Produit 1.4.1 : D'ici 2030, 100% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES/LB) et des VSBG reçues dans les structures de	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie 1 : Actualisation et promotion auprès des prestataires de santé et des communautés du protocole de PEC des AES et autres AELB Stratégie 2 : Actualisation et promotion auprès des prestataires de santé et des communautés du protocole de PEC des VSBG

<p>santé, bénéficiant d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 3 : Renforcement du soutien aux victimes des VSBG par l'introduction des TIC ▪ Stratégie 4 : Définition de la cartographie de l'offre de services AES/VBG sur tout le territoire ▪ Stratégie 5 : Renforcement du cadre de collaboration avec les structures assurant la coordination de la PEC des accidents d'exposition aux liquides biologiques au niveau central et décentralisé (encrage institutionnel et cadre de coordination) ▪ Stratégie 6 : Renforcement de la déclaration sanitaire (signalement référence et prise en charge) des cas de VBG
<p>Effet 1.5 : D'ici 2030, la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B est réduite (Taux de transmission mère-enfant du VIH < 5 % à 18 mois ou < 2 % à 6 semaines, Taux de cas de syphilis congénitale inférieur ou égal à 50 cas pour 100 000 naissances vivantes, Prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) chez les enfants ≤ 0,1 %)</p>	
<p>Produit 1.5.1 : d'ici 2030, 100% des femmes qui fréquentent les services de SRMNIA/PF sont sensibilisées sur la prévention, le dépistage du VIH de la syphilis et de l'hépatite B dans le cadre de la PTME/SSRA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Promouvoir l'importance de la CPN précoce et du dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite pour les femmes enceintes, et allaitantes ainsi que la promotion et l'importance de la PF ▪ Stratégie 2 : Renforcement de la couverture en CPN à travers une stratégie régionale différenciée en ciblant les districts à faible couverture ▪ Stratégie 3 : Intensification des stratégies avancées et intégrées en vue d'augmenter la couverture en CPN1 et le dépistage VIH/syphilis/Hépatite virale B des femmes enceintes au cours du 1er trimestre de la grossesse ▪ Stratégie 4 : Renforcement de l'utilisation continue des services PTME par les FEC/FA vivant avec le VIH. ▪ Stratégie 5 : Amélioration de la qualité des services offerts dans le cadre de la PTME ▪ Stratégie 6 : Renforcement de l'intégration des services SR/PF/VIH/PTME/Hépatite B
<p>Produit 1.5.2 : d'ici 2030, plus de 99% des femmes enceintes/allaitantes connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Intensification des stratégies avancées et intégrées l'offre de dépistage VIH/syphilis/Hépatite virale B des femmes enceintes au cours du 1er trimestre de la grossesse ▪ Stratégie 2 : Renforcement de la collaboration entre les prestataires de santé des formations sanitaires publique et du secteur privé, en vue d'augmenter le dépistage VIH/Syphilis/HVB, au cours du 1er trimestre de la grossesse ▪ Stratégie 3 : Renforcement des capacités des prestataires de service les formations de santé sur l'utilisation du double test VIH/syphilis, le rapportage des outils de collecte, y compris la prise en charge des cas positifs
<p>Produit 1.5.3 : d'ici 2030, 100% femmes enceintes/allaitantes séropositives reçoivent des ARV pour le VIH, et le</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement de la couverture en ARV et autres produits de santé ▪ Stratégie 2 : Renforcement des capacités des prestataires de service sur le traitement et le suivi des femmes enceintes

<p>traitement de la syphilis, de l'hépatite B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 3 : Renforcement des stratégies innovantes de recherche active des femmes enceintes/allaitantes séropositives n'ayant pas été initié ou perdu de vue au traitement dans les districts à faible performance. ▪ Stratégie 4 : Réduire ou d'éliminer le coût de la prise en charge pour les femmes positive à la syphilis et l'hépatite B (et leurs partenaires)
<p>Produit 1.5.4 : d'ici 2030, 95% des enfants exposés sont testés à la PCR à partir de la 6ième semaine de vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement de la couverture pour l'offre systématique de la PCR aux enfants exposés ▪ Stratégie 2 : Renforcement des capacités des prestataires de service sur le diagnostic précoce des enfants exposés ▪ Stratégie 3 : Disponibilité continue et en quantité suffisante des intrants pour la PCR ▪ Stratégie 4 : Intensification de la recherche active des enfants exposés n'ayant pas bénéficié du diagnostic précoce aux autres portes d'entrée, y compris le service de vaccination, la consultation curative des enfants de < 5 ans ▪ Stratégie 5 : Optimisation et maintenance du réseau de diagnostic sur l'étendue du territoire national
<p>Produit 1.5.5 : d'ici 2030, 99% des enfants exposés sont mis sous ARV prophylactiques et cotrimoxazole</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement et promotion de l'importance de l'accouchement dans les FOSA et le suivi postnatal y compris la recherche active des enfants aux autres portes d'entrée, notamment le service de vaccination, la consultation curative des enfants de < 5 ans. ▪ Stratégie 2 : Disponibilité continue et en quantité suffisante des intrants, vaccins et des médicaments indispensables.
<p>Produit 1.5.6 : Le processus de certification de l'eTME est initié avec la contribution des partenaires mis en place et est fonctionnel d'ici 2030</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement du leadership national et régional (Autorités sanitaires et partenaires institutionnels et communautaires) pour la triple élimination ▪ Stratégie 2 : Lancement du processus de certification avec les différentes directions du Ministère de la Santé et les partenaires techniques OMS et UNICEF ▪ Stratégie 3 : Renforcement des capacités locales afin de promouvoir l'utilisation, la demande et l'analyse de données pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B à tous les niveaux ▪ Stratégie 4 : Développement d'un mécanisme permettant de réduire ou d'éliminer le coût de la prise en charge pour les femmes positive à la syphilis et l'hépatite B (et leurs partenaires) ▪ Stratégie 5 : Renforcement du suivi de cohorte du couple mère au niveau des formations sanitaires
<p>Effet 1.6 : D'ici 2030, 80% des personnes présentant des signes d'IST et Hépatites virales ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge</p>	

Produit 1.6.1: d'ici 2030, 80% des personnes présentant des comportements à risque d'infection par les IST (gonococcie, syphilis, infection à HPV et les hépatites virales) ont accès aux services de prévention

- Stratégie 1 : Renforcement des compétences des professionnels de santé, Informatisation et suivi évaluation
- Stratégie 2 : Amélioration du système d'approvisionnement
- Stratégie 3 : Sensibilisation du grand public sur les IST et les hépatites virales
- Stratégie 4 : Renforcement du système de surveillance et de notification des IST et les hépatites virales
- Stratégie 5 : Surveillance de la résistance aux antimicrobiens

2.2 Description du résultat d'impact, d'effets et de produits

Résultat d'Impact 2 : D'ici 2030, la mortalité liée au VIH/sida est réduite d'au moins 50%

Le Cameroun a obtenu d'important résultats qualitatifs et quantitatifs en matière de prise en charge des PVVIH, avec des progrès remarquables réalisés au cours des cinq dernières années en ce qui concerne l'élargissement des services de dépistage et de traitement du VIH et la prévention des décès liés au sida, des efforts importants sont nécessaires pour maintenir ces acquis.

L'intégration du VIH, des IST aux services de santé est fondamentale pour fournir des soins coordonnés, axés sur les personnes et sur les résultats tout au long du cycle de vie. Les populations les plus touchées par les inégalités dans la riposte au VIH, aux IST sont souvent les moins susceptibles de recevoir des ensembles de services intégrés conçus pour répondre à leurs besoins.

L'atteinte de ce résultat passe par la mise en œuvre d'une offre élargie de conseil et dépistage en utilisant des approches innovantes visant à proposer le dépistage dans toutes les interventions de prévention combinée auprès des populations clés (HSH et TS, Tg, UD) qui bénéficient des prestations des associations ou des centres de santé également partie prenante. Toutes les occasions de proposer le dépistage doivent être saisies pour permettre à un plus grand nombre de personnes de connaître leur statut sérologique et d'éviter les situations où les PVVIH le découvrent trop tardivement. Pour permettre aux acteurs communautaires de participer pleinement à cette dynamique, les associations proposent une offre de dépistage communautaire (non médicalisé) en direction des populations clés et autres populations en contexte de vulnérabilité à partir de leur environnement géographique et des lieux de fréquentation « hots spots ». Les patients atteints de TB, d'IST et les femmes enceintes, les PVVIH et leurs partenaires (partenaire sexuel ou conjoints) et selon l'approche « index testing » la famille (fratries des enfants index) sont aussi les cibles prioritaires de l'offre de dépistage. La diversification de l'offre de dépistage à travers des campagnes de dépistage multi-maladies (VIH, hépatites, syphilis et autres) sera promue. En outre, pour élargir et diversifier l'offre de

dépistage la stratégie explorera l'approche auto-test pour les populations clés avec un accompagnement pour éviter l'isolement des personnes qui découvrent leur statut sérologique.

En matière de soins et de traitement, il s'agit de proposer le traitement ARV immédiatement après l'établissement du diagnostic. Il s'agit d'orienter et ou d'accompagner le plus tôt possible les personnes nouvellement dépistés VIH+ à intégrer les services de soins et traitement du VIH. Toutes les opportunités doivent être utilisées pour la mise précoce des patients sous traitement ARV, aussi bien pour ceux dépistés en communauté que pour ceux dans les formations sanitaires (FOSA). Le contact avec la structure de prise en charge doit se faire immédiatement après le counseling post-test. La mise sous traitement ARV se réalisera dans les formations sanitaires réalisant le dépistage du VIH (CTA/UPEC, sites PTME, CDT ainsi que celles qui ne font que le dépistage du VIH), étant entendu que le personnel ait été formé à la prise en charge par les ARV.

Cette prise en charge sera mise en œuvre par une équipe multidisciplinaire constituée de personnel soignant formés à la PEC du VIH (médecins, paramédicaux, techniciens labos, pharmaciens, commis de pharmacie), les accueillants, les agents de santé communautaires, les APS, ACRR et les patients VIH experts. Ainsi, le lien (linkage) entre les services de dépistage et de prise en charge est assurée pour éviter les perdus de vue parmi les PVVIH nouvellement dépistés (amélioration de la cascade), par le renforcement de l'orientation avec un système d'accompagnement. Le circuit d'accompagnement des PVVIH nouvellement dépistés qui implique les pairs accompagnateurs et les accompagnateurs psycho-sociaux et ASC issus des associations. Afin d'accroître les capacités des formations sanitaires dans l'accomplissement de leurs tâches au regard de l'augmentation de la demande de soins, la délégation des tâches est aussi mise en œuvre sur tout le territoire (Guide du Ministère de la santé).

Pour assurer que toutes les PVVIH suivies ont accès aux examens biologiques de routine pour le suivi y compris la charge virale, dans les laboratoires des sites de prise en charge, il est indispensable d'assurer de façon régulière l'offre de suivi biologique. Le passage à l'échelle du déploiement au niveau national des plateformes de charge virale et des CD4 de tous les sites en lien avec le plan d'extension et de renforcement des capacités des prestataires de santé à l'utilisation de la charge virale, sera élaboré. Le dépistage du diabète peut être proposé à partir de 50 ans avec un glycémie capillaire annuel dans les centres à plus haute proportion de personnes âgées avec augmentation progressive de FOSA selon la disponibilité des fonds.

La rétention des PVVIH sous TARV passe de 72% en 2015 à 95% en 2022. Pour réaliser cet indicateur, la prévention et la recherche active des perdus de vue sera mise en œuvre dans le

cadre du dispositif de rétention qui sera élaboré avec les différentes associations pour assurer une couverture dans tous les sites de prise en charge (CTA/UPEC, sites PTME, CDT).

Dans le cadre de la prise en charge de l'infection par le VIH et les comorbidités, toutes les PVVIH bénéficient d'une recherche active de la TB et le cas échéant d'une prophylaxie à l'INH et sont traitées pour les infections opportunistes et dépistées pour les comorbidités (y compris l'hypertension, le diabète, les hépatites et le cancer du col pour les femmes). Cela nécessite une systématisation de l'offre de dépistage de la TB/Hépatites/syphilis/HTA diabète chez les PVVIH et la formation des médecins des sites de PEC (pneumologues, infectiologues, gastro-entérologues, etc.), dans la PEC des coinfections (TB/VIH, Hépatites/VIH, HPV/HIV). Compte tenu des besoins nouveaux des personnes du 3eme âge, avec le succès de la thérapie antirétrovirale, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont une espérance de vie semblable à la population générale et les files actives vieillissent. Les personnes âgées sont à plus haut risque de comorbidités et troubles fonctionnels et peuvent devoir faire face à la perte d'autonomie. Ce phénomène doit être considéré dans la planification des services pour atténuer les effets des comorbidités sur la morbi-mortalité et qui peuvent résulter en une perte des avancées du programme en termes d'impact sur la santé de la population.

La coordination entre les programmes VIH, TB et hépatites sera renforcée pour la proposition systématique du test VIH pour tous les patients tuberculeux et la référence systématique des patients dépistés positifs vers les structures de prise en charge. La mise en œuvre de cette recommandation passe par le renforcement des mesures de contrôle de l'Infection tuberculeuse dans les structures de prise en charge TB et VIH et implique une étroite collaboration entre les services VIH et TB ainsi qu'entre les personnels formés.

Résultat d'impact 2 : D'ici 2030, la mortalité liée au VIH/sida est réduite d'au moins 50%

Effet 2.1 : D'ici 2030, 95% des PVVIH connaissent leur statut sérologique pour le VIH, grâce à la mise en œuvre des approches différenciées de dépistage

Produit 2.1.1 : 95% des PVVIH issues des populations clés (TS, HSH, TG, UD/UDI) et vulnérables sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut sérologique

- Stratégie 1 : Renforcement de l'offre de dépistage communautaire y compris la dispensation d'autotests par les pairs lors des stratégies avancées d'offre de service de prévention combinée chez les Pop clés (dépistage VIH couplé aux activités de CCSC par les PE) et le dépistage à travers le réseau social avec le respect de la réglementation du Cameroun
- Stratégie 2 : Renforcement de l'offre du dépistage des cas index à toutes les portes d'entrées de la formation sanitaire et en communauté et le Social Network Strategy (SNS)
- Stratégie 3 : Implémentation de stratégies innovantes de mobilisation online

<p>Produit 2.1.2 : 95% des enfants de 0 à 14 ans vivant avec le VIH sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement de l'offre de dépistage en approche familiale/ index case testing ▪ Stratégie 2 : Renforcement de l'offre de dépistage aux différentes portes d'entrée pédiatriques (intégration du dépistage précoce au calendrier de vaccination, centre de réhabilitation nutritionnelle/ consultations curatives, hospitalisations, tuberculose pédiatrique) ▪ Stratégie 3 : Renforcement de l'offre de dépistage chez les enfants exposés en utilisant les Point of care (optimisation du réseau de diagnostic) ▪ Stratégie 4: Développement de mécanismes innovant de concertation entre professionnels de santé et parents pour élargir l'offre de dépistage
<p>Produit 2.1.3 : 95% des adolescents et jeunes (15-24 ans) vivant avec le VIH sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Développement d'approches innovantes dans le dépistage ciblant les adolescents (es) et jeunes vulnérables (autotest, intégration du dépistage dans les services conviviaux, aménagement des horaires flexibles pour jeunes et adolescents, ▪ Stratégie 2 : Renforcement d'approches innovantes de dépistage par les pairs
<p>Produit 2.1.4 : 95% des PVVIH adultes de la population générale sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Diversification de l'offre de dépistage du VIH pour augmenter la demande du dépistage à travers des approches innovantes (autotest, Index-testing) ▪ Stratégie 2 : Développement de stratégies de dépistage innovantes chez les hommes (implication des hommes volontaires pour favoriser la demande du dépistage du VIH chez les hommes, « Male partner », ...)
<p>Effet 2.2 : D'ici 2030, 95% des PVVIH connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral conformément aux directives nationales</p>	
<p>Produit 2.2.1 : 100% des PVVIH nouvellement dépistés sont liées au traitement ARV selon les normes nationales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement des capacités des prestataires sur les directives nationales de dépistage et de PEC du VIH ▪ Stratégie 2 : Renforcement de la collaboration entre les FOSA et le secteur communautaire ▪ Stratégie 3 : Disponibilisation des intrants VIH/IST/HV pour la prévention et le traitement dans toutes les FOSA et prévention des ruptures de stocks
<p>Produit 2.2.2 : 98% des PVVIH adultes, jeunes et adolescents bénéficient d'un traitement ARV selon les directives nationales de PEC</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement et mise à l'échelle de l'offre des soins différenciés avec implication communautaire. ▪ Stratégie 2 : Renforcement de la collaboration entre les FOSA et la communauté dans la recherche active et relance des PVVIH ayant interrompu le traitement. ▪ Stratégie 3 : Renforcer les capacités des jeunes et adolescents dans la gestion de la séropositivité et à l'adhérence/rétention au traitement dans les sites et autour des Districts de Santé (DS) ▪ Stratégie 4 : Amélioration de l'offre de services VIH intégrés «one stop services » dans les FOSA (Services VIH/TB, hépatites) ▪ Stratégie 5 : Optimisation du traitement ARV chez les adultes, jeunes et adolescents
<p>Produit 2.2.3 : 95% des enfants (0 à 14ans) vivant avec le VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement de la décentralisation de la PEC pédiatrique dans toutes les structures de PEC VIH

bénéficient d'un traitement ARV selon les directives nationales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 2 : Promotion et extension de l'offre de soins différenciés aux enfants éligibles ▪ Stratégie 3 : Optimisation du traitement ARV chez les enfants
Produit 2.2.4 : 100% des PVVIH sous traitement ARV bénéficient d'un suivi clinique et biologique centré sur la personne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement du suivi clinique et biologique dans le cadre de la prise en charge des PVVIH ▪ Stratégie 2 : Renforcement de la prise en charge clinique et biologique de la maladie avancée à VIH ▪ Stratégie 2 : dépistage systématique de l'hypertension et du diabète (glycémie capillaire) à partir de 50 ans
Produit 2.2.5 : En 2030, 95% des PVVIH (enfants, jeunes et adolescents, adultes) sont maintenues dans le système de soins (12 mois, 24 mois, 36 mois, etc.) à travers des approches différenciées.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) avec la participation des acteurs communautaires tant en milieu clinique que communautaire ▪ Stratégie 2 : Soutien à tous les patients selon leurs besoins (psychologique, mental, éducation nutritionnelle, éducation thérapeutique, socio-professionnel, autonomisation, etc.) ▪ Stratégie 3 : Appui nutritionnel aux PVVIH démunies avec malnutrition aiguë (enfants et adolescents) avec malnutrition aiguë ▪ Stratégie 4 : Renforcement de la décentralisation de la PEC y compris l'intensification des DSD
Effet 2.3 : D'ici à 2030, 95% des PVVIH traités ont une CV supprimée selon les directives nationales	
Produit 2.3.1 : 95 % des PVVIH sous traitement ARV (adultes, enfants et adolescents) ont un résultat de CV documenté	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Optimisation des équipements existants pour l'offre de la mesure de la charge virale VIH aux PVVIH sous TARV ▪ Stratégie 2 : Amélioration de la demande de la CV ▪ Stratégie 3 : Renforcement des capacités des prestataires sur le prélèvement différencié de la CV et le suivi virologique des patients sous traitement ARV Y compris l'utilisation de la charge virale ▪ Stratégie 4 : Optimisation des approches intégrées pour le transport des échantillons et le rendu rapide des résultats sous la responsabilité des districts en collaboration avec les FOSA / réseautage des sites décentralisés vers les plateformes de charge virale ▪ Stratégie 5 : Renforcement de l'assurance qualité des services et des données de CV ▪ Stratégie 6 : Renforcement du circuit d'approvisionnement, de distribution et de la gestion des intrants de CV pour la prise en charge des PVVIH
Produit 2.3.2 : 95 % des PVVIH sous traitement ARV (adultes, enfants et adolescents) ont une CV supprimée documentée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Maintien /renforcement de la communication / la campagne U= U auprès des PVVIH, des acteurs communautaires et des Prestataires afin de favoriser la demande de la CV et des résultats ▪ Stratégie 2 : Optimisation du traitement ARV ▪ Stratégie 3 : Optimisation du suivi des patients avec CV élevée
Effet 2 .4 : D'ici à 2030, 100% des PVVIH ayant une coinfection TB / VIH ou autres IO sont traités selon les directives nationales	

Produit 2.4.1 : 100% des PVVIH suivies bénéficient du screening, diagnostic précoce, du traitement préventif ou curatif de la tuberculose selon les directives	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie1 : Renforcement des mécanismes de collaboration entre le PNLT et le CNLS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ▪ Stratégie 2 : Renforcement de la recherche active, de la prévention et de la prise en charge de la TB dans les FOSEA et les communautés ▪ Stratégie 3 : Optimisation du TPT
Produit 2.4.2 : 100% des PVVIH suivies présentant une IO bénéficient d'une PEC selon les directives nationales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Optimisation du diagnostic, de la prévention et de la prise en charge des IO ▪ Stratégie 2 : Développement des orientations sur la prise en charge des maladies avancées (MAV) ▪ Stratégie 3 : Renforcement de l'approvisionnement des intrants pour la prise en charge des IO
Effet 2.5 : En 2030, 100 % des personnes séropositives au VIH présentant des IST y compris l'infection à HPV sont prises en charge correctement selon les directives nationales	
Produit 2.5.1 : 100 % des personnes séropositives atteintes d'IST ou hépatites virales sont diagnostiquées et traitées selon les directives en vigueur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement des capacités des prestataires et acteurs communautaires/pairs éducateurs sur les IST et hépatites virales ▪ Stratégie 2 : Rendre disponible les médicaments et équipements pour le traitement des IST et hépatites virales à tous les niveaux
Produit 2.5.2 : 98 % des femmes/filles PVVIH de plus de 25 ans suivies sont dépistées pour le cancer du col	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement de la communication (communautaire et hospitalier) et capacitation des prestataires sur la problématique du cancer du col chez les PVVIH. ▪ Stratégie 2 : intégration/Renforcement du diagnostic des lésions précancéreuses chez les PVVIH au niveau des sites de PEC. ▪ Stratégie 3 : Mise à échelle de la vaccination contre le HPV chez les filles de moins de 15 ans selon les directives nationales
Produit 2.5.3 : 100 % des femmes PVVIH présentant des lésions pré-cancéreuses du col utérin sont traitées selon les directives nationales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Promouvoir l'offre de service auprès des femmes ▪ Stratégie 2 : Disponibiliser les produits de santé pour la prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin

2.3 Description du résultat d'impact, d'effets et de produits

Résultat d'Impact 3 : d'ici 2030, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, le respect des droits humains et la promotion de l'équité dans l'accès aux soins et services

L'atteinte de cet impact se traduit par une amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et leurs familles. Il s'agit de créer un environnement favorable pour accompagner la mise en œuvre du PSN 2024-2030, et permettre de lever les obstacles qui entravent l'accès à la prévention et aux soins. Les décideurs et les leaders d'opinion seront aussi sollicités à la fois pour faciliter la création d'un environnement protecteur pour les populations mais aussi pour

assurer la protection des intervenants qui travaillent sur le terrain auprès des PVVIH, des populations en contexte de vulnérabilité et des populations clés.

Il s'agit de développer des interventions de plaidoyer, de formation auprès des décideurs des juristes et des hommes de lois, afin de réduire la stigmatisation et la discrimination dans tous les milieux, y compris en milieu institutionnel et de soins. Grâce au renforcement des capacités des intervenants des prestataires de santé sur les droits des PVVIH et autres populations vulnérables, le respect des droits humains est assuré. L'accompagnement des personnes sera réalisé dans le cadre des actions de protection juridique des droits des PVVIH et des groupes vulnérables (l'assistance juridique, formation juridique...).

Les PVVIH et les représentants des populations clés, seront impliqués et associés à la mobilisation de la communauté afin que la société civile contribue à lever les barrières politiques et juridiques et renforcer l'accès à la prévention et aux soins. L'information sur les droits des PVVIH, des populations clés et autres populations vulnérables sera développée afin de permettre à chacun de se protéger contre les discriminations et la stigmatisation. Un système de veille et un observatoire des dysfonctionnements sera mis en place pour faciliter le recours aux droits.

Un modèle innovant devra être créé définissant le paquet de services de soutien psychologique et social aux PVVIH leur permettant de bénéficier des appuis correspondant à leurs besoins et à ceux de leur famille. Le partenariat entre les ministères concernés et les associations communautaires sera promu pour que les personnes concernées accèdent aux différents dispositifs sociaux. Le renforcement de la mobilisation des ressources pour le soutien socio-économique aux PVVIH (autonomisation) sera recherché à travers des conventions avec les ministères et programmes sociaux concernés (Ministère des affaires sociales et autres Ministères).

Dans ce contexte les orphelins, les enfants et adolescents vulnérables, bénéficient aussi des interventions du paquet de services adaptés à leurs besoins au plan éducatif, social et économique. Aussi les référentiels normatifs en matière de prise en charge des OEAV seront actualisés suivi du développement des modules de formation des acteurs.

La dynamique de soutien psychosocial des enfants /adolescents vivant avec le VIH doit être développée, pour répondre aux besoins en accompagnement pour (i) l'annonce du statut sérologique, (ii) la gestion des projets de vie dans le contexte du VIH, les interventions de life Skills... Cela contribuera à l'émergence de jeunes/adolescents vivant avec le VIH qui deviendront des leaders et des modèles pour booster à la fois la prévention et l'utilisation des services de dépistage et de traitement par ce groupe d'âge.

Il s'agit de favoriser l'émergence d'un environnement social et juridique protecteur vis-à-vis des PVVIH et des autres populations vulnérables aux maladies, en milieu de soins comme ailleurs dans la société. Il s'agit également de permettre aux PVVIH et populations clés de bénéficier d'un soutien juridique et judiciaire dans le cadre du respect de leurs droits humains. Les efforts pour aligner les politiques nationales sur l'égalité entre les sexes et la lutte contre les violences basées sur le genre réduira l'impact du VIH parmi les femmes et les jeunes-filles, à travers des programmes de prévention et de prise en charge du VIH, IST et hépatites virales prenant en compte la notion de l'équité et du genre et l'assistance juridique et judiciaire pour tous les cas de VBG. Ce résultat d'impact 3 vise également à « lever les barrières juridiques qui entravent l'accès aux services de prévention, de soins et traitements et protéger les droits humains pour son éradication d'ici 2030 au Cameroun ».

La stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 de l'ONUSIDA renouvelle et souligne l'ancrage de la riposte au VIH, aux IST et aux hépatites virales dans les principes des droits de l'homme et de l'égalité des sexes, qui doivent être reflétés de manière cohérente et explicite dans tous les aspects de la riposte. La stratégie préconise également explicitement le maintien d'un fondement de principes relatifs aux droits de la personne tels que la confidentialité, la protection de la vie privée et le consentement éclairé.

Résultat d'Impact 3 : D'ici 2030, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, le respect des droits humains et la promotion de l'équité dans l'accès aux soins et services

Effet 3.1 : Les normes sociales et juridiques sont en faveur de l'équité et la non-discrimination notamment envers les PVVIH, les populations vulnérables et populations clés

<p>Produit 3.1.1 : La stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH et les populations clés sont réduites de 75% dans les structures de santé y compris les pharmacies</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement des capacités des organisations de PVVIH sur les droits humains en lien avec le VIH/HV/IST et la TB ▪ Stratégie 2 : Renforcement des capacités des prestataires de santé sur les droits humains en lien avec le VIH/HV/IST et la TB ▪ Stratégie 3 : Renforcement du suivi communautaire sur la qualité et l'offre de service à l'endroit des PVVIH et des populations clés à travers le mécanisme national de surveillance communautaire sur la santé ▪ Stratégie 4 : Renforcement des capacités des organisations de PVVIH sur les droits humains en lien avec le VIH/HV/IST et la TB
---	--

<p>Produit 3.1.2 Les juristes et hommes de lois contribuent à l'amélioration d'un environnement favorable à l'accès régulier des PVVIH des populations clés aux services de prévention et de prise en charge du VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Plaidoyer auprès des juristes pour la mise en place d'un environnement juridique favorable à l'accès des PVVIH et populations clés et vulnérables aux services de prévention et de prise en charge VIH respectant les droits humains. ▪ Stratégie 2 : Plaidoyer auprès des leaders d'opinion et des professionnels de santé, des juristes, des forces de sécurité à l'accès des populations clés aux services de prévention et de prise en charge VIH
<p>Effet 3.2: D'ici 2030, moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés sont victimes de Stigmatisation et de discrimination</p>	
<p>Produit 3.2.1 : D'ici 2030, 100% des PVVIH et populations clés qui font des recours, bénéficient d'un soutien juridique dans le cadre du respect des droits humains</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement de la sensibilisation des populations clés et des PVVIH sur les réponses juridiques et judiciaires ▪ Stratégie 2 : Mise en place d'un dispositif d'assistance juridique au sein des réseaux et associations ▪ Stratégie 3 : Renforcement de l'assistance Juridique et judiciaire aux PVVIH et aux populations clés
<p>Produit 3.2.2 : D'ici 2030, 100% des centres de prise en charge du VIH offrent des services de prise en charge sans stigmatisation et discrimination à l'égard des PVVIH et des populations clés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Formations en vue d'accroître la connaissance sur les droits humains ▪ Stratégie 2 : Renforcement des capacités des professionnels de santé pour le respect des droits et pour un accueil sans discrimination
<p>Effet 3.3. D'ici 2030, moins de 10 % des femmes, des filles, des personnes vivant avec le VIH des personnes vulnérables et des populations clés sont victimes d'inégalités et de violence</p>	
<p>Produit 3.3.1 : 100% des programmes de prévention et prise en charge du VIH intègrent les principes de l'équité et d'égalité entre les hommes et les femmes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement de l'intégration des services dédiés aux femmes et aux jeunes filles dans les programmes de prévention et de prise en charge ▪ Stratégie 2 : Plaidoyer pour la prise en compte du VIH/HV/IST dans les politiques nationales sur le genre ▪ Stratégie 3 : La facilitation de la collaboration entre les établissements de soins de santé et les organisations communautaires
<p>Produit 3.3.2 : 100% des cas de VBG bénéficient d'une assistance juridique et judiciaire en concertation avec les acteurs communautaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement de l'accès à l'information des femmes et des jeunes filles sur les textes et moyens de recours en matière de VBG ▪ Stratégie 2 : Mise en place d'un dispositif d'assistance juridique au sein des ONG spécifiques au VIH/HV/IST ▪ Stratégie 3 : Renforcement des capacités de plateformes multisectorielles de lutte contre les VBG en lien avec le VIH/HV/IST ▪ Stratégie 4 : intégration des services juridiques liés au VIH/IST/HV aux services gouvernementaux d'aide juridique

2.4 Description du résultat d'impact, d'effets et de produits

Résultat d'impact 4 : D'ici 2030 La gouvernance et la gestion sont renforcée pour garantir l'accélération, l'efficacité, la redevabilité et la durabilité de la réponse nationale au VIH/sida

Ce résultat d'impact sur la qualité de la gouvernance sera atteint à travers le renforcement du leadership national du CNLS en tant qu'autorité nationale de coordination de la réponse nationale. Toutefois, il est très important d'assurer une coordination stratégique avec toutes les parties prenantes notamment les acteurs de la société civile et les programmes qui mettent en œuvre les réponses santé des maladies.

Les interventions visent le renforcement de la coordination, le leadership de l'Etat et son engagement durable pour la pérennisation des ressources mobilisées aux niveaux national et international. L'atteinte des résultats d'effet mentionnés ci-après entrainera l'alignement des partenaires à la riposte au VIH dans le cadre de la multisectorialité et de la décentralisation. La coordination et le partenariat entre les secteurs public, privé et communautaire est fondamentale et est sous l'autorité du CNLS. La coordination de la réponse nationale est assurée par le Groupe technique central (GTC) au niveau central et par les Groupes techniques régionaux (GTR) dans les 10 régions du pays pour ce qui concerne le niveau décentralisé. Le GTC est l'organe exécutif du comité national de lutte contre le Sida. Il est chargé de coordonner et de mettre en œuvre la stratégie nationale, ainsi que de l'exécution des décisions du CNLS.

Il s'agit aussi de mobiliser les grandes villes du Cameroun dans la réponse nationale au VIH, à travers les collectivités territoriales décentralisées.

Le CNLS assure également la coordination avec les partenaires techniques et financiers, qui dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale sont alignés aux orientations stratégiques et aux priorités du PSN 2024-2030. Aussi des rencontres régulières seront organisées pour évaluer et/ou reprogrammer les axes de coopération.

La mobilisation des ressources financières nationales (domestiques) est assurée à travers l'implication du gouvernement aux côtés des principaux partenaires financiers qui sont le PEPFAR et Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

Les principales stratégies qui seront développées visent le renforcement de la mobilisation, la gestion et la reddition des comptes sur le financement du PSN 2024-2030.

Renforcer la fonction de coordination du GTC-CNLS au niveau de la communication et l'agrégation des informations financières. Pour cela, il faudra organiser un plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers (PTF) et Ministères (réponse sectorielle) pour un rapportage financier régulier au GTC-CNLS afin d'avoir un paysage financier complet.

Le suivi budgétaire annuel du PSN et la transparence (rapport financier consolidé) sera réalisé afin d'élaborer un plan de travail et budget tenant en considération les gaps financiers identifiés. Pour cela, il est indispensable d'établir un lien entre le suivi programmatique et le suivi financier pour assurer une meilleure imputation selon le plan analytique et pouvoir obtenir les données indispensables pour le suivi budgétaire du PSN 2024-2030

Il s'agit également de redynamiser le GICAM-ECAM et autres partenaires du secteur privé pour la mobilisation des ressources financières dudit secteur.

Enfin, dans le cadre de la transparence dans la gestion des ressources disponibles et le devoir de rendre compte, un système de gestion des risques programmatiques et financiers sera élaboré. La réponse nationale à l'épidémie de VIH doit être efficace et efficiente à tous les niveaux pour garantir l'atteinte des résultats de la mise en œuvre, le suivi et la qualité des interventions. L'étude REDES sera réalisée régulièrement pour analyser comment l'affectation des ressources correspond aux priorités nationales identifiées dans le présent PSN 2024-2030.

La mise en œuvre d'une politique de partenariat avec la société civile pour renforcer la contribution communautaire et la participation active des populations concernées à la réponse nationale est déterminante au regard des résultats escomptés par le PSN 2024-2030 notamment pour la réduction des nouvelles infections, la réduction de la mortalité liée au VIH et l'appui social et psychologique aux PvVIH.

Le renforcement des capacités institutionnelles, organisationnelles et managériales des associations partenaires, vise à accompagner la mise à l'échelle et l'amélioration de la qualité des interventions, afin de contribuer à l'atteinte des 95-95-95, le volet communautaire participera à la mise en œuvre de cette approche programmatique. Il s'agira d'assurer un appui institutionnel aux associations et réseaux de PvVIH, aux associations des groupes de populations les plus exposées, aux ONG et réseaux impliqués dans la réponse nationale au VIH. Les membres des organisations communautaires bénéficieront de formations qualifiantes et professionnelles pour répondre aux besoins techniques et aux exigences de performances.

Le MINSANTE dispose d'un système national d'information sanitaire (SNIS) de routine qui couvre les prestations de soins de santé primaires et hospitalières. Ce système vise à : i) promouvoir l'information sanitaire ; ii) mettre en place des méthodes modernes de recueil de données ; iii) rationaliser l'organisation et la gestion d'informations de qualité ; iv) veiller à la qualité et à la comparabilité des données. Il est nécessaire de réviser et intégrer les différents systèmes d'informations existants, pour éviter leur verticalité liée à celle des programmes de santé (y compris VIH et TB) et éviter les chevauchements programmatiques du système d'information. Néanmoins, il convient de signaler la présence d'un système d'information

communautaire qui est intégré au dispositif de mise en œuvre de la riposte bien qu'il présente des faiblesses.

L'amélioration du système national de suivi et d'évaluation passe par l'optimisation de la coordination du suivi et évaluation. Elle porte également sur la définition et le choix d'indicateurs pertinents, la simplification des outils de collecte et l'intégration des données communautaires, afin de permettre, une gestion efficace des informations à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les principaux outils qui seront revus pour une utilisation efficace des données, sont les bases de données aux niveaux central et décentralisé, ainsi que la généralisation de l'utilisation du système de code unique tant en ce qui concerne la prévention que la prise en charge médicale et le continuum de soins. Des indicateurs sur le dépistage et la prise en charge des comorbidités les plus fréquentes (HTA diabètes, hépatites et cancer du col) pourront informer la mise en place de l'approche basée sur la personne.

Enfin dans le cadre du RSS le système d'information concernant le VIH sera intégré progressivement au SNIS, permettant ainsi au Ministère de la Santé de disposer de toutes les informations stratégiques relatives aux maladies.

Le développement de la recherche opérationnelle constitue un enjeu important pour le suivi de l'épidémie. Il s'agira de renforcer la surveillance épidémiologique et comportementale au moyen des études bio-comportementales auprès des populations clés et vulnérables tous les deux ans. Il s'agit aussi de conduire des études de surveillance des résistances aux traitements pour prévenir et gérer les échecs thérapeutiques.

En ce qui concerne le volet GAS, des améliorations ont été apportées dans le système notamment : le renforcement de capacités des acteurs du niveau périphérique, la mise en place de points focaux régionaux, la formalisation de la contractualisation avec la CENAME et les Fonds régionaux sur une base d'objectifs, la prise en compte des indicateurs/données GAS dans le DHIS2. On note aussi l'existence d'un sous-comité national en charge des approvisionnements des produits VIH dirigé par la DPML. En plus, des missions de supervision, d'appui ainsi que des formations/recyclage seront organisées à l'intention des acteurs clés de la gestion des produits de santé liés au VIH. Le volet laboratoire fera l'objet d'attention en termes d'équipements. Il sera aussi question d'assurer un renforcement des capacités global de l'ensemble des acteurs majeurs de la lutte au regard du « turn over » élevé au niveau des différents postes.

Résultat d'impact 4 : D'ici 2030, la gouvernance et la gestion sont renforcées pour garantir l'accélération, l'efficacité, la redevabilité et la durabilité de la réponse nationale au VIH/sida

Effet 4.1 : le leadership et la coordination de la réponse nationale au VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé d'ici 2030

<p>Produit 4.1.1 : d'ici 2030, 100% des organes de coordination de la réponse aux niveaux national et régional sont fonctionnels et la multisectorialité est renforcée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement du cadre de coordination multisectorielle entre le secteur public, le secteur privé et le système communautaire ▪ Stratégie 2 : Renforcement des capacités des organes de gestion de la réponse nationale au VIH ▪ Stratégie 3 : Augmentation de l'implication efficace des secteurs ministériels stratégiques conformément au mandat de chacun
<p>Produit 4.1.2 : d'ici 2030, 100% des villes ciblées sont mobilisées à travers les collectivités territoriales décentralisées pour la lutte contre le VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Concertation continue entre toutes les parties prenantes sous un leadership consensuel. ▪ Stratégie 2 : Les collectivités territoriales décentralisées sont mobilisées pour participer aux efforts nationaux en intégrant la riposte au VIH dans les plans communaux de développement.
<p>Produit 4.1.3 : d'ici 2030, 100% des secteurs disposent et mettent en œuvre des plans opérationnels en cohérence avec le PSN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Concertation continue entre toutes les parties prenantes sous un leadership consensuel. ▪ Stratégie 2 : Plaidoyers pour l'élaboration des plans stratégiques sectoriels de lutte contre le VIH. ▪ Stratégie 3 : Les différents secteurs (ministériels et privés) sont mobilisés pour participer aux efforts nationaux.
<p>Produit 4.1.4 : d'ici 2030, 100% des ONG locales et programmes de coopération bi et multilatéraux sont alignés aux orientations du PSN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement de la coordination de tous les partenaires locaux et internationaux pour un alignement aux orientations stratégiques de la lutte contre le VIH/Sida/IST ▪ Stratégie 2 : Plaidoyers pour la disponibilité des MoU au niveau de l'instance de coordination de la lutte contre le VIH au niveau central et déconcentré

Effet 4.2 : Toutes les ressources financières et humaines nécessaires sont mobilisées et utilisées de façon optimale

<p>Produits 4.2.1: d'ici 2030, 100% des ressources internes et externes requises pour la mise en œuvre du PSN sont mobilisées prenant en compte la transition et la durabilité des financements</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Plaidoyer pour l'augmentation continue et durable de la contribution de l'Etat, du secteur privé et des collectivités communautaires à la réponse au VIH/sida ▪ Stratégie 2 : Plaidoyer pour l'augmentation continue et durable de la contribution des partenaires ▪ Stratégie 3 : Développement d'un plan de renforcement des capacités à tous les niveaux.
<p>Produit 4.2.2 : D'ici 2030, un système de gestion des risques programmatiques et financiers est mis en place et est opérationnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Réalisation régulière des études REDES. ▪ Stratégie 2 : Analyse des dépenses liées à la prise en charge du VIH/IST/HV à travers les comptes de la santé actualisés. ▪ Stratégie 3 : Développement d'un système pour le suivi budgétaire annuel de la lutte ▪ Stratégie 4 : Elaboration et suivi d'un plan de gestion des risques

Effet 4.3 : La contribution du système communautaire dans la réponse atteint 30% sur le plan stratégique et opérationnel

Produit 4.3.1 : Le mécanisme de surveillance communautaire de la réponse au VIH/sida (incluant le respect des droits humains) est fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Elaboration d'un cadre organisationnel et de coordination du suivi évaluation communautaire ▪ Stratégie 2 : Elaboration et renforcement des capacités sur l'utilisation des outils de suivi des activités communautaires ▪ Stratégie 3 : Opérationnalisation du système de monitoring
Produit 4.3.2 : d'ici 2030, la fonctionnalité du cadre de coordination du système communautaire progresse de 50%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Renforcement de l'engagement et de la mobilisation des communautés en faveur de la réponse au VIH/sida/IST/HV ▪ Stratégie 2 : Renforcement des capacités organisationnelles et managériales des réseaux de PVVIH et autres organisations de la société civile
Effet 4.4 : Les informations stratégiques de qualité sur les IST et le VIH sont produites et utilisées pour la prise de décision	
Produit 4.4.1 : d'ici 2030, le Système d'information sanitaire (SNIS) sur les IST/VIH/sida est opérationnel et efficace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Redynamisation du cadre organisationnel et de coordination du suivi évaluation ▪ Stratégie 2 : Renforcement des capacités des ressources humaines en matière de SE (qualité et quantité) ▪ Stratégie 3 : Disponibilité permanente des outils (papier et électronique) de collecte des données de routine (cliniques, communautaires, de laboratoire et logistiques) ▪ Stratégie 4 : Accentualisation du processus de digitalisation du système de prise en charge pour le VIH au niveau opérationnel
Produit 4.4.2 : d'ici 2030, un agenda de recherche national en matière d'IST/VIH/sida est développé et mis en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Mobilisation des institutions et des grands centres de recherche ; ▪ Stratégie 2 : Définition des thématiques prioritaires de recherche sur les IST/VIH ▪ Stratégie 3 : Plaidoyer pour le financement de l'agenda de recherche nationale
Produit 4.4.3 : D'ici 2030, 100% des résultats issus de la recherche et des évaluations sont disséminés à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Appui à l'organisation, la participation aux conférences nationales et internationales sur le VIH ▪ Stratégie 2 : Appui à la production et la diffusion des rapports d'activités et des bulletins épidémiologiques ▪ Stratégie 3 : Promotion des publications d'articles scientifiques dans les revues spécialisées
Effet 4.5 : d'ici 2030, un système efficace et résilient d'approvisionnement et de gestion des médicaments et intrants de laboratoire est assuré	
Produit 4.5.1 : d'ici 2030, 100% des établissements offrant les services de prévention, soins et traitements du VIH sont dotés de médicaments et autres produits de santé de qualité en quantité suffisante	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Optimisation des financements pour l'achat des produits de santé du programme VIH/IST/HV de 2024 à 2030 ▪ Stratégie 2 : Optimisation de la quantification des besoins en produits de santé VIH ▪ Stratégie 3 : Planification rationnelle des commandes en produit de santé VIH ▪ Stratégie 4 : Optimisation des approvisionnements à tous les niveaux
Produit 4.5.2 : d'ici 2030, 100% des médicaments et intrants traceurs pour les actions de prévention et de prise en charge du VIH sont stockés selon les bonnes pratiques de stockage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Amélioration de la coordination de la gestion des produits et approvisionnements au niveau central et déconcentré ▪ Stratégie 2 : Renforcement des capacités des acteurs de la chaîne d'approvisionnement en gestion des achats et stocks à tous les niveaux

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 3 : Renforcement de la réglementation pour la disponibilité des médicaments et le bon usage
<p>Produit 4.5.3 : d'ici 2030, les informations logistiques de qualité sur la gestion des ARV et autres commodités VIH (tests rapides, réactifs charge virale, isoniazide et cotrimoxazole, condoms) sont produites et utilisées pour la prise des décisions et l'amélioration de la performance de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégie 1 : Mise en place d'un dispositif de contrôle de qualité de médicaments et de réactifs au niveau du LNCQM ▪ Stratégie 2 : Mise en place d'un système optimal d'information de gestion logistique ▪ Stratégie 3 : Mise en place d'un système électronique de gestion de l'information logistique

ORIGINAL

Chapitre III

1. Mise en œuvre du Plan Stratégique National IST/VIH 2020 – 2030

L'élimination du VIH est possible au Cameroun à travers la mise en œuvre d'un nouveau paradigme qui implique l'engagement et le leadership national au plus haut niveau, l'efficacité dans l'affectation et l'utilisation des ressources, le renforcement du système de santé et communautaire, la gouvernance et la solidarité nationale.

Conformément à la multisectorialité, les acteurs de tous les secteurs de développement seront mobilisés pour la mise en œuvre de ce plan stratégique 2020-2030. Il s'agit du Secteur Public, du Secteur Privé et de tous les acteurs communautaires (associations et réseaux de PVVIH, associations des groupes de populations les plus exposées, ONG et réseaux impliqués dans la réponse nationale au VIH etc). Les Partenaires multilatéraux et bilatéraux apporteront leurs appuis techniques et financiers à la mise en œuvre du PSN.

Tous les progrès qui seront réalisés dans le cadre de l'accélération de la réponse au VIH permettront d'atteindre les objectifs de développement pour une meilleure santé et la promotion des droits humains.

L'intégration en tant qu'approche essentielle pour élargir, augmenter et mettre en œuvre des réponses multisectorielles pour le VIH, la Tuberculose et le Paludisme. Le secteur de la santé reste le secteur central, mais tous les autres secteurs doivent également entreprendre des actions sous le leadership du Ministère de la Santé Publique.

La décentralisation de la réponse au niveau des régions mobilisent les différents acteurs locaux sera capitalisée et renforcée. La mise en œuvre des plans régionaux de lutte contre le sida, permettra une meilleure adaptation des stratégies au contexte local et une plus grande proximité de l'offre de prévention et de soins vers les populations les plus exposées au risque et les PVVIH en fonction de la dynamique de l'épidémie au Cameroun.

Au niveau du Secteur Public

Tous les départements ministériels et les grandes institutions de l'État, en plus de leurs missions traditionnelles de service public, seront en action, à travers leurs comités sectoriels respectifs, pour mener des interventions de lutte contre le VIH/Sida en direction de leurs personnels, leurs usagers et leurs familles. Le but ici est de rechercher une synergie d'actions pour que les PVVIH et autres populations vulnérables bénéficient des prestations sociales et de droit commun existant. (Assurance sociale, couverture maladie, droits sociaux, allocation d'aide aux indigents...)

Le Ministère de la Santé Publique : Une place essentielle dans la mise en œuvre du PSN IST/VIH 2024-2030.

La place du Ministère de la Santé publique est prédominante dans la lutte contre le VIH au Cameroun. Ses actions balayent tous les grands axes d'interventions de la lutte. Il assure tout d'abord le leadership du Secteur Santé (prévention-PTME, dépistage et PECG) et ensuite en tant que Président du CNLS, le Ministre de la Santé Publique est le garant de la coordination des interventions de lutte contre le VIH.

Pour assurer l'efficacité de la réponse santé à la lutte contre le VIH, les Directions techniques du ministère de la santé, chacune dans le cadre de ses missions régaliennes interagissent avec la Section Appui au Secteur Santé du GTC/CNLS pour garantir l'accès équitable aux services de lutte contre le VIH. Placée sous l'autorité d'un Chef de Section, la Section Appui au Secteur Santé est chargée d'apporter au Ministère de la Santé Publique, un appui technique dans la mise en œuvre de la réponse sectorielle en santé à travers l'élaboration des normes, directives et documents stratégiques de prise en charge globale, de PTME et de gestion des approvisionnements. Le schéma ci-dessous résume les rôles et les interactions des directions du MINSANTE par rapport à la réponse contre le Sida

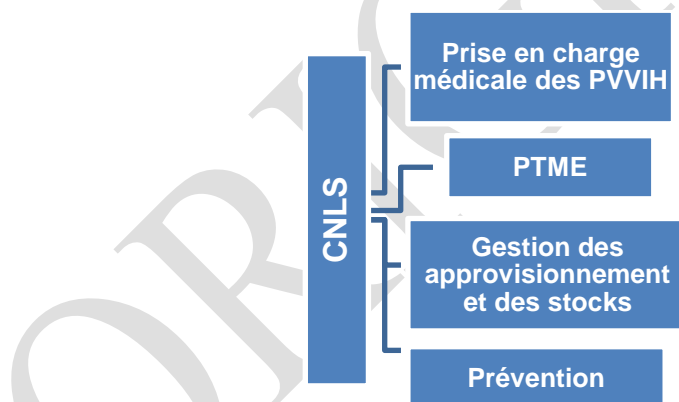


Tableau 14: Domaine de compétence de chaque direction technique du MINSANTE selon les axes stratégiques du PSN

MINSANTE	Domaine	Liens avec la mise en œuvre du PSN
DLMEP	Prise en charge globale	Reduction de la mortalité (Impact 2)
DSF	PTME	Reduction des nouvelles infections Reduction de la mortalité infantile
DROS	Recherche et SE	Impact 3
DPML	Assurance qualité des laboratoires Approvisionnement	Reduction de la mortalité Impact 2 et 4

La coordination du secteur santé concerne essentiellement trois aspects à savoir : i) la prise en charge médicale des PVVIH, ii) la PTME et iii) le volet Gestion des approvisionnements et stocks (GAS) en intrants et il est proposé la mise en place d'un groupe de travail et de coordination de la prévention.

Sous-Secteur Education et jeunesse

Ce sous-secteur occupe une place centrale dans la mise en œuvre des interventions en vue la réduction des nouvelles infections chez les jeunes et les adolescents en milieu scolaire et extrascolaire. Il regroupe les Ministères de l'Education Nationale, l'Education de base, la jeunesse et l'éducation civique et le Ministère de l'enseignement supérieure etc. De façon spécifique le ministre de l'éducation aura la responsabilité d'intégrer l'information et l'éducation en matière de VIH/sida dans les curricula de formation des élèves de tous les niveaux et des interventions en faveur des enseignants parallèlement le Ministère de la Jeunesse et de l'éducation civique coordonnera les interventions qui ciblent les jeunes déscolarisés et non scolarisés.

Sous-Secteur Social (MINAS, MINPROFF)

Ce secteur sera responsable aussi bien de la promotion de l'équité et de l'égalité entre les sexes dans la lutte contre le VIH/sida en faveur des populations vulnérables. Le MINPROFF aura la charge de la mobilisation des femmes pour la demande des services de prévention de soins par mettant l'accent sur le milieu rural

Sous-Secteur finance et coopération (MINFI/MENEPAT)

Il incombe à ce secteur la responsabilité d'assurer que la mobilisation des ressources domestiques (Etat) et les ressources internationales dans la le cadre des coopérations bi et multilatérales. Il s'agira entre autres de s'assurer de l'inscription des lignes budgétaires pour la lutte contre le VIH

Sous-Secteur justice, défense, droit humain

Dans ce secteur, on retrouve comme principaux intervenant le Ministère de la justice, le ministère de la Défense, la DGSN. Ce secteur est chargé en œuvre la politique nationale du respect des droits humains et de protection juridique aux PVVIH et autres populations en contexte de vulnérabilité (Détenus, Réfugiés). En plus mettront en œuvre les interventions de prévention en faveur des différentes forces de sécurité et des personnes en uniformes et leurs familles. En plus

Sous-Secteur Communication et télécommunication

Ce secteur contribuera à la diffusion de l'information à travers les différents canaux de communication. En outre, il harmonisera et mutualisera les différents messages publics, pour renforcer la prise de conscience

Sous-Secteur Emploi travail et formation professionnelle

Ce secteur aura à charge de mobiliser le monde du travail (public et privé) autour de la problématique du VIH et du Sida, ceci pour garantir la réduction de l'impact du VIH sur la force de travail. Les principaux intervenants du ce secteur public sont le MINTSS, le MINEFOP et le MINFOPRA. Le MINTSS sera chargé de faire le plaidoyer et de créer une synergie et une appropriation de la lutte par les entreprises travaillera au renforcement de la protection des travailleurs, notamment ceux vivant avec le VIH, afin de prévenir les risques de discriminations et de stigmatisation. Le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale. Assure la mobilisation des acteurs du monde du travail pour accroître l'offre de service de dépistage en faveur des travailleurs et leurs familles, promeut la lutte contre la Stigmatisation et la Discrimination, et la protection des droits liés au VIH en milieu de travail, Renforce l'intégration de la lutte contre le VIH dans les missions de l'inspection, des Comités d'Hygiène et de Santé, etc ,

ICN

Au niveau du Secteur privé

Du fait de leurs engagements en matière de responsabilité sociale, 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.

Dans le cadre spécifique de la lutte contre le sida, les entreprises du secteur privé telles que PHP, CAMRAIL, ALLUCAM, CIMENCAM CIMENCAM, SABC, etc. contribuent à la réponse nationale en offrant des services de prévention, de prise en charge (et soutien par le biais mécanisme d'assurance maladie) en assurant le co-financement des interventions. D'autres actions réalisées au travers de partenariats avec les firmes de téléphonie mobile (ORGANE, MTN) contribuent à faciliter le paiement des salaires des ARC des programmes SIDA-PALU-TB, avec AFRICA-Logistic assure le dédouanement du Pooled Procurement Mechanism du FM. Ces initiatives devront être renforcées au cours du quinquennat 2024-2030 tout en identifiant d'autres niches de PPP dans les domaines, de l'extension de la couverture du programme, de l'appui à la chaîne d'approvisionnement, le Co-investissement dans l'offre de

services de prévention et de prise en charge, la mobilisation des ressources, etc. Cependant il importe de dresser une cartographie des interventions de lutte contre le VIH et le sida dans le secteur privé, de documenter les opportunités de PPP, afin de mieux capitaliser sur les opportunités que disposent les entreprises, et d'apporter des appuis à la coordination, la mise en œuvre et le suivi de la contribution du secteur privé à la riposte.

Au niveau de la Société civile

La mise en œuvre d'une politique de partenariat avec les acteurs communautaires (associations et réseaux de PVVIH, associations des groupes de populations les plus exposées, ONG et réseaux impliqués dans la réponse nationale au VIH etc) pour renforcer leur contribution et participation active à la réponse nationale est déterminante au regard des résultats escomptés par le PSN 2024-2030 ; en vue de la réduction des nouvelles infections, et mortalité liée au VIH ainsi que et l'appui social et psychologique aux personnes infectées et affectées par la VIH et de sa participation active dans la mise en œuvre des 95-95-95.

Au niveau des Partenaires au Développement

En vue de faciliter la coordination nationale et le suivi de la traçabilité des interventions, les partenaires au développement soutiendront les efforts à travers un appui technique et financier des acteurs des secteurs publics, privés et de la Société civile en conformité avec le PSN.

Le Forum des partenaires est un espace de dialogue et de concertation qui a pour mission de favoriser la coordination des actions et des appuis de l'ensemble des partenaires en réponse au VIH au Cameroun.

Le Forum des partenaires aura pour tâches spécifiques de : a) Faciliter les échanges d'informations sur les actions de chaque partenaire, b) Echanger sur les priorités nationales de chaque année en matière de réponse au VIH, c) S'assurer de la synergie, de la complémentarité et l'absence de duplication dans l'appui à la mise en œuvre de la réponse nationale, d) Convenir de l'allocation des ressources allouées à la lutte contre le VIH en vue de d'assurer l'équité géographique dans la fourniture des services de lutte contre le VIH, e) Apprécier les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la réponse nationale, f) Planifier les supervisions conjointes et convenir des modalités de leur organisation, g) assurer une assistance technique avec tous les autres partenaires.

Approche Villes au Cameroun

La stratégie vise à mobiliser les élus des grandes villes et des communautés urbaines en vue de solliciter leur contribution citoyenne à la réponse nationale.

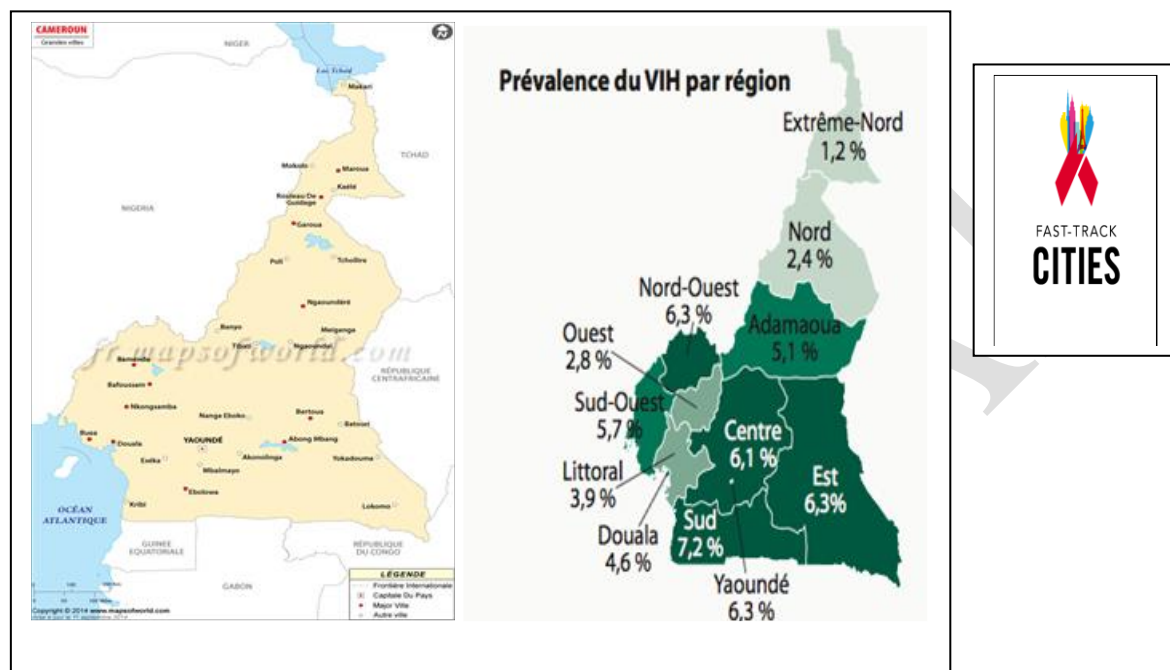


Figure 11 : Prévalence du VIH par région et rapprochement avec l'approche ville

C'est une approche innovante qui permet une responsabilisation des acteurs institutionnels en fonction de l'importance de la pandémie dans leur localité. Il s'agit de donner une réponse locale appropriée inscrite dans les plans communaux et régionaux de développement.

Elle permet de répondre aux besoins des populations dans les localités où elles vivent. Les élus municipaux seront mobilisés pour participer à la réduction de la stigmatisation. Il s'agit de contribuer à mettre fin à l'épidémie de VIH à l'horizon 2030 en accélérant la riposte au VIH d'ici l'année 2024. Le PSN 2024-2030 vise la réduction des nouvelles infections parmi les adultes, les adolescents(es), l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la réduction de la mortalité liée au VIH, le soutien pour l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH, la lutte contre toutes les formes de discrimination. A travers cette approche, les principales villes du Cameroun vont contribuer à l'atteinte des résultats nationaux, elles développeront des actions locales à partir des sites urbains et de leurs périphéries.

Conformément aux compétences transférées aux Collectivités Territoriales Décentralisées en matière de santé et en lien avec les bonnes pratiques identifiées dans certaines municipalités

à travers le monde dans le cadre de l'initiative Fast Track Cities, les rôles ci-après ont été définis pour les CTD dans le cadre de la lutte contre le sida.

Tableau 15 : Rôle des CTD dans la lutte contre le Sida en lien avec les compétences transférées

Compétences transférées au CTD/cadre général de la décentralisation (loi N° 2019/ 04 du 24 décembre 2019)	CTD concernée	Rôles des CTD
Création, équipement, gestion et entretien des formations sanitaires conformément à la carte sanitaire	Communes et Régions	<p>Construire et/ou équiper les formations sanitaires dans les zones à faible couverture en soins liés au VIH/sida</p> <p>Gérer le personnel paramédical ; Accompagner les acteurs sociaux dans le cadre de la lutte contre le VIH et sida.</p>
Le recrutement et la gestion du personnel infirmier et paramédical	Communes et Régions	<p>Recruter le personnel qualifié dans la PEC du VIH et Sida et les mettre à la disposition des structures de santé impliquées dans les soins au VIH et sida.</p> <p>Mobiliser les ressources pour le fonctionnement et la gestion des formations sanitaires.</p>
Assistance/appui aux formations sanitaires	Communes et Régions	Appuyer les formations dans le transport des échantillons des CV et PCR
Participation à l'organisation et à la gestion de l'approvisionnement en médicaments, réactifs et dispositifs essentiels en conformité avec la politique nationale de santé	Régions	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter un appui aux Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé pour l'acquisition, le stockage et la distribution au dernier kilomètre des médicaments et autres produits de santé • Participer à la gestion des FRPS (Régions et Communes)
Organisation et gestion de l'assistance au profit des nécessiteux	Communes et Régions	Apporter un appui multiforme aux personnes infectées et affectées indigentes (PvVIH ; OEV, veuves etc.), les personnes vivant en contexte de vulnérabilité et les populations clés (protection social sensible au VIH)
Autonomie financière et administrative, leadership politique	Régions et communes	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer des plans d'actions de lutte contre le sida • Faire le suivi-évaluation de la lutte contre le sida • Faire un plaidoyer pour la production de l'information stratégique sur le VIH et sida désagrégée aux CTD • Coordination des actions menées en faveur de la lutte contre le sida • Remontée d'informations et partage d'expérience sur les bonnes pratiques
Police municipale	Communes	

Mise en œuvre des mesures de prévention	Régions	<ul style="list-style-type: none">• Faciliter/encadrer les activités de prévention du VIH en direction de toutes les catégories de populations (encadrer les campagnes de CCC)• Prévention des violences basées sur le genre (VBG)• Elaborer de nouvelles stratégies et instruments à doter aux CTD pour une implication significative dans la lutte (plan sectoriel VIH et sida actualisé et mise en œuvre)
--	----------------	--

ORIGINAL

2. Cadre de suivi et évaluation du Plan Stratégique National 2024-2030

Le cadre du suivi et évaluation du PSN s'inscrit dans les trois principes directeurs d'harmonisation et de coordination de la réponse nationale au VIH/sida (Three One's).

Le suivi et l'évaluation du PSN permettront d'apprécier la pertinence, l'efficacité et l'efficace des interventions, ainsi que le niveau d'atteinte des cibles et des résultats attendus du PSN 2024-2030.

Le Dispositif actuel du Suivi-évaluation qui s'arrête au niveau des Districts de Santé sera étendu au niveau des arrondissements et communautés urbaines afin de prendre en compte les interventions communautaires.

Le cadre pour le suivi du plan sera coordonné à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional et périphérique).

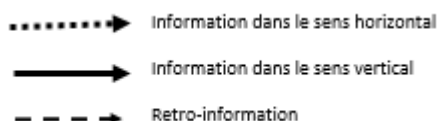
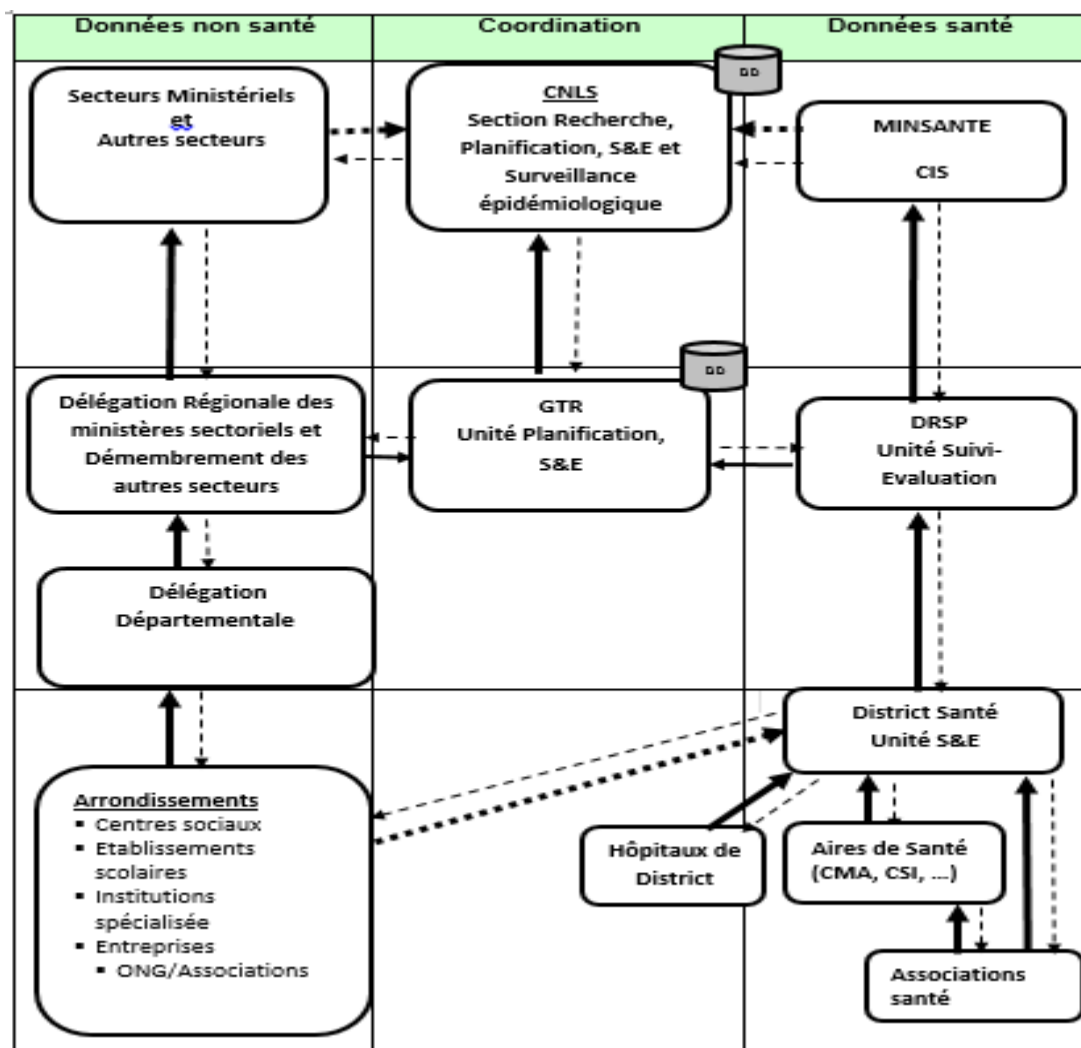
La qualité des données sera améliorée tout le long du processus entre autres par le renforcement des capacités des acteurs, la généralisation du code d'identification unique et la validation des données à tous les niveaux de la pyramide, y compris dans les formations sanitaires. L'informatisation du système de collecte des données au niveau des formations sanitaires facilitera la gestion des données et le suivi des patients.

Le dispositif de suivi évaluation produira les différents rapports de progrès sur la lutte contre le VIH/Sida (Rapport annuel, rapports annuels de progrès de la PTME) à l'organe de coordination nationale composée (Ministères, Sociétés civiles, Secteur privé, Organismes bilatéraux et multilatéraux). Au niveau des rapports annuels, sera mis sur la présentation des résultats par secteur à l'image de la structuration de la réponse. Cela permettra mieux d'apprécier, les interventions, les résultats et les contributions de chaque secteur et permettra un meilleur ciblage des recommandations dans ce sens de renforcer ces réponses.

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSN, le dispositif de recherche sera également renforcé à travers une plus grande implication des institutions universitaires, le renforcement de la surveillance épidémiologique et comportementale auprès des moteurs de l'épidémie. De même, des études de surveillance des résistances au traitement et les analyses budgétaires et coût-efficacité seront également menées.

Le PSN 2024-2030 se dotera d'un plan de suivi évaluation budgétisée et d'un cadre de performance incluant les indicateurs et leurs détails ainsi que le circuit des données.

Schéma du dispositif du SE



Au niveau central (GTC) et régional (GTR), il existe un service de suivi évaluation dotée de personnels. Des systèmes informatisés bâtis autour du DIHS2 sont utilisés pour capter et faire remonter les données essentiellement sanitaires. Le niveau de disponibilité et de complétude sera renforcé.

3. Cadre de financement du Plan Stratégique National 2024-2030

3.1. Estimation budgétaire du Plan Stratégique National 2024-2030

Tableau 16: Estimation budgétaire du Plan Stratégique National 2024-2030

RESULTATS D'IMPACT / BUDGET (EN FCFA)	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Résultat impact 1 : D'ici 2030 les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 70%	18 335 780 990	18 093 849 021	16 412 976 132	16 357 430 488	14 721 687 439	13 249 518 695	11 924 566 826	109 095 809 590
Résultat d'Impact 2 : D'ici 2030, la mortalité liée au VIH/sida est réduite d'au moins 50%	63 919 866 654	58 307 831 122	56 880 905 371	55 162 409 848	54 516 140 811	53 934 498 678	53 411 020 758	396 132 673 243
Résultat d'Impact 3 : La réduction de la stigmatisation et de la discrimination, le respect des droits humains et la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes sont renforcés, d'ici 2030	737 466 641	686 181 329	509 288 206	774 339 973	696 905 976	627 215 378	564 493 840	4 595 891 343
Résultat d'impact 4 : D'ici 2030 La gouvernance et la gestion sont renforcées pour garantir l'accélération, l'efficacité, la redevabilité et la durabilité de la réponse nationale au VIH/sida	29 393 556 152	28 343 534 811	26 437 563 620	28 045 237 460	25 620 378 043	23 438 004 568	21 473 868 441	182 752 143 095
Total général	112 386 670 437	105 431 396 284	100 240 733 328	100 339 417 769	95 555 112 269	91 249 237 319	87 373 949 865	692 576 517 270



Figure 12: Estimation globale des besoins entre 2024 et 2023 (F CFA)

3.2. Stratégie pour la mobilisation des ressources

Des opportunités pouvant favoriser la mise en œuvre de ces mesures existent et s'inscrivent dans l'engagement de l'Etat réaffirmé dans les politiques publiques de développement durable et de lutte contre les maladies prioritaires. En effet, au niveau national, il y a plusieurs éléments favorables pour la mise en œuvre efficace du prochain PSN 2024-2030 :

- Perspectives favorables de croissance économique, la mise en œuvre des politiques macroéconomiques et des réformes visant la mobilisation des recettes et l'amélioration de la fiscalité offrent des espaces budgétaires et un potentiel réel d'augmentation des ressources publiques en faveur du financement du cadre d'investissement ;
- Mise en place d'un nouveau régime obligatoire d'assurance maladie des agents de l'Etat et assimilés, géré par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) ;
- Signature de la demande de financement du Fonds mondial pour le VIH et la tuberculose pour les années 2024-2030 ;

3.3. Financement de transition et de durabilité

Concernant le financement de transition et de durabilité, une analyse sera engagée dans le cadre de la mise en œuvre du financement de transition dont l'objectif premier est de fournir aux autorités du Cameroun des données factuelles complètes identifiant les besoins et possibilités d'investissement pour la lutte contre le VIH dans le cadre du financement de la santé et du développement. Cette analyse devra mettre en évidence différentes options de politique financières et scénarii d'investissement, selon les données retenues dans la priorisation des programmes relatifs au VIH.

Une évaluation et un état des lieux des ressources financières domestiques ainsi que des opportunités dans le secteur privé sera mise en œuvre pour réduire la dépendance aux financements extérieurs.

3.4. Table ronde de mobilisation des ressources et mécanismes de mobilisation des ressources

Un plaidoyer sera mené en vue des mobilisations des ressources. Le financement de ce plan sera assuré par le gouvernement et les PTF, un plan de ce financement sera élaboré.

Actuellement, le Cameroun bénéficie de deux sources de financements internationaux importants pour la riposte nationale au VIH. Il s'agit des ressources mobilisées auprès du

Fonds Mondial de lutte contre le VIH, le Paludisme et la Tuberculose et des ressources mobilisées auprès de PEPFAR.

- *Ressources Fonds mondial*

L'enveloppe pays attribuée par le Fonds Mondial est de 162,407,035 d'euros (€) pour la période 2024-2026. Bien qu'il n'y ait pas beaucoup de possibilité d'augmenter cette enveloppe, le Fonds Mondial octroie des financements additionnels au pays au-delà de la somme allouée à hauteur de 2 013 000 € pour la prévention du VIH auprès des populations clés, son maintien voire son augmentation pour le cycle prochain dépendra des performances réalisées par le pays et du respect des engagements du Gouvernement, d'où l'intérêt et l'importance d'assurer une gestion performante des ressources actuelles. La surveillance de ces opportunités s'avère donc indispensable.

- *Ressources PEPFAR*

Le Cameroun bénéficie depuis plus de 10 ans, des financements de PEPFAR pour accompagner la riposte nationale au VIH. Le financement disponible actuellement couvre la période 2024-2025 et le budget respectivement dédié aux années 2024 et 2025 est de 91 493 870 et 90 052 567 euros. Etant donné que l'octroi de ces fonds est surtout basé sur la performance, la poursuite de ce financement au-delà de 2025 dépendra sans doute des résultats satisfaisants auxquels le pays aura abouti.

- *Autres Ressources extérieures*

L'OMS et l'ONUSIDA ont prévu un budget total respectif de 911 084 euros et 1 075 220 euros pour les années 2024, 2025 et 2026 pendant que l'UNFPA durant la même période compte mobiliser pour la riposte au VIH la somme de 1 690 587 euros.

- *Ressources gouvernementales et nationales - Remobiliser les acteurs nationaux*

Il est important de remobiliser l'ensemble des acteurs par la tenue d'au moins une réunion statutaire du CNLS avec la présence des autorités au plus haut niveau. Les rencontres avec les plus hautes autorités permettront de remobiliser l'ensemble de la communauté de développement sur l'importance de continuer à inscrire le VIH parmi les priorités de l'agenda de développement du pays.

Par ailleurs, l'accroissement des ressources de l'état pour le financement direct de la riposte est nécessaire et plus que vital pour atteindre les objectifs du nouveau PSN 2024-2030. L'accroissement des ressources directes de l'état camerounais facilitera également le plaidoyer du Cameroun pour mobiliser de nouvelles ressources dans le cadre de la lutte contre le VIH. Il est donc impératif d'assurer un plaidoyer stratégique.

Dans le cadre de la subvention du Fonds Mondial au Cameroun, les engagements de co-financement concernent l'achat des intrants (ARV, médicaments pour infections opportunistes, achat des TDR), le complément salarial des personnels fonctionnaires et les charges patronales). En plus des Fonds de Contreparties (FCP) mobilisés, le gouvernement mobilise des fonds à travers les User fees, cheque santé, PBF, commande de médicaments.

A date, le Gouvernement Camerounais s'est engagé à mobiliser pour la riposte au VIH durant les trois années 2024, 2025 et 2026, respectivement la somme de 26 871 749 euros, 25 844 038 euros et 12 421 081 euros correspondant au financement de la BID pour la PTME dont 70% comme prêt et 30% de don, au financement du gouvernement espagnol destinés à l'acquisition des ARV (remise de dette) et à la contribution de l'état pour l'acquisition des produits de santé VIH (*Il est à noter que ces sommes ne prennent pas encore les autres dépenses que l'Etat a prévu de consentir dans le cadre de la lutte contre le maladie, notamment les budgets du projet d'exemption des frais – user fees*).

3.5. Mécanismes de Gestion des Ressources Financières

- *S'agissant des ressources du Fonds Mondial*

La coordination nationale des subventions Fonds mondial se poursuivra sous le lead de l'ICN et son organe de suivi stratégique sera renforcé pour assurer le suivi régulier de la mise en œuvre programmatique. Le Ministère de la Santé Publique à travers ses directions techniques et différents programmes va assurer le rôle de coordination technique en matière de prise en charge des trois maladies, le renforcement des capacités des ressources humaines, l'élaboration des documents normatifs ainsi que le suivi - évaluation.

Les Principaux Récipiendaires (PR), CNLS et Care Cameroun, vont assurer la coordination de la riposte, la gestion financière et administrative de la subvention conformément au manuel de procédure administrative, financière et comptable du Fonds Mondial. Ils veilleront à la mise en œuvre rigoureuse du plan de gestion des risques en vue d'anticiper tous les risques pouvant être source de dépense inéligible ou pouvant freiner la mise en œuvre des activités de la subvention. Pour garantir une équité dans la mise en œuvre de cette subvention dans les zones difficiles (insécurité, inaccessibilité,) une flexibilité de la procédure de dépense sera pratiquée au cas par cas en vue de rendre disponible les fonds au niveau opérationnel en utilisant les agences de paiement.

Le partenariat entre les PR et la société civile va être renforcé pour les activités promotionnelles de la santé, de prévention et de prise en charge des maladies au niveau communautaire à travers une plus grande responsabilisation des organisations à assise communautaire (OSC) comme récipiendaires secondaires et une plus grande implication des leaders communautaires et des groupements féminins (concernant le paludisme).

Le comité de quantification va être redynamisé au niveau central et régional et devra se réunir trimestriellement pour faire un suivi rapproché du stock prévisionnel et l'utilisation des produits de santé par les bénéficiaires.

- *S'agissant des ressources du PEPFAR*

Chaque agence du PEPFAR (USAID, CDC, DOD et Peace Corps) utilisent des partenaires de mise en œuvre de leurs programmes dans les 10 régions du pays selon une répartition bien connue, avec une division des cibles et des domaines d'interventions. Les ressources financières sont gérées par ces partenaires suivant un Cooperative Agreement (CoAg) signés avec l'agence concernée du PEPFAR.

- *S'agissant des ressources de l'Etat*

Les ressources de l'Etat sont principalement attribuées au MINSANTE et ses directions techniques et le programme national de lutte contre le VIH. Par ailleurs, la riposte au VIH étant multisectorielles, plusieurs autres ministères ont un budget pour les activités en lien avec la prévention du VIH et la lutte contre la stigmatisation, discrimination et la gouvernance. Le CNLS est l'instance de coordination de toutes ces structures et la traçabilité dans la gestion des ressources gouvernementales octroyées à la riposte au VIH sont sous la responsabilité du Ministère des Finances.

3.6. Gestion du risque et redevabilité

Trois risques majeurs sont à considérer dans la mise en œuvre de ce PSN 2024-2030 afin de définir les moyens de mitigation pour limiter leur impact sur la bonne exécution du PSN 2024-2030. Ils sont répertoriés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 15 : Gestion des risques

Risques	Probabilité de survenue	Moyens de mitigation
Risque programmatique Certaines données servant de base de calcul des cibles sont des données de projection qui peuvent avoir des divergences avec des données de programmes et impacter la performance des résultats	Moyen	Il faut planifier certaines études de base très tôt en début de PSN afin de pouvoir réajuster les écarts Il faut développer des stratégies appropriées à chaque cible pour se donner le maximum de chance de toucher les cibles prévues
Risque financier Le contexte financier international difficile avec l'émergence de nouvelles priorités dans la sous-région ainsi que l'impact réel des menaces sécuritaires sur les	Haute	Définir un plan de mobilisation des ressources qui intègre une stratégie plus détaillée de mobilisation des ressources Relancer l'organisation des sessions du CNLS pour redonner

ressources des états de la sous - région peuvent agir sur l'atteinte des objectifs de mobilisation des ressources domestiques et internationales pour la riposte au VIH		de l'intérêt au financement de la lutte contre le VIH
<p>Risque de survenue d'une urgence sanitaire majeure (type Covid-19, Ebola ...)</p> <p>La flambée de l'épidémie du Covid-19 et surtout l'ampleur de la transmission interhumaine peut agir sur les priorités du pays en matière de mobilisation et d'allocation des ressources et par conséquent agir sur l'atteinte des objectifs escomptés.</p>	Moyen	Prévoir un plan de contingence permettant au pays d'anticiper sur son niveau de préparation épidémies émergentes afin d'en limiter l'ampleur en cas.

Concernant la question de la pérennité de la riposte au VIH, elle est une question fondamentale au Cameroun. Le financement dépend à plus de 80% de donateurs internationaux et la capacité de mobilisation des ressources domestiques est assez limitée (CNS 2018-2019). L'intégration des services liés au VIH dans les services de santé s'est considérablement améliorée au Cameroun laissant espérer une réduction des coûts directs liés à l'offre de services aux PVVIH. La pérennité de la riposte dépendra en partie de l'efficacité des approches de gestion des performances au niveau des ressources humaines en santé. C'est pourquoi investir dans une réforme totale du système d'acquisition des compétences professionnelles, est une démarche innovante pour le nouveau PSN. La question de la pérennisation est également liée à la capacité du pays à mettre en place une stratégie globale de financement de la santé dans le cadre d'une démarche de couverture sanitaire universelle où chaque maladie prioritaire serait adéquatement financée et prise en charge.