



**2025-ETUDE BIO – COMPORTEMENTALE INTÉGRÉE CHEZ LES PERSONNES USAGERES
DES DROGUES (INJECTABLES OU NON-INJECTABLES) À YAOUNDÉ ET DOUALA**

RAPPORT FINAL

Version Mars 2026



Rédigé par Dr. Iliassou Mfochivé Njindam, Consultant International, en collaboration avec le CNLS, le CNLD et Affirmative Action

PARTENAIRE TECHNIQUE ET FINANCIER



PARTENAIRE DE MISE EN ŒUVRE








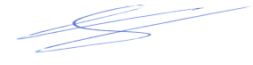


Affirmative action

Sis à NFANDENA au lieu-dit Essos Titi-Garage Yaoundé, rue 5.027

PARTENAIRES D'ASSISTANCE TECHNIQUES

- *Centre de Recherche sur la Santé des Armées (CRESAR)*
- *HEADA Cameroon (HEADA)*
- *Johns Hopkins Cameroon Program (JHCP)*
- *Mfoch Medical and Health Research Center (MMHRC)*

Equipe de recherche

EQUIPE DES CHERCHEURS			
Noms & Prénoms	Contacts et Signatures	Institution	Rôle
Dr. Iliassou MFOCHIVE NJINDAM	650 598 565 njindamfoch@gmail.com 	FMSB – UY 1	PI et Consultant International Lead
Dr. Joseph FOKAM	671 02 20 08 joseph.fokam@cnils.cm 	Comité National de Lutte contre le SIDA	Co – PI, <i>Secrétaire</i> Permanent
Dr. Colette JORO TAKA	698 77 57 22 colettetaka@gmail.com	Comité National de lutte contre la Drogue	Co – PI, <i>Secrétaire</i> Permanent
M. Jacques OMBILITEK	677 810 912 j.ombilitek@affirmativeact.org 	Affirmative Action	Co – Investigateur Principal
Judith Patricia NGOBO A BOKO	690 78 93 75 patimabelle2007@yahoo.fr 	Affirmative Action	Co – Investigateur
Dr. Marie Nicole NGOUFACK	675 52 06 18 mnnngoufack@gmail.com 	Institut Universitaire des Tropiques (IUT)	Co – Investigateur Expert virologue biologiste
Dr. Eric DEFO TAMGNO	696 91 30 74 edefo.jhcp@gmail.com 	HEADA Cameroon	Co – Investigateur Expert en biostatistiques
Dr. MALANE NSANGOU Aicha El-Ramadan	695 329 224 Danamalane@gmail.com 	Universite Yaounde 1	Co – Investigateur
Joseph Silvère TCHOMNOU DJEUKEU	695 43 12 07 j.tchomnou@affirmativeact.org 	Affirmative Action	Co – Investigateur

Remerciements

Nous tenons à remercier le Gouvernement camerounais et en particulier le Ministre de la Santé Publique, les Gouverneurs des régions du Centre et du Littoral et leurs collaborateurs qui ont gracieusement autorisé l'accès à aux structures sous leur compétence respective pour la collecte des précieuses données.

Notre grande appréciation aux différents partenaires qui ont abrité les sites de collecte des données YDF et EMPOWER Cameroon.

Notre gratitude à toute l'équipe du Centre de Recherche sur la Santé des Armées (CRESAR), de HEADA Cameroon (HEADA) et de Johns Hopkins Cameroon Program (JHCP) pour leur appui technique aux analyses des données de cette importante étude.

Nous exprimons également notre gratitude aux participants à l'étude pour leur temps et leurs contributions

Nous exprimons notre reconnaissance à tous ceux qui de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de cette étude plus particulièrement à tous les conseillers techniques de laboratoire et aux différents membres de l'équipe de recherche de terrain.

Conseillers techniques de laboratoires	
Dr. NWOBEGAHAY Julius,	
Membres des équipes de terrain	
Sites	Noms
Yaoundé	MALANE NSANGOU Aicha El-Ramadan, MOOH Alexandre, MFOCHIVE NJIDAM NGALIA Maimouna, NGASSA MOMO Nelly Audrey, NGA MESSI Véronique Léa, MOUNVERA MOLOUH Yousseuf, NLEND TJEGA Guy Roger, MBEH GWETH Éric Crépin, ELOUNGUE BESSERA Ferdinand Martial, BISSECK Maxime, MABAH FOTSO Stallone.
Douala	NITCHEU TCHOKOUAYA Emile Michel, NEDE NJOUME Diesel, MBAMBA LINGOM Frédéric Arsène, SHU BIH Sylvia, BITANGOU Nadia Pierrine, MONAM OLOO Judith, TCHAA Alex, MEDIO MENGUE Stéphane, NGUELEFAC Beltus, AMENI KOUENI Remy.

Table des matières

<i>Equipe de recherche</i>	3
<i>Remerciements</i>	4
<i>Abréviations et Acronymes</i>	8
<i>Liste des Tableaux</i>	9
<i>Liste des Annexes</i>	10
<i>Résumé de l'enquête</i>	11
<i>Executive Summary</i>	14
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	16
1.1. Contexte de l'épidémie au Cameroun	16
1.2. Justification	18
2. OBJECTIFS	20
2.1. Objectif général	20
2.2. Objectifs spécifiques.....	20
3. MÉTHODOLOGIE	21
3.1. Type, conception et Période d'étude.....	21
3.2. Sites géographiques de l'étude	21
3.3. Population d'étude et critères d'éligibilité	21
3.4. Taille d'échantillon	22
3.5. Stratégies de recrutement.....	23
3.5.1. Principe général	23
3.5.2. Recrutement des adultes âgés de 21 ans et plus.....	24
3.5.3. Recrutement des adolescents âgés de 18 - 20 ans	24
3.5.4. Stratégie d'échantillonnage de la phase qualitative	25
3.6. Procédures de collecte des données	25
1) Données sociodémographiques et comportementales	25
2) Données biologiques	26
3) Collecte des données qualitatives.....	28
3.7. Analyses des données.....	28
3.8. Considérations éthiques	29
4. RESULTATS	30
SECTION 1 : RESULTATS BIO-COMPORTEMENTAUX	30
4.1. Informations générales.....	30

4.2.	Caractéristiques sociodémographiques	33
4.2.1.	Situation démographique et matrimoniale	33
4.2.2.	Caractéristiques sociologiques	34
4.3.	Pratiques sexuelles des PUD	36
4.4.	Exposition aux services de prévention et de prise en charge du VIH	39
4.4.1.	Connaissance des moyens de prévention du VIH et croyances	39
4.4.2.	Accès aux services de prévention du VIH	42
4.5.	Exposition aux services de prévention et de prise en charge des VHB/VHC et IST	44
4.6.	Utilisation des drogues et pratiques d'injection	47
4.6.1.	Consommation des drogues non-injectables	48
4.6.2.	Consommation des drogues par injection	50
4.6.3.	Accessibilité au matériel d'injection au cours du dernier mois	51
4.6.4.	Comportements et expériences d'injection	52
4.6.5.	Surdose et programme de traitement de substitution	53
4.7.	Santé mentale chez les UD	55
4.8.	Stigmatisation et discrimination	57
4.9.	Accès au test de dépistage et de prise en charge du VIH	60
4.10.	Les tests sérologiques du VIH	61
4.10.1.	Prévalence du VIH et VHB et syphilis chez la population cible	61
4.10.2.	Distribution de la prévalence ajustée du VIH selon le sexe et l'âge	63
4.10.3.	Proportion des PUD positifs au VIH et qui ne connaissait pas préalablement leur statut avant l'étude	64
4.10.4.	Proportion des co-infections VHI, syphilis et hépatites B	65
4.10.5.	Succès virologiques	66
4.10.6.	Proportion de participants référés pour suspicion de tuberculose	66
4.10.7.	Analyse de régression logistique du Statut VIH par rapport à certains paramètres clés	67
SECTION 3 : COMPARAISON DE CERTAINS INDICATEURS CLES À CEUX D'IBBS 2025		69
SECTION 4 : RESULTATS D'ENQUÊTE QUALITATIVE		72
4.11.	Profil sociodémographique et trajectoires des personnes utilisatrices de drogues	72
4.12.	Typologie des drogues consommées et modes d'usage	72
4.14.	Perceptions locales de la santé mentale	73
4.15.	Troubles de santé mentale rapportés	74
4.16.	Interaction entre usage de drogues et santé mentale	74

4.17.	Usage de drogues illicites et pratiques sexuelles (Chemsex)	75
4.18.	Stigmatisation, violence et marginalisation sociale	75
4.19.	Accès aux soins de santé mentale et rôle des acteurs communautaires	76
4.20.	Stratégies de résilience et besoins exprimés	76
4.21.	L'offre et l'organisation des services de santé mentale	76
4.22.	Les pratiques de prise en charge	76
4.23.	Les mécanismes de référence et de coordination	77
4.24.	Les expériences de recours aux soins et les besoins non couverts	77
5.	DISCUSSION	79
6.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	82
7.	ANNEXES	84

Abréviations et Acronymes

AAR : Autorisation Administrative de Recherche

ARV : Antirétroviraux

CNERSH : Comité National d'Éthique en Santé Humaine

CNLD : Comité National de Lutte contre la Drogue

CNLS : Comité National de Lutte contre le Sida

CRESAR : Centre de Recherche sur la Santé des Armées

DRS : Driven Respondent Sampling (terme utilisé dans le résumé anglais)

EDTA : Acide Éthylène Diamine Tétra-Acétique

ELISA : Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

FGD / FGDs : Focus Group Discussion(s) (Discussion(s) de groupe)

FOSA : Formation Sanitaire

HBsAg : Antigène de surface de l'hépatite B

HEADA : Health Education and Development Association

IBBS : Integrated Bio-Behavioral Survey (Étude bio-comportementale intégrée)

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

JHCP : Johns Hopkins Cameroon Program

KIIs : Key Informant Interviews (Entretiens avec informateurs clés)

MINSANTE : Ministère de la Santé Publique

MMHRC : Mfoch Medical and Health Research Center

NDCC : National Drugs Control Committee (équivalent anglais du CNLD)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUDC : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime

PC : Populations Clés

PNLD : Programme National de Lutte contre la Drogue

POC : Point of Care

PR : Principal Recipient

PUD : Personnes Utilisatrices de Drogues

UD : Utilisateurs de drogues non-injectables

UDI : Utilisateurs de drogues par injection

Liste des Tableaux

Tableau 1. Critères d'éligibilité	21
Tableau 2. Taille des échantillons par site	23
Tableau 3. Guide de développement du code unique d'identification	29
Tableau 4. Distribution des participants par villes d'enquête	30
Tableau 5. Concordance des résultats par Kappa de Cohen's	30
Tableau 6. Estimation brute et ajustée de la prévalence du VIH chez les PUD par sexe	31
Tableau 7. Estimation brute et ajustée de la prévalence du VIH chez les PUD par âge	32
Tableau 8. Distribution des PUD selon les caractéristiques démographiques	33
Tableau 9. Caractéristiques démographiques des PUD de sexe féminin.....	34
Tableau 10. Distribution des PUD Caractéristiques sociologiques	35
Tableau 11. Tableau Caractéristiques sociologique des PUD de sexe féminin.....	36
Tableau 12. Comportements sexuels des PUD avec les différents types des partenaires	37
Tableau 13. Comportements sexuels des PUD de sexe féminin avec les différents types des partenaires .	38
Tableau 14. Connaissance des voies de transmission du VIH.....	40
Tableau 15. Connaissances des voies de transmission du VIH chez les PUD de sexe féminin	41
Tableau 16. Accès des UDI au matériel de prévention du VIH et sources d'approvisionnement	42
Tableau 17. Antécédents d'IST et d'hépatites virales chez les PUD	44
Tableau 18. Antécédents d'IST et d'hépatites virales chez les PUD de sexe féminin.....	46
Tableau 19. Utilisation des drogues non-injectables chez les PUD	48
Tableau 20. Utilisation des drogues non-injectables chez les PUD de sexe féminin	49
Tableau 21. Utilisation des drogues par injection chez les PUD.....	50
Tableau 22. Disponibilité et utilisation du matériel d'injection aux UDI au cours du dernier mois.....	52
Tableau 23. Pratique d'injection et partage du matériel d'injection	53
Tableau 24. Antécédents d'«overdose» et connaissance de prise en charge	54
Tableau 25. Problèmes de santé mentale chez les PUD.....	56
Tableau 26. Expérience de stigmatisation et/ou de discrimination des PUD.....	58
Tableau 27. Expérience de stigmatisation et/ou de discrimination des PUD de sexe féminin.....	59
Tableau 28. Évaluation des trois 95 dans la prise en charge des PUD séropositifs.....	60
Tableau 29. Estimation brute de la prévalence du VIH, de la syphilis et des hépatites B	62
Tableau 30. Estimation brute et ajustée de la prévalence du VIH chez les PUD	62
Tableau 31. Estimation brute et ajustée de la prévalence du VIH chez les PUD par sexe	63
Tableau 32. Estimation brute et ajustée de la prévalence du VIH chez les PUD par âge	63
Tableau 33. Estimation brute des nouveaux cas positifs connus PUD	65
Tableau 34. Estimation brute et ajustée de la prévalence du VIH chez les PUD	65
Tableau 35. Succès virologiques	66
Tableau 36. Proportion des participants référés pour suspicion de la TB sur la base de la triade syndromique	67
Tableau 37. Analyse de régression logistique du statut VIH par rapport à certains paramètres clés.....	68

Tableau 38. Comparaison de certains indicateurs clés entre l'étude IBBS-2023 et IBBS-2025 : UDI.....	70
Tableau 39. Tableau récapitulatif des recommandations	83

Liste des Figures

Figure 1. Courbe évolutive des utilisateurs de drogues de 2010 à 2023	17
Figure 2. Diagramme schématique du RDS.....	24
Figure 3. Algorithme de dépistage du VIH basé sur le protocole national.....	27
Figure 4. Algorithme du diagnostic du VHB base sur les guides de l'OMS de 2017	28
Figure 5. Interactions entre vulnérabilités structurelles, usage de drogues et santé mentale.....	78

Liste des Annexes

Annexe 1. Clairance Éthique	84
Annexe 2. Autorisation Administrative de Recherche (AAR).....	85

Résumé de l'enquête

Contexte : Au Cameroun, les statistiques du Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD) montrent que 21 % de la population camerounaise en âge scolaire a déjà consommé de la drogue. Des chiffres qui selon les spécialistes, pourraient s'aggraver si des mesures ne sont pas prises contre ce phénomène. La prévalence du VIH est disproportionnellement élevée chez les UDI (18,5%)¹ de Douala contre 2,4% dans la population adulte de la même ville² et de 2,1% dans la population générale en 2023 (MINSANTE).

Méthodes : Une étude transversale a été menée auprès des usagers de drogues (injectables ou non) dans deux capitales régionales (Yaoundé, Douala). Une taille d'échantillon de 440 participants était prévue pour cette étude. La méthode de recrutement en chaîne (RDS) qui permet de recruter les populations difficiles à atteindre a été utilisée pour enrôler les participants à l'étude. Un questionnaire comportemental a été administré aux participants par des enquêteurs formés et plusieurs tests rapides du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B ont été réalisés sur les échantillons sanguins des participants par des techniciens de laboratoire également formés. Compte tenu de certaines difficultés dans l'acquisition des tests biologiques, le test rapide d'hépatite C n'a pas pu être réalisé comme le prévoyait le protocole. Ce rapport ne présente que des analyses descriptives des indicateurs de risque et de certains indicateurs biologiques. Pour l'aspect qualitative, Les données ont été collectées à l'aide des entretiens semi-directifs auprès des acteurs institutionnels et communautaires et de discussions de groupe (FGDs) avec des usagers de drogues et des pairs éducateurs en utilisant des guides d'entretien.

Analyses des données : Les données comportementales et biologiques ont été saisies dans KoboCollect qui est une application mobile gratuite et "open source" utilisée avec KoboToolbox, une plateforme puissante pour concevoir des enquêtes et collecter des données dans des environnements de terrain difficiles, même hors ligne. Les données ont été vérifiées pour les sauts, la cohérence et la validité. Le logiciel R-Studio³ a été utilisé pour analyser les données et réaliser les tests statistiques de certains indicateurs clés pour générer les résultats de l'étude. Les données qualitatives ont été intégralement transcrites puis analysées selon une approche thématique inductive, combinant codage ouvert, axial et sélectif.

Considération éthique et administrative : La participation à cette étude était volontaire. Un code unique était attribué à chaque participant de façon à respecter le strict anonymat de la personne. Les informations recueillies étaient conservées en respect des règles nationales et internationales de confidentialité. Cette étude était approuvée par le Comité National d'Ethique en Santé Humaine (CNERSH) du Cameroun le 08 Septembre 2025 sous le numéro : N° 2025/09/1834/CE/CNERSH/SP (Annexe 1) et a reçu l'autorisation

¹ 2023-enquête bio – comportementale intégrée (IBBS) chez les populations clés (PC) au Cameroun et cartographie des lieux de vulnérabilité au VIH, des services et programmes en direction des PC. V. Janvier 2025

² onsp.minsante.cm

³ StataCorp. Stata Statistical Software 11 for Windows (64-bit x86-64): College Station, TX: StataCorp LLC; 16 Feb 2012 update.

administrative du Ministère de la Santé Publique le 23 Octobre 2025 sous le numéro : N° D30-1216/AAR/MINSANTE/SG/DROS (Annexe 2).

Résultats : Dans l'ensemble des deux sites, 444 participants ont été enrôlés sur la taille minimum attendue de 440, soit un taux d'atteinte de 100,9%. Parmi les enquêtés, 365 (82,2%) étaient des hommes et 79 (17,8%) des femmes. De ces participants, 140 (31,6%) étaient des utilisateurs injectables parmi lesquels 38 (27,1%) étaient des femmes.

Dans l'ensemble des deux sites, les estimations ajustées de la prévalence du VIH étaient de 11,6 % [11,2 – 12,0]. Ces estimations étaient élevées chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI) avec 18,7% (17,3%-20,1%) contre 9,8% (9,5-10,1%) chez les utilisateurs de drogues non-injectables. Il y avait une forte disparité entre les villes d'étude avec 22,7% [20,2% - 25,2%] chez les UDI de Douala contre 15,6% [14,1% - 17,2%] de ceux de Yaoundé. Chez les UD, la prévalence ajustée était de 11,4% [11,0–11,8] à Douala contre 8,0% [7,6–8,4] à Yaoundé. La prévalence du VIH était nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, tant parmi les UD (33,5% [32,3–34,7] vs 4,4% [4,1–4,7]) que parmi les UDI (47,3% [45,1–49,5] vs 10,7% [10,1–11,3]).

Compte tenu du faible nombre des usagers de drogues infectés par la syphilis et les hépatites, les ajustements ne présentaient aucune différence avec les valeurs brutes. La syphilis n'était présente que chez 3 participants UD de Yaoundé soit une prévalence 1,9% [0,7%–5,5%]. Les estimations brutes de la prévalence des hépatites B étaient de 6,9% [4,6 – 9,4] chez les utilisateurs de drogues des deux sites. Ces estimations étaient élevées chez les UDI de Yaoundé avec 8,9 [3,5%–20,7%] contre 1,8 [0,3–9,6]] chez ceux de Douala. La même tendance était observée chez les UD de Yaoundé avec 6,4 [3,5–11,4] contre 1,6 [0,5–4,6] de ceux de Douala. La proportion des PUD présentant des symptômes évocateurs de tuberculose était de 27,3% [23,3–31,7], particulièrement élevée chez les UD et UDI de Douala et chez les femmes, suggérant un important besoin de dépistage et de prise en charge intégrés VIH–TB dans ces sous-groupes.

Chez les utilisateurs de drogues non injectables, les drogues les plus couramment consommées étaient le cannabis (74%) suivi de la marijuana (54%). La marijuana est plus consommée à Douala (77,8%) qu'à Yaoundé (25,9%). L'opioïde est la drogue la moins consommée avec 1,6% dans l'ensemble et n'est consommé qu'à Yaoundé par 3,5% des participants. Chez les UD, la consommation de cocaïne, de crack et de méthamphétamine est également fréquente, avec des usages intensifs (jusqu'à 2–3 prises par jour) et une association à des pratiques sexuelles à risque, notamment dans des contextes de chemsex.

Chez les utilisateurs de drogues par injection, l'héroïne, le Crack et le cristal sont les principales drogues les plus couramment consommées avec respectivement 35,4%, 22,0% et 17,1% rapportées par les UDI. Près d'un quart (24,2%) des usagers injecteurs déclarent avoir partagé des aiguilles au cours des six derniers mois, avec une proportion particulièrement élevée à Douala avec 48,1% contre 17,6% des UDI de Yaoundé. Seuls deux tiers des UDI rapportent avoir utilisé une aiguille neuve lors de leur dernière injection, avec une couverture quasi complète à Yaoundé (98,0%) mais très insuffisante à Douala (46,9%), traduisant des écarts majeurs d'accès aux matériels de réduction des risques.

De manière générale, 6,8 % des participants ont déclaré avoir fait une overdose de drogues ayant entraîné une perte de connaissance au cours des six derniers mois. Cette proportion était plus élevée à Douala (9,1 %) qu'à Yaoundé (4,0 %). Le crack et la méthamphétamine constituaient les drogues les plus consommées lors de l'overdose avec respectivement 30,0% et 26,7% rapportées par les UDI.

Selon l'ONUSIDA en 2023, l'évaluation des objectifs mondiaux d'élimination du VIH d'ici 2030 (cascade 95-95-95), pour les UDI, donne les valeurs de 35,4%-23,5%-50,0%.

Discussion : *Malgré une intensification des programmes de lutte contre la drogue et le VIH par le PNLD et le CNLS depuis quelques années, la prévalence du VIH reste élevée chez les utilisateurs des drogues et notamment chez ceux utilisant les drogues par injection. En effet, la prévalence du VIH est passée de 18.5% [17.0%-19.9%] à 22,7% [20,2% - 25,2%] chez les UDI de Douala. Dans l'ensemble des deux sites, la proportion des cas positifs au VIH non diagnostiqués par les programmes était plus élevée chez les UDI avec 13,0% contre 5,2% chez les UD.*

Des paquets combinés d'interventions de prévention et de traitement devront être renforcés pour surmonter les obstacles rencontrés par les utilisateurs de drogue dans l'accès aux soins qui ont été largement rapportés dans cet échantillon, y compris les stratégies visant à réduire la stigmatisation, la discrimination et la prise en charge de la santé mentale.

Conclusion : *Les résultats obtenus révèlent une accentuation des facteurs des risques d'infection au VIH chez les utilisateurs de drogues par injection. L'accentuation des vulnérabilités au VIH dans un contexte de précarité économique et de trouble de santé mentale incite à développer un programme d'offre de services complet adapté aux utilisateurs des drogues.*

Executive Summary

Context: In Cameroon, statistics from the National Drugs Control Committee (NDCC) show that 21% of the Cameroonian school-age population has already used drugs. Experts believe these figures could worsen if measures are not taken to control this phenomenon. The prevalence of HIV is disproportionately high among people who inject drugs (18.5%) in Douala, compared to 2.4% in the adult population of the same city and 2.1% in the general population in 2023 (Ministry of Public Health).

Methods: A cross-sectional study was conducted among drug users (injectable and non-injectable) in two regional capitals (Yaoundé and Douala). A sample size of 440 participants was planned for this study. The chain recruitment method (DRS), which allows for the recruitment of hard-to-reach populations, was used to enroll study participants. A behavioral questionnaire was administered to participants by trained interviewers, and several rapid tests for HIV, syphilis, and hepatitis B were performed on participants' blood samples by trained laboratory technicians. Due to some difficulties in acquiring the biological tests, the rapid hepatitis C test could not be performed as planned. For the qualitative aspect, data were collected using semi-structured interviews with institutional and community actors and focus group discussions (FGDs) with drug users and peer educators using interview guides.

Data Analysis: Behavioral and biological data were entered into KoboCollect, a free and open-source mobile application used with KoboToolbox, a powerful platform for designing surveys and collecting data in challenging field environments, even offline. The data were checked for gaps, consistency, and validity. R-Studio software was used to analyze the data and perform statistical tests on selected key indicators to generate the study results. The qualitative data were fully transcribed and then analyzed using an inductive thematic approach, combining open, axial and selective coding.

Ethical and administrative considerations: Participation in this study was voluntary. A unique code was assigned to each participant to ensure strict anonymity. The information collected was stored in accordance with national and international confidentiality rules. This study was approved by the National Ethics Committee for Human Health (CNERSH) of Cameroon on September 8, 2025, under number: No. 2025/09/1834/CE/CNERSH/SP (Appendix 1) and received administrative authorization from the Ministry of Public Health on October 23, 2025, under number: No. D30-1216/AAR/MINSANTE/SG/DROS (Appendix 2).

Results: Across both sites, 444 participants were enrolled out of the minimum expected sample size of 440, representing an enrollment rate of 100,9%. Of these participants, 365 (82,2%) were male and 79 (17,8%) were female. 140 (31,6%) out of all participants were injecting drug users including 38 (27,1%) female.

Across both sites, the adjusted HIV prevalence estimates were 11.6% [11.2–12.0]. These estimates were high among people who inject drugs (PWID) at 18.7% (17.3%–20.1%) compared to 9.8% (9.5–10.1%) among non-injectable drug users. There was a significant disparity between the study cities, with 22.7%

[20.2%–25.2%] among PWID in Douala compared to 15.6% [14.1%–17.2%] among those in Yaoundé. Conversely, among PWID, the prevalence was high in Yaoundé at 13.0% [12.3%–13.7%] compared to 6.1% [6.1%–6.3%] in Douala. Among drug users, the adjusted HIV prevalence was 11.4% [11.0–11.8] in Douala compared to 8.0% [7.6–8.4] in Yaoundé. HIV prevalence was markedly higher among women than men, both among UD (33.5% [32.3–34.7] vs. 4.4% [4.1–4.7]) and UDI (47.3% [45.1–49.5] vs. 10.7% [10.1–11.3]).

Given the small number of drug users infected with syphilis and hepatitis, the adjustments showed no difference from the raw values. Syphilis was present in only 3 drug users from Yaoundé, representing a prevalence of 1.9% [0.7%–5.5%]. The raw estimates of hepatitis B prevalence were high among drug users in Yaoundé, at 8.9 [3.5%–20.7%] compared to 1.8 [0.3–9.6] among those in Douala. The same trend was observed among drug users in Yaoundé, with 6.4 [3.5–11.4] compared to 1.6 [0.5–4.6] among those in Douala. The proportion of PUD presenting symptoms suggestive of tuberculosis was 27.3% [23.3–31.7], particularly high among UD and UDI in Douala and among women, highlighting a major need for integrated HIV–TB screening and management in these subgroups.

Among drug users, cocaine, crack, and methamphetamine use was also frequent, with intensive consumption (up to 2–3 times per day) and association with risky sexual practices, particularly in chemsex contexts.

Among non-injecting drug users, the most commonly consumed drugs were cannabis (74%) followed by marijuana (54%). Marijuana was more consumed in Douala (77.8%) than in Yaoundé (25.9%). Opioids were the least consumed drug overall (1.6%) and were only used in Yaoundé by 3.5% of participants.

Among injecting drug users, heroin, crack cocaine, and crystal meth are the most commonly used drugs, reported by 35.4%, 22.0%, and 17.1% of people who inject drugs (PWID), respectively. Nearly a quarter (24.2%) of injection drug users reported sharing needles in the past six months, with a particularly high proportion in Douala (48.1%) compared to 17.6% of PWID in Yaoundé. Only two-thirds of UDI reported using a new needle for their last injection, with near-complete coverage in Yaoundé (98.0%) but very insufficient in Douala (46.9%), reflecting major disparities in access to harm reduction materials.

Overall, 6.8% of participants reported experiencing a drug overdose that resulted in loss of consciousness in the past six months. This proportion was higher in Douala (9.1%) than in Yaoundé (4.0%). Crack cocaine and methamphetamine were the most commonly used drugs in overdoses, reported by people who inject drugs (PWID) at 30.0% and 26.7%, respectively.

The assessment of the global HIV elimination targets by 2030 (95-95-95 cascade) yields the following values for PWID: 35,4%-23,5%-50,0%.

Discussion: Despite the intensification of drug and HIV control programs by the National Drug Control Program (PNLD) and the National AIDS Control Program (CNLS) in recent years, HIV prevalence remains high among drug users, particularly those who inject drugs. Indeed, HIV prevalence among PWID in Douala increased from 18.5% [17.0%–19.9%] to 22.7% [20.2%–25.2%]. Across both sites, the proportion of HIV-positive cases not diagnosed by programs was higher among people who inject drugs (PWID), at 13.0%, compared to 5.2% among people who inject drugs (PWID).

Combined packages of prevention and treatment interventions will need to be strengthened to overcome the barriers faced by drug users in accessing care, which were widely reported in this sample. These barriers include strategies to reduce stigma and discrimination, and to improve mental health care.

Conclusion: *The results reveal an increased risk of HIV infection among people who inject drugs. The heightened vulnerability to HIV in a context of economic hardship and mental health disorders underscores the need to develop a comprehensive service delivery program tailored to drug users.*

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1. Contexte de l'épidémie au Cameroun

Près de 316 millions de personnes ont fait usage de drogues psychoactives au cours de l'année 2023, un chiffre qui dépasse largement les 275 millions en 2020 et qui, d'ici à 2030, devrait augmenter de plus de 25% dans le monde et de près de 50% rien qu'en Afrique. Selon le Rapport mondial sur les drogues 2025, cette croissance dépasse celle de la population mondiale (environ 6% des 15-64 ans en 2023)⁴.

Selon le rapport de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), le nombre de personnes consommant des drogues illicites est passé à 292 millions en 2022⁵. Il note que la plupart des usagers dans le monde consomment du cannabis - 228 millions de personnes - tandis que 60 millions de personnes dans le monde consomment des opioïdes, 30 millions des amphétamines, 23 millions de la cocaïne et 20 millions de l'ecstasy. En outre, l'ONUDC a constaté une augmentation des décès par surdose à la suite de l'émergence des nitazènes - un groupe d'opioïdes synthétiques potentiellement plus dangereux que le fentanyl - dans plusieurs pays à revenu élevé.

Dans son rapport mondial sur les drogues de 2012, l'ONUDC estimait qu'entre 3,4 % et 6,6 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans auraient consommé des SPA illicites au moins une fois au cours de l'année 2010 et la moitié de ceux-ci étaient considérés comme des usagers actuels (consommation au moins une fois pendant le mois ayant précédé l'évaluation). L'ONUDC signalait que le nombre total de personnes faisant un usage illicite de drogues avait augmenté depuis la fin des années 1990, mais les taux de prévalence s'étaient stabilisés autour des 5 % au cours de la dernière décennie ; une stabilité rompue par l'accélération récente confirmée en 2025. Toutefois, d'un point de vue géographique, l'usage de drogues continue de s'étendre en particulier dans les pays en transition et en développement⁶.

⁴ UNODC, World Drug Report 2025 (United Nations publication, 2025).

⁵ UNODC, World Drug Report 2024 (United Nations publication, 2024).

⁶ Dans l'enquête ESCC- Santé mentale (2012) les « autres drogues » comprennent des substances telles que les drogues de club, l'héroïne, les solvants, d'autres drogues illicites ainsi que des sédatifs, des analgésiques ou des stimulants sous ordonnance consommés à des fins non médicales.

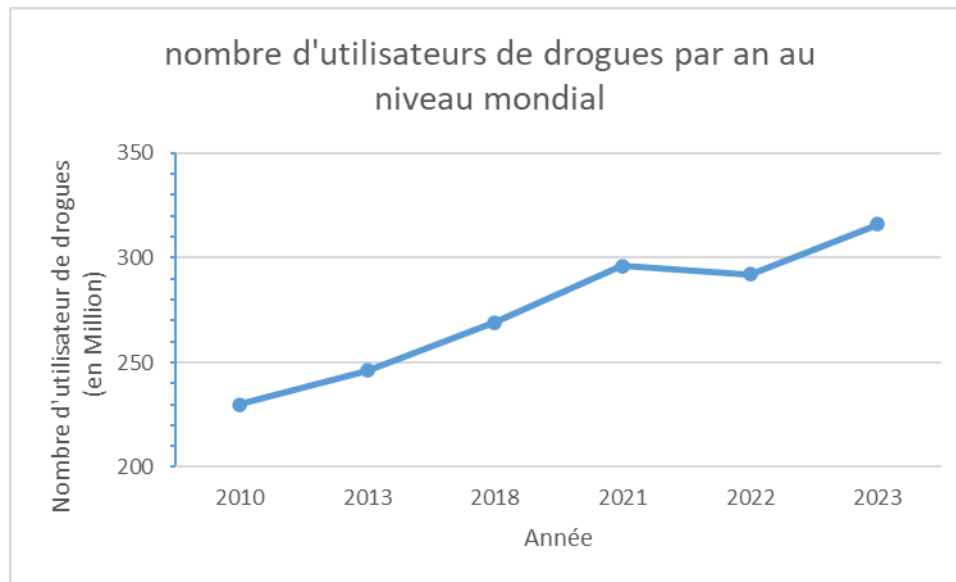


Figure 1. Courbe évolutive des utilisateurs de drogues de 2010 à 2023

D'après les estimations, 36 millions de personnes présentent des troubles liés à l'usage de drogues⁷. Il apparaît donc que la consommation de drogues et les troubles et affections connexes continuent de poser des problèmes de santé publique de très grande envergure. Or, cette charge est dans une large mesure évitable. Selon les dernières estimations de l'OMS, environ 583 000 décès étaient directement ou indirectement imputables à l'usage de drogues en 2019, dont près de 450 000 attribuables aux opioïdes et environ 14 000 au cannabis. L'usage de drogues par injection représente environ 20 % des infections à VIH en dehors de l'Afrique subsaharienne⁸ et, d'après le dernier rapport de situation de l'OMS sur le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, il contribue de façon significative aux épidémies d'hépatite B et d'hépatite C dans toutes les Régions. Depuis 1999 jusqu'à fin 2023, plus de 1 million de personnes sont décédées de surdoses d'opioïdes aux États-Unis d'Amérique ; dans ce pays, le taux de mortalité par surdose dépasse le taux de mortalité due au VIH/sida au plus fort de l'épidémie⁹. Cela étant, les analgésiques opioïdes et les médicaments psychotropes placés sous contrôle international sont indispensables pour assurer les services de soins de santé essentiels, en particulier pour dispenser des soins palliatifs, prendre en charge la douleur et traiter les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives.

⁷ World Drug Report 2021. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2021 (<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>, consulté le 4 mars 2022).

⁸ Données de l'ONUSIDA, 2021. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2021 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021_unaids_data, consulté le 4 mars 2022).

⁹ National Institute on Drug Abuse: Drug Overdose Deaths: Facts and Figures; <https://nida.nih.gov/research-topics/trends-statistics/overdose-death-rates#Fig1>

La tuberculose est souvent associée à des conditions telles que la malnutrition, le VIH et d'autres maladies chroniques. Les personnes vivant avec le VIH ont un risque considérablement élevé de développer la tuberculose ; environ un tiers des décès dus au VIH sont attribuables à cette coïnfection¹⁰. Environ 161.000 décès dus à la tuberculose ont été signalés chez des personnes vivant avec le VIH en 2023¹¹.

Au Cameroun comme ailleurs, la prévalence du VIH est disproportionnellement plus élevée dans des sous-groupes clés de la population, notamment les UDI et autres populations clés (UNAIDS, 2000). En raison de la superposition de différents types de stigma, les PC y compris les usagers de drogues séropositives au VIH sont les plus exposées aux conséquences négatives sur la santé (Costa *et al.*, 2022). Cette superposition de stigma liées au VIH et à l'utilisation des drogues entraîne aussi une dégradation de la santé mentale, une exacerbation d'attitude à risque d'infection au VIH, un faible recours aux services et une faible adhésion aux médicaments antirétroviraux (ARV).

Il faut noter que, bien que les programmes pour les PC aient réussi à induire la réduction des transmissions du VIH dans le contexte du commerce du sexe, la plupart des transmissions ultérieures sont maintenant dues aux besoins non satisfaits en matière de prévention/traitement des nouveaux groupes à risque émergents tels que les UDI¹². Le dépistage du VIH et la connaissance du statut sérologique du VIH constituent la première étape de la cascade du traitement. Ils sont essentiels à la réalisation des objectifs mondiaux 95-95-95 en matière de diagnostic, de traitement et de suppression virale.

1.2. Justification

L'usage de drogues notamment la cocaïne ou l'héroïne sous forme injectable est un vecteur connu et documenté dans la transmission du VIH et des hépatites virales dans de nombreux pays, notamment en Asie, en Europe centrale et, plus récemment, au Moyen Orient et en Afrique du Nord. Cependant, la transmission du VIH liée au partage du matériel d'injection n'est documentée que dans quelques pays d'Afrique parce que ce mode de consommation est considéré comme peu fréquent.

Les résultats susmentionnés de l'IBBS de 2023 et d'autres études démontrent clairement l'importance de faire progresser les connaissances et de répondre aux besoins des usagers de drogues en général. En outre, dans son Plan stratégique national 2021-2023, le pays a identifié les usagers de drogues (UD), y compris les utilisateurs des drogues par injection (UDI) comme autres populations à haut risque d'infection¹³. Compte tenu de la prévalence déjà élevée du VIH

¹⁰ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Tuberculose. 2022. Disponibles sur: <https://www.unaids.org/fr/ke-370-words/tuberculosis-tb> [Consulté le 3 novembre 2024].

¹¹ Organisation mondiale de la santé. Tuberculose. 2023. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> [Consulté le 3 novembre 2024].

¹² Silhol *et al.*, 2021

¹³ Plan national de santé (Ministère de la santé publique). (2018-2022)

chez les UDI à Douala (18,5%), la faible représentativité des femmes utilisatrices des drogues et l'augmentation du nombre des UDI observé dans les zones urbaines de Yaoundé et Douala, justifient la nécessité de mener une étude en tenant compte de ces insuffisances¹⁴¹⁵

Des données sur la portée du programme de 2021 ont indiqué que 820 UDI ont accédé aux services de prévention du VIH dans la région du centre (Yaoundé) et 581 UDI dans la région du Littoral (Douala). L'étude IBBS de 2023 a validé la **forte densité** de UDI à Douala (1357) et Yaoundé (1238) par rapport aux données programmatiques du reste des autres capitales régionales qui estiment qu'à quelques dizaines ou centaines.

Pour que le pays puisse continuer à progresser dans ses objectifs stratégiques nationaux ainsi que vers l'objectif de mettre fin au VIH/sida d'ici 2030, des services complets devront répondre et surmonter les besoins et les obstacles identifiés à la participation des UD aux soins, y compris la stigmatisation, la discrimination et la violence, qui ont été largement rapportés dans l'échantillon dans l'IBBS de 2023 et continuer à étendre les interventions ciblées à ces populations qui ont été identifiées comme une priorité pour le pays. Il est essentiel d'évaluer les niveaux et les tendances du VIH et des comportements à risque dans ces populations afin de comprendre l'ampleur, la trajectoire et le potentiel de propagation du VIH ainsi que la performance et l'efficacité des programmes actuellement en place au Cameroun.

¹⁴ Storm, M., Keshab, D., Demas, J., Shrestha, U., Rawal, B., Bhattarai, R., & Marrone, G. (2020, 8 juin). Prévalence du VIH, de la syphilis et évaluation des déterminants sociaux et structurels des comportements sexuels à risque et de l'utilisation des services de santé chez les femmes HSH et transgenres dans le district routier du Teraï au Népal : résultats basés sur un IBBS utilisant RDS. *BMC Infectious Diseases*, 20(402), 1-14. Libre accès. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05122-3>

¹⁵ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Rapport mondial sur les drogues 2016, p. 15

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

L'objectif général de l'étude est de mesurer de manière descriptive les indicateurs biologiques (VIH, syphilis, hépatites B et C) et comportementaux influençant la transmission du VIH/IST parmi les utilisateurs de drogues (injectables ou non)

2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques se résument à :

- 1) Estimer la prévalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B, de l'hépatite C et des différentes coïnfections ;
- 2) Estimer la proportion des usagers de drogues (injectables ou non) atteintes d'une possible infection tuberculeuse sur la base des syndromes cardinaux ;
- 3) Déterminer les facteurs comportementaux influençant la transmission du VIH qui consistera à recueillir des informations relatives :
 - Aux caractéristiques sociodémographiques ;
 - Aux comportements de consommation de drogues et de partage d'aiguilles ;
 - Aux types de drogues les plus couramment utilisées et leur fréquence d'utilisation ;
 - Au comportement sexuel, y compris la connaissance et l'utilisation de préservatifs ;
 - À la connaissance et traitement du VIH/SIDA et des autres IST et
 - À l'exposition des PUD aux programmes de réduction de risque au VIH lié à la consommation des drogues disponibles à Yaoundé et Douala.
- 4) Faire un état des lieux des dispositifs communautaires et étatiques pour identifier les besoins en santé mentale des PUD dans les villes de Yaoundé et Douala ;
- 5) Evaluer les objectifs mondiaux d'élimination du VIH d'ici 2030 (Cascade 95-95-95) et le succès virologique chez les personnes séropositives au VIH sous traitement antirétroviral.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Type, conception et Période d'étude

C'est une étude transversale descriptive mixte (quantitative et qualitative) qui utilise les questionnaires et des guides structurés pour collecter les données. Plus encore, la méthode qualitative a reposé sur une approche multi-acteurs et multi-niveaux. Cette approche a visé le croisement les perspectives des acteurs institutionnels, communautaires et des personnes utilisatrices de drogues afin de produire une compréhension fine et contextualisée des dispositifs de prise en charge de la santé mentale dans les sites d'étude. L'enquête a couvert la période allant d'Octobre à Décembre 2025.

3.2. Sites géographiques de l'étude

L'étude est conduite dans deux capitales régionales, Douala et Yaoundé, qui sont des villes comprenant le plus grand nombre des utilisateurs des drogues selon les données programmatiques et des études récentes. Dans chaque ville, les organisations à base communautaires, offrant les services de prévention du VIH aux utilisateurs de drogues à savoir Empower Cameroon et Youth Développent Fondation (YDF) ont été identifiées pour abriter l'étude.

3.3. Population d'étude et critères d'éligibilité

Composante quantitative : De manière opérationnelle, nous avons défini les usagers de drogues comme des personnes ayant déclaré avoir consommé, ou s'être injecté des drogues illicites au cours des 6 derniers mois. Est considéré comme usager de drogue injectable toute personne utilisant une drogue injectable ou une drogue non injectable par voie intraveineuse. Compte tenu de l'insuffisance des données sur les consommatrices de drogues, une collaboration active avec les organisations à base communautaire offrant des services à la population cible a permis d'échantillonner les hommes et femmes dans une proportion de 3 : 1. Les critères d'éligibilité des participants sont basés sur les caractéristiques détaillées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Critères d'éligibilité

Critères d'inclusion	
Adolescents de moins de 21 ans	Adultes plus de 21 ans
<ul style="list-style-type: none">• âgé entre 18 et 20 ans• à mesure de faciliter l'obtention d'un consentement parental• Capable de fournir un assentiment	<ul style="list-style-type: none">• âgé de 21 ans ou plus• Capable de donner un consentement éclairé

<ul style="list-style-type: none"> • Déclare avoir consommé ou s'être injecté des drogues illicites au cours des 6 derniers mois • Parle et comprend l'anglais ou le français • Présente un coupon RDS valide pour l'étude • Avoir résidé dans un site d'étude au cours des trois derniers mois 	
Critères de non inclusion	
<ul style="list-style-type: none"> • N'étant pas à mesure de se présenter avec son parent ou son tuteur légal pour l'obtention d'un accord parental 	
<ul style="list-style-type: none"> • Agé de moins de 18 ans • Ne répond pas à la définition opérationnelle des UD • Ne répond pas à un ou plusieurs critères d'inclusion sus mentionnés • Ne jouissant pas des capacités cognitives pour participer à l'étude 	

Pour la composante qualitative trois catégories d'acteurs âgés de 18 ans au moins ayant donné un consentement éclairé ont été recrutés. Il s'agissait des acteurs institutionnels (Responsables d'hôpitaux et des services psychiatriques, responsables des services de santé publique du ministère de la santé publique, responsables de centres de traitement des addictions et de services sociaux), des acteurs communautaires (ONG locales, Associations de réduction des risques, Centres d'écoute, Pairs éducateurs impliqués dans l'accompagnement des usagers de drogues) et de la population cible (Consommateurs actuels de drogues, Poly-consommateurs, Usagers de drogues par injection, sniffées ou fumées).

3.4. Taille d'échantillon

Phase quantitative : la formule de Cochran¹⁶ est utilisée pour calculer la taille (n) minimum de l'échantillon dans chaque site d'enquête :

$$n = \frac{deff * z^2 * p * (1-p)}{(d^2 + \frac{z^2 * p * (1-p)}{N}) * (1-x)} \quad (1)$$

Les paramètres statistiques de la formule (1) sont fixés comme suit :

- Étant donné que les participants à l'étude ne sont pas sélectionnés sur la base d'une méthode aléatoire simple, on prend en compte l'effet plan noté deff. On le fixe à 2 pour la méthode RDS^{17,18} ;
- On désire que le niveau de confiance des estimations soit de 95%. Dans ce cas, z=1,96 ;
- p, la prévalence du VIH estimée en 2023 est de 18,5%¹⁹ à Douala et à Yaoundé où la prévalence du VIH n'avait pas été estimée, elle est fixée à 50% ;
- d, la marge d'erreur (ou la précision) des estimations est fixée à 10% pour le site de Yaoundé où la prevalence dépasse 20% et de 7% dans le site de Douala où la prévalence était inférieure à 20% ;
- N est l'estimation de la taille des UD correspondant à la valeur estimée en 2023 dans les villes de Yaoundé et Douala ;
- X, le taux de refus est estimé à 10%.

¹⁶ Cochran WC. Chapter 5: Stratified random sampling. Sampl Tech 3rd ed. 1977

¹⁷ Johnston LG, Chen Y-H, Silva-Santisteban A, Raymond HF, DiNenno E. An empirical examination of respondent driven sampling design effects among HIV risk groups from studies conducted around the world. AIDS Behav. 2013;17(6):2202–2210.

¹⁸ Wejnert C, Pham H, Krishna N, Le B, DiNenno E. Estimating design effect and calculating sample size for respondent-driven sampling studies of injection drug users in the United States. AIDS Behav. 2012;16(4):797–806.

¹⁹ 2023-enquête bio – comportementale intégrée (IBBS) chez les populations clés (PC) au Cameroun et cartographie des lieux de vulnérabilité au VIH, des services et programmes en direction des PC. V.Janvier 2025

Sur la base de ces paramètres, la taille minimum attendue de l'échantillon sera de 242 à Douala et de 198 à Yaoundé. La répartition de la taille de l'échantillon par site d'enquête est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2. Taille des échantillons par site

Les villes d'enquête	P	N	n
Douala	18,5%	1357	242
Yaoundé	50%	1238	198
Total		2595	440

Phase qualitative : Dans chaque ville d'enquête, 4 informateurs institutionnels et 1 pair éducateur ont été recrutés pour des entretiens individuels semi-structurés, et 10 acteurs communautaires pour les discussions de groupe.

Dans chaque site, 5 entretiens semi-structurés (Key Informant Interviews – KIIs), 1 groupe de discussion avec 20 acteurs communautaires.

3.5. Stratégies de recrutement

3.5.1. Principe général

Les utilisateurs de drogues sont considérés comme des populations cachées donc difficiles à joindre. Par ailleurs, il n'existe pas de base de sondage exhaustive de ces populations pour pouvoir y sélectionner aléatoirement l'échantillon des personnes à inclure dans l'échantillon. Dans ce contexte, les échantillons seront reconstitués suivant la méthode d'échantillonnage orienté par les répondants, encore appelée "Respondent-Driven Sampling (RDS)" en anglais.

Le recrutement avec RDS se fonde sur l'utilisation de scripts de recrutement et de coupons. L'équipe de recherche explique l'étude à la graine potentielle, lui donne également les informations nécessaires sur l'admissibilité des potentiels participants et les coordonnées du site de l'étude. La graine constitue le point de départ du recrutement en chaîne. Le coupon est une petite carte similaire à une carte de visite qui représente l'étude mais qui n'identifie pas le porteur comme étant utilisateur de drogue. Il comprend des informations sur le site de l'étude et un numéro d'identification anonyme. Les scripts de recrutement sont de récits brefs qui contiennent des informations sur l'étude et comment y participer.

La méthode RDS consiste donc à identifier dans un premier temps un nombre restreint de leaders communautaires ou graines qui constitueront les points de départ des vagues de recrutement pour participer à l'étude. L'identification des graines se fait par un échantillonnage de convenance en respectant un certain nombre de critères définis en collaboration avec les organisations communautaires offrant les services à cette population. Ces critères sont les suivants :

- 1) Comprendre le processus de recrutement ;
- 2) Etre capable de recruter des pairs ;
- 3) Connaître de nombreux autres pairs et
- 4) Montrer de l'intérêt à être recruteur.

Chaque graine est invitée à recruter jusqu'à trois membres de son réseau social qui satisfont aux critères d'éligibilité de l'étude. Les membres recrutés sont chargés de recruter à leur tour jusqu'à un maximum de trois membres de leur propre réseau social et se répétant par vagues successives de recrutement de pairs jusqu'à ce que la taille d'échantillon souhaitée soit atteinte ou que le seuil d'équilibre soit atteint.

Après consentement, les graines vont successivement passer un questionnaire comportemental conduit par un enquêteur formé, et des tests sérologiques. Par la suite, les graines vont recevoir trois coupons à distribuer à leurs pairs. Les pairs recrutés après avoir participé vont à leur tour recevoir trois coupons chacun à distribuer au sein de son réseau social.



Le carré bleu représente une graine (I101). Cette graine a recruté trois de ses pairs (107, 109, 105) qui ont eux-mêmes recruté d'autres participants à leur tour. (Bleu : Séronégatif au VIH ; Rouge : Séropositif au VIH).

Figure 2. Diagramme schématisique du RDS

Les frais de transport sont remboursés à hauteur de 2000 FCFA à la première visite et une seconde somme d'un maximum de 3000 FCFA à la deuxième visite dépendant du niveau de recrutement de ses pairs à l'aide de ses coupons de référence. Sur la base d'un maximum de trois participants référés par recruteur, les participants ont reçu un maximum de 5 000 FCFA. Le remboursement du transport a été payé en espèces une fois le circuit du participant terminé, et des paiements de recrutement supplémentaires ont été effectués après le recrutement des participants référés.

3.5.2. Recrutement des adultes âgés de 21 ans et plus

Un consentement éclairé est demandé au potentiel participant âgés de 21 ans ou plus qui le signe et le processus de son recrutement débute tel que défini dans la section "Procédure de collecte des données".

3.5.3. Recrutement des adolescents âgés de 18 - 20 ans

Avant tout recrutement des potentiels participants âgés de 18 - 20 ans, un consentement parental de son parent ou de son tuteur est demandé. Les étapes suivantes sont suivies pour obtenir ce consentement :

- 1) Le potentiel participant jeune se présente avec son parent ou son tuteur qui est invité au site d'étude en même temps que lui ;

- 2) Un membre de l'équipe lui explique l'objet de son invitation en maintenant une confidentialité absolue et en évitant de dévoiler les attitudes à risque au VIH du potentiel participant ;
- 3) Lorsque le parent ou le tuteur a compris le processus, la notice d'information lui est lue et un consentement lui est demandé pour marquer son accord à la participation de son enfant à l'étude.

Lorsque l'accord de son parent ou de son tuteur légal est obtenu, le potentiel participant signera le document d'assentiment et le processus de collecte de ses données débutera tel que défini dans la section "Procédures de collecte des données".

3.5.4. Stratégie d'échantillonnage de la phase qualitative

La stratégie non probabiliste combinant un *échantillonnage raisonné* pour la sélection des acteurs institutionnels et communautaires jugés pertinents au regard de leur rôle dans la prise en charge de la santé mentale et/ou des addictions et *un échantillonnage par boule de neige* pour le recrutement des participants et des pairs éducateurs, afin de faciliter l'accès aux réseaux souvent cachés et stigmatisés.

3.6. Procédures de collecte des données

Avant que la collecte de données ne commence, le personnel de l'étude a été formé sur les méthodes de l'étude, les outils de collecte de données et l'éthique de la recherche.

L'éligibilité d'un individu à participer à l'étude était déterminée par un membre du personnel dans une salle privée à son arrivée au site de l'étude. Pour ce faire, l'enquêteur posait des questions au participant et évaluait subjectivement les critères d'éligibilité tels que la capacité mentale, la sobriété et si le participant était vraiment membre de la population cible. L'éligibilité du participant était évaluée dans un cadre confidentiel par l'enquêteur sous la supervision du coordinateur du site et les investigateurs.

1) Données sociodémographiques et comportementales

Les données comportementales ont été collectées à l'aide d'un questionnaire individuel qui comprend des questions sur les données sociodémographiques, les comportements liés au VIH, les symptômes du VIH et IST ainsi que sur les connaissances, les attitudes, les pratiques, la consommation et surdose des drogues, l'exposition aux violations des droits de l'homme, les problèmes liés à la santé mentale, la stigmatisation et les questions liées au dépistage syndromique de la tuberculose. Environ 30 à 45 minutes ont été nécessaires pour compléter le questionnaire comportemental avec un participant. Les informations étaient collectées au moyen d'entretien individuel et confidentiel.

Pré-test : Tous les instruments ont été pré testés auprès des membres de la population cible afin de s'assurer de la compréhension des questions, du niveau de sensibilité approprié et de la durée

acceptable de l'entrevue. Les problèmes ont été signalés aux investigateurs et des modifications ont été apportées pour corriger les erreurs et améliorer ainsi la clarté.

2) Données biologiques

Les données biologiques ont été obtenues au moyen des analyses des échantillons sanguins collectés des participants pour le diagnostic du VIH, de la syphilis, des hépatites B et l'examen de la charge virale du VIH.

Collecte des échantillons biologiques

Pour les analyses biologiques des échantillons, le laboratoire de chaque site d'étude disposait d'une centrifugeuse qui est manipulée par deux techniciens de laboratoire formés dans le cadre des analyses biologiques du projet. Après le consentement/assentiment éclairé et l'administration du questionnaire, chaque participant à l'étude était dirigé vers l'équipe de laboratoire pour le prélèvement. Spécifiquement, 2 tubes de sang total seront prélevés : 1 tube sec de 5ml pour les tests rapides du VIH, syphilis et des hépatites et 1 tube EDTA de 5 ml pour charge virale VIH (si séropositif au VIH).

A partir de chaque tube de 5 ml (tube sec ou tube EDTA), deux aliquotes de 1 ml de sérum (à partir du tube sec) ou plasma (à partir du tube EDTA) ont été recueillis dont l'un a servi pour le test d'analyse rapide sur site et l'autre était acheminé au Centre de Recherche sur la Santé des Armées (CRESAR) qui ont servi pour les analyses de charge virale et les tests de contrôle qualité et 1 autre pour la conservation pour une période de 10 ans selon la réglementation en vigueur au Cameroun. Les échantillons (2 aliquotes) étaient conservés sur site sous forme de sérum et plasma à une température de -20°C avant acheminement au laboratoire du CRESAR où ils seront stockés à -80°C pendant une période de 10 ans au maximum, période après laquelle ces échantillons seront détruits.

Les échantillons ont été manipulés dans les 6 heures suivant le prélèvement afin de limiter tout risque de virémie faible pouvant passer à une charge virale artificiellement indétectable due à la dégradation de l'ARN viral. Après le prélèvement sanguin, les participants ont reçu des conseils post-test jusqu'à ce que les résultats soient disponibles 30 à 40 minutes après le test.

Gestion des échantillons

La formation des laborantins sur la préparation, le conditionnement, le stockage et les procédures de la gestion des échantillons avec un accent particulier sur la chaîne de froid, documents de transport et de traçabilité, procédures d'emballage, principe de la manipulation sans danger, pour ne citer que ceux-là²⁰ était assurée par un personnel formé par le CRESAR.

²⁰ [Guide National de Biosecurite Biosurete en Laboratoires Cameroun.pdf \(dpml.cm\)](#)

Sécurité des données

L'accès aux données était sécurisé et réservé aux seules personnes autorisées. A cet effet, les mesures de sécurisation des données ont été prises, de confidentialité des données et leur protection rigoureuse, sauvegarde régulière et protégée par des mots de passe et un système d'archivage rigoureux¹².

Procédure de tests biologiques

Les tests biologiques étaient basés sur le prélèvement sanguin veineux et en suivant les procédures nationales, y compris les conseils avant et après le test.

VIH/Syphilis : Le dépistage du VIH et de la syphilis a suivi l'algorithme à trois tests rapides basés sur le plus récent protocole national de dépistage pour la surveillance épidémiologique, adopté à l'échelle nationale en 2024.

- 1^{er} Test : First Response 1-2 + Syphilis Combo Card test ;
- 2^e Test : One Step Anti HIV (1&2) Test ;
- 3^e Test : Diagnostic Kit for VIH (1+2) antibody (colloidal gold) V2 KHB

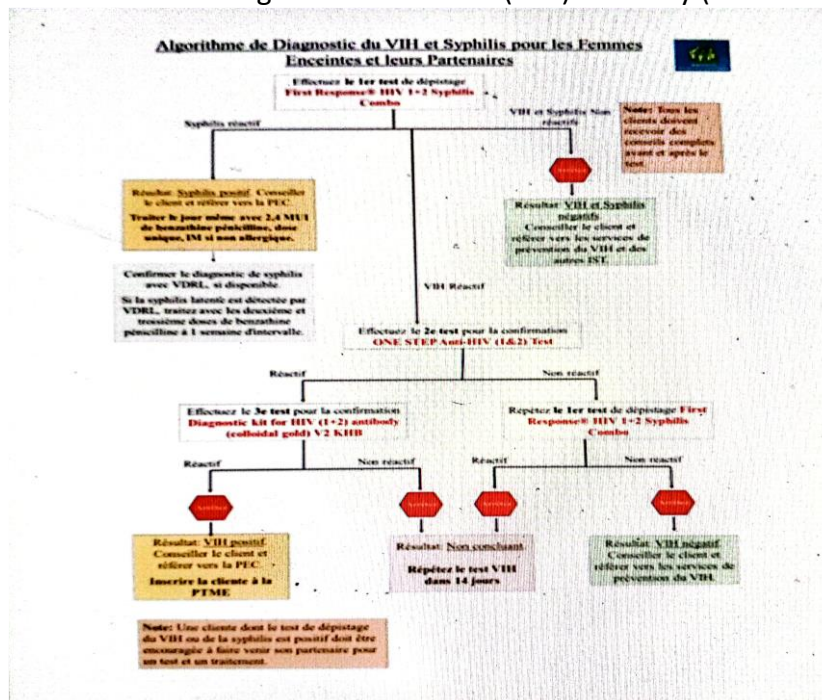


Figure 3. Algorithme de dépistage du VIH basé sur le protocole national

Virus de l'hépatite B (VHB) : Les tests sérologiques pour le VHB ont impliqué un POC rapide d'immuno-dosage en laboratoire pour l'antigène de surface du VHB (HBsAg) afin de diagnostiquer l'infection par le VHB. Les personnes classées comme ayant une infection aiguë ou chronique par le VHB ont été référées à un établissement de soins pour une évaluation et une prise en charge plus approfondies du VHB, car toutes les personnes atteintes du VHB n'ont pas besoin d'un traitement.

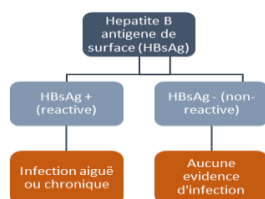


Figure 4. Algorithme du diagnostic du VHB basé sur les guides de l'OMS de 2017²¹

Les tests de charge virale

Les charges virales ont été réalisées sur tous les échantillons positifs et indéterminés.

Le **succès virologique** est défini principalement comme le pourcentage des participants VIH-positifs sous ARV depuis au moins 6 mois ayant une charge virale et classifié comme suit :

- Charges virales indétectable (<50 copies/ml)
- Virémie supprimée (50-999 copies/ml)
- Virémie non supprimée (≥1000 copies/ml).

Les résultats de test de charge virale non lisibles étaient ceux non conformes ou ayant eu échec durant la manipulation.

Tests de contrôle de qualité

Tous les échantillons testés positifs et tous les 15^e échantillons, quel que soit le résultat, étaient transmis au CRESAR pour le test de contrôle qualité, en suivant le protocole national. Tous les échantillons avec des résultats indéterminés étaient analysés par un test d'ELISA.

3) Collecte des données qualitatives

Les données ont été collectées à l'aide des entretiens semi-directifs auprès des acteurs institutionnels et communautaires et de discussions de groupe (FGDs) auprès des usagers de drogues et des pairs éducateurs. Des guides d'entretien distincts élaborés pour chaque catégorie de participants couvraient notamment l'offre et l'organisation des services, les pratiques de prise en charge, les mécanismes de référence et de coordination, les perceptions de la santé mentale, les expériences de recours aux soins et les besoins non couverts.

3.7. Analyses des données

Les questionnaires et les résultats des tests ont été saisis dans l'application mobile KoboCollect v2025.3.3 installée dans les tablettes. Les données ont été vérifiées pour les sauts, la cohérence et la validité. Le logiciel RStudio 4.4.1 a été utilisé pour analyser les données et générer les résultats de l'étude.

Le seul critère principal de jugement est la prévalence du VIH. Les critères de jugement secondaires comprennent des variables de connaissances et de comportement telles que

²¹ WHO guidelines on hepatitis B and C testing. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 Jun 6]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254621/9789241549981-eng.pdf?sequence=1>.

l'utilisation du préservatif (lors du dernier rapport sexuel et utilisation régulière du préservatif), l'expérience de la stigmatisation et de la discrimination, la santé mentale et la violence basée sur le genre.

Une analyse exploratoire des données (c'est-à-dire fréquences et tableaux croisés) a été réalisée pour les variables indicatrices. Nous rapportons les proportions non ajustées des variables indicatrices et des résultats des tests biologiques. Les estimations de population ajustées selon le RDS (voir ci-dessous) sont présentées séparément, lorsqu'elles sont disponibles. Sauf indication contraire, les dénominateurs excluent les "Refus de réponse", "Ne sait pas" ou "données manquantes".

Pour la phase qualitative, Les données ont été intégralement transcrites puis analysées selon une approche thématique inductive, combinant codage ouvert, axial et sélectif. L'analyse a permis d'identifier les thèmes majeurs, les convergences et les divergences entre acteurs, ainsi que les spécificités contextuelles entre Douala et Yaoundé.

Pondération des résultats globaux : Les résultats globaux ont été ajustés uniquement en fonction de la taille de la population générale âgée de 15 à 49 ans dans chaque site d'étude. Cette pondération visait à tenir compte des différences démographiques entre les villes de Douala et de Yaoundé lors de l'estimation des indicateurs comportementaux et biologiques.

Les poids d'ajustement ont été calculés à partir des projections démographiques nationales du Cameroun pour l'année 2024, produites par l'Institut National de la Statistique. Pour chaque site, la contribution des participants aux estimations globales a été proportionnellement pondérée selon le poids relatif de la population des 15–49 ans, afin d'obtenir des estimations reflétant plus fidèlement la distribution démographique réelle de cette tranche d'âge dans les deux villes.

3.8. Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le Comité National d'Ethique en Santé Humaine (CNERSH) du Cameroun le 08 Septembre 2025 sous le numéro : N° 2025/09/1834/CE/CNERSH/SP (Annexe 1) et a reçu l'autorisation administrative du Ministère de la Santé Publique le 23 Octobre 2025 sous le numéro : N° D30-1216/AAR/MINSANTE/SG/DROS (Annexe 2). Pour préserver la confidentialité et la sécurité, aucune donnée n'est identifiable et les identifiants personnels ou de localisation n'ont pas été collectés. Les participants ont reçu un code d'identification unique généré lors de l'inclusion du participant à l'aide d'informations connues du personnel de recherche. Le CUI de chaque participant a été élaboré à l'aide du guide suivant :

Tableau 3. Guide de développement du code unique d'identification

	Questions
1	Deux premières lettres de la ville d'étude ; Le code du site de Yaoundé et Douala respectivement "YA" et "DO"
2	Code de l'enquêteur [NN] ; Les enquêteurs avec le code 2 ou 4 auront respectivement le code "02" et "04"
3	Code du participant journalier [NN] ; Le premier participant du jour aura le code [01]
4	Date interview [JJMMAAAA] ; le 1 ^{er} Janvier 2025 sera [010125]
Exemple : Premier participant du 6 juin 2025 de l'enquêteur numéro 1 à Yaoundé aura le code YA0101060625	

4. RESULTATS

SECTION 1 : RESULTATS BIO-COMPORTEMENTAUX

4.1. Informations générales

Recrutement des participants : Dans l'ensemble des 2 villes d'étude, 460 potentiels participants ont été approchés et invités à participer à l'étude mais 447 remplissaient les conditions d'éligibilité. Parmi ceux-ci, 3 (0,7%) avaient refusé de participer et 444 (99,3%) recrutés avec succès. De ces enquêtés, 344 (77,5%) étaient des utilisateurs des drogues non-injectable (UD) et 100 (22,5%) des utilisateurs des drogues par injection (UDI).

Tableau 4. Distribution des participants par villes d'enquête

Cible	Genre	UD	UDI	Total
Yaoundé	Homme	131	40	171
	Femme	25	5	30
	Total	156	45	201
Douala	Homme	149	38	187
	Femme	39	17	56
	Total	188	55	243
Echantillon global		344	100	444

Résultats du Contrôle qualité externe des tests biologiques : Les échantillons sanguins ont été acheminés au laboratoire du Centre de Recherche sur la Santé des Armées (CRESAR) pour l'analyse de Contrôle Qualité. Il s'agissait de tous les 15^{èmes} échantillons quel que soit le résultat du test au VIH et de tous les échantillons ayant un résultat positif ou indéterminé au VIH. Ainsi, 75 échantillons ont été acheminés en respectant toutes les procédures standards de transfert d'échantillons biologiques. Ci-dessous les résultats d'évaluation de concordance

- Concordance globale : 73/75 (97,3 %)
- Concordance positive : 48/48 (100 %)
- Concordance négative : 25/27 (92,6 %)

Le calcul de la concordance entre les résultats de laboratoire des sites d'étude et ceux du laboratoire de référence du CRESAR utilisant le calculateur de "kappa de cohen's" nous a donné une concordance presque parfaite avec Kappa, IC : 95% de 0,97 [0,97-0,99] d'après le tableau ci-dessous.

Tableau 5. Concordance des résultats par Kappa de Cohen's

Résultats du laboratoire des sites		Résultats du Laboratoire de référence (CRESAR)			Kappa ; [IC : 95%, 0,97 [0,97-0,99]] "Concordance presque parfaite"
		Positif	Négatif	Indéterminé	
Positif	48	48	0	0	
Négatif	25	0	25	0	
Indéterminé	2	0	2	0	
Total	75	48	27	0	

Interprétation du résultat : Désaccord (< 0) ; Accord très faible (0.00 — 0.20) ; Accord faible (0.21 — 0.40) ; Accord modéré (0.41 — 0.60) ; Accord fort (0.61 — 0.80) ; Accord presque parfait(0.81 — 1.00)

Les tests de charge virale : Les charges virales étaient réalisées sur tous les échantillons positifs et indéterminés au VIH. Au total, 50 échantillons étaient éligibles (positifs et indéterminés) pour la charge virale :

- Charges virales indétectables (<40 copies/ml) : 46,0% (23/50)
- Virémie supprimée (40-999 copies/ml) : 18,0 % (9/50)
- Virémie non supprimée (≥ 1000 copies/ml) : 36,0% (18/50)

Pondération des résultats globaux :

Les valeurs brutes de la prévalence sont dirigées par la taille des échantillons et ne peuvent être utilisées pour la planification que si les valeurs ajustées ne sont pas disponibles.

Prévalence ajustée du VIH : Les estimations ajustées montrent une charge élevée et inégalement répartie du VIH chez les usagers de drogues. Chez les UD non injectable, la prévalence ajustée était de 8,0 % à Yaoundé (11/156) et 11,4 % à Douala (19/188), soit 9,8 % pour l'ensemble des deux sites (30/344). Une forte disparité selon le sexe est observée : parmi les UD non injectables hommes, la prévalence ajustée était de 4,4 % (11/280), contre 33,5 % chez les femmes (19/64). À Douala, l'écart est particulièrement marqué avec 2,3 % chez les hommes (3/149) contre 46,2 % chez les femmes (16/39).

Chez les UDI, la charge est encore plus importante. La prévalence ajustée était de 15,6 % à Yaoundé (6/45) et 22,7 % à Douala (12/55), soit 18,7 % au total (18/100). Là encore, les femmes sont disproportionnellement affectées : 10,7 % chez les hommes (8/78) contre 47,3 % chez les femmes (10/22).

Tableau 6. Estimation brute et ajustée de la prévalence du VIH chez les PUD par sexe

Sous population Cible	Site		Estimation de la prévalence brute			Estimation de la prévalence ajustée *
			N	n (positif)	% [95%CI]	% [95% CI]
UD non injectable	Yaoundé	Homme	131	8	6,1% [2,0 – 10,2]	6,9% [6,5 – 7,3]
		Femme	25	3	12,0% [0,0 – 24,7]	13,5% [12,7 – 14,3]
	Total Yaoundé		156	11	7,1% [3,6 – 12,2]	8,0% [7,6 – 8,4]
	Douala	Homme	149	3	2,0% [0,0 – 4,3]	2,3% [2,1 – 2,5]
		Femme	39	16	41,0% [25,6 – 56,4]	46,2% [44,8 – 47,6]
	Total Douala		188	19	10,1% [6,2 – 15,4]	11,4% [11,0 – 11,8]
	Ensemble des 2 sites	Homme	280	11	3,9% [1,7 – 6,2]	4,4% [4,1 – 4,7]
		Femme	64	19	29,7% [18,5 – 40,9]	33,5% [32,3 – 34,7]
	Total Ensemble Douala+ Yaoundé		344	30	8,7% [6,2 – 12,2]	9,8% [9,5 – 10,1]
UDI	Yaoundé	Homme	40	4	10,0% [0,7 – 19,3]	10,4% [9,7 – 11,1]
		Femme	5	2	40,0% [0,0 – 82,9]	41,6% [39,8 – 43,4]
	Total Yaoundé		45	6	13,3% [6,3 – 26,2]	15,6% [14,1 – 17,2]
	Douala	Homme	38	4	10,5% [0,8 – 20,2]	10,9% [10,2 – 11,6]
		Femme	17	8	47,1% [23,3 – 70,9]	48,9% [46,5 – 51,3]
	Total Douala		55	12	21,8% [12,9 – 34,4]	22,7% [20,2 – 25,2]
	Ensemble des 2 sites	Homme	78	8	10,3% [3,5 – 17,0]	10,7% [10,1 – 11,3]
		Femme	22	10	45,5% [24,7 – 66,3]	47,3% [45,1 – 49,5]
	Total Ensemble Douala+ Yaoundé		100	18	18,0% [11,7 – 26,7]	18,7% [17,3 – 20,1]

Sous population Cible	Site	Estimation de la prévalence brute			Estimation de la prévalence ajustée *
	UD +UDI	444	48	10,8% [8,2 – 14,1]	11,6% [11,2 – 12,0]

*Prévalence pondérée par le poids de la taille de la population générale de 15-49 ans de chaque ville

L'analyse par âge montre une augmentation avec l'avancée en âge, notamment chez les UD à Douala où la tranche 34–39 ans atteint 29,6 % (6/21), et chez les UDI où cette tranche atteint 39,0 % (3/8). Globalement, la prévalence ajustée combinée UD non injectable + UDI était de 11,6 % (48/444), confirmant une charge substantielle.

Tableau 7. Estimation brute et ajustée de la prévalence du VIH chez les PUD par âge

Sous population Cible	Site	Tranche d'âge (année)	Estimation de la prévalence brute			Estimation de la prévalence ajustée *
			N	n (positif)	% [95%CI]	% [95% CI]
UD non injectable	Yaoundé	18 – 24	65	4	6,2 % [1,7 – 14,9]	6,6 % [1,8 – 15,9]
		25 – 29	40	4	10,0 % [2,8 – 23,7]	10,7 % [3,0 – 25,3]
		30 – 34	20	1	5,0 % [0,1 – 24,9]	5,3 % [0,1 – 26,5]
		34 – 39	12	0	0,0 % [0 – 26,5]	0,0 % [0 – 28,2]
		40 ans et plus	19	2	10,5 % [1,3 – 33,1]	11,2 % [1,4 – 35,3]
	Total Yaoundé	156	11	7,1 % [3,6 – 12,2]	8,0 % [7,6 – 8,4]	
	Douala	18 – 24	79	4	5,1 % [1,4 – 12,5]	5,3 % [1,5 – 12,9]
		25 – 29	42	4	9,5 % [2,7 – 22,6]	9,8 % [2,8 – 23,4]
		30 – 34	29	3	10,3 % [2,2 – 27,4]	10,6 % [2,3 – 28,3]
		34 – 39	21	6	28,6 % [11,3 – 52,2]	29,6 % [11,7 – 54,0]
		40 ans et plus	17	2	11,8 % [1,5 – 36,4]	12,2 % [1,6 – 37,6]
	Total Douala	188	19	10,1 % [6,2 – 15,4]	11,4 % [11,0 – 11,8]	
	Ensemble des 2 sites	18 – 24	144	8	5,6 % [2,4 – 10,7]	6,3 % [2,7 – 12,0]
		25 – 29	82	8	9,8 % [4,3 – 18,3]	11,0 % [4,8 – 20,6]
		30 – 34	49	4	8,2 % [2,3 – 19,6]	9,2 % [2,6 – 22,1]
34 – 39		33	6	18,2 % [7,0 – 35,5]	20,5 % [7,9 – 40,0]	
40 ans et plus		36	4	11,1 % [3,1 – 26,1]	12,5 % [3,5 – 29,4]	
Total Ensemble Douala+ Yaoundé	344	30	8,7 % [6,2 – 12,2]	9,8 % [9,5 – 10,1]		
UDI	Yaoundé	18 – 24	20	3	15,0 % [3,2 – 37,9]	17,6 % [3,8 – 44,4]
		25 – 29	17	2	11,8 % [1,5 – 36,4]	13,8 % [1,8 – 42,7]
		30 – 34	2	0	0,0 % [0 – 84,2]	0,0 % [0 – 98,7]
		34 – 39	1	0	0,0 % [0 – 97,5]	0,0 % [0 – 100]
		40 ans et plus	5	1	20,0 % [0,5 – 71,6]	23,5 % [0,6 – 84,0]
	Total Yaoundé	45	6	13,3 % [6,3 – 26,2]	15,6 % [14,1 – 17,2]	
	Douala	18 – 24	16	2	12,5 % [1,6 – 38,3]	13,0 % [1,7 – 39,9]
		25 – 29	18	4	22,2 % [6,4 – 47,6]	23,1 % [6,7 – 49,6]
		30 – 34	8	2	25,0 % [3,2 – 65,1]	26,0 % [3,3 – 67,7]
		34 – 39	7	3	42,9 % [9,9 – 81,6]	44,7 % [10,3 – 85,0]
		40 ans et plus	6	1	16,7 % [0,4 – 64,1]	17,4 % [0,4 – 66,8]
	Total Douala	55	12	21,8 % [12,9 – 34,4]	22,7 % [20,2 – 25,2]	
	Ensemble des 2 sites	18 – 24	36	5	13,9 % [4,7 – 29,5]	14,4 % [4,9 – 30,7]
		25 – 29	35	6	17,1 % [6,6 – 33,6]	17,8 % [6,9 – 35,0]
		30 – 34	10	2	20,0 % [2,5 – 55,6]	20,8 % [2,6 – 57,8]
34 – 39		8	3	37,5 % [8,5 – 75,5]	39,0 % [8,8 – 78,5]	
40 ans et plus		11	2	18,2 % [2,3 – 51,8]	18,9 % [2,4 – 53,9]	
Total Ensemble Douala+ Yaoundé	100	18	18,0 % [11,7 – 26,7]	18,7 % [17,3 – 20,1]		
UD +UDI	444	48	10,8 % [8,2 – 14,1]	11,6 % [11,2 – 12,0]		

*Prévalence pondérée par le poids de la taille de la population générale de 15-49 ans de chaque ville

4.2. Caractéristiques sociodémographiques

4.2.1. Situation démographique et matrimoniale

La population étudiée est composée de 444 participants recrutés à Douala et à Yaoundé. Elle est majoritairement masculine, avec 80,6 % d'hommes contre 19,4 % de femmes. Cette prédominance masculine est observée dans les deux villes, mais elle est plus marquée à Yaoundé (85,1 %) qu'à Douala (77,0 %), où la proportion de femmes est relativement plus élevée (23,0 %).

En ce qui concerne le type d'usage de drogues, la majorité des participants sont des usagers de drogues non injectables (UD), représentant 77,5 % de l'ensemble, tandis que les usagers de drogues par injection (UDI) constituent 22,5 %. Cette répartition est similaire à Douala (77,4 % de UD ; 22,6 % de UDI) et à Yaoundé (77,6 % et 22,4 % respectivement), traduisant une homogénéité du profil d'usage entre les deux villes.

La population est globalement jeune, avec un âge médian de 26 ans (IQR : 22–32). Cette médiane est identique à Douala (26 ans ; IQR : 23–33) et légèrement plus basse à Yaoundé (25 ans ; IQR : 22–30). La tranche d'âge la plus représentée est celle des 18–24 ans (40,5 %), suivie des 25–29 ans (26,4 %).

Sur le plan matrimonial, la quasi-totalité des participants sont célibataires (92,3 %). Enfin, les conditions de logement révèlent une plus grande précarité à Yaoundé, tandis que les situations résidentielles apparaissent relativement plus stables à Douala.

Tableau 8. Distribution des PUD selon les caractéristiques démographiques

Caractéristiques démographiques	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Genre assigné à la naissance						
Homme	80,6	444	77	243	85,1	201
Femme	19,4	444	23	243	14,9	201
Type d'utilisateur de drogue						
UD	77,5	444	77,4	243	77,6	201
UDI	22,5	444	22,6	243	22,4	201
Age						
18 – 24	40,5	444	39,1	243	42,3	201
25 – 29	26,4	444	24,7	243	28,4	201
30 – 34	13,3	444	15,2	243	10,9	201
34 – 39	9,2	444	11,5	243	6,5	201
40 ans et plus	10,6	444	9,5	243	11,9	201
Mediane (IQR)	26 (22–32)		26 (23–33)		25 (22–30)	
Min-Max	18–87		18–87		18–81	
Statut matrimonial actuel						
Célibataire	92,3	444	90,1	243	95,0	201
Marié (e)	5,2	444	8,2	243	1,5	201
Divorcé (e)	2,3	444	1,6	243	3,0	201
Veuf (e)	0,2	444	0,0	243	0,5	201
Lieu de résidence habituel						
Sans abri	7,7	444	1,6	243	14,9	201

Caractéristiques démographiques	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Maison propre	8,3	444	12,8	243	3,0	201
Maison familiale	36,9	444	53,1	243	17,4	201
Location	33,6	444	31,7	243	35,8	201
Ghetto	7,4	444	0,8	243	15,4	201
Autres	6,1	444	0,0	243	13,4	201

Parmi les 86 femmes utilisatrices de drogues (56 à Douala, 30 à Yaoundé), 74,4 % (64/86) étaient des UD et 25,6 % (22/86) des UDI, avec une proportion d'UDI plus élevée à Douala (30,4 %, 17/56) qu'à Yaoundé (16,7 %, 5/30). La population est majoritairement jeune : 26,7 % (23/86) ont 18–24 ans et 32,6 % (28/86) ont 25–29 ans. La quasi-totalité est célibataire (93,0 %, 80/86). Concernant le logement, 43,0 % (37/86) vivent en location, mais la précarité est plus marquée à Yaoundé, notamment en ghetto (20,0 %, 6/30).

Tableau 9. Caractéristiques démographiques des PUD de sexe féminin

Caractéristiques démographiques	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Type d'utilisateur de drogue						
UD	74,4	86	69,6	56	83,3	30
UDI	25,6	86	30,4	56	16,7	30
Age						
18 – 24	26,7	86	23,2	56	33,3	30
25 – 29	32,6	86	21,4	56	53,3	30
30 – 34	18,6	86	25,0	56	6,7	30
34 – 39	14,0	86	17,9	56	6,7	30
40 ans et plus	8,1	86	12,5	56	0,0	30
Statut matrimonial actuel						
Célibataire	93,0	86	92,9	56	93,3	30
Marié (e)	4,7	86	5,4	56	3,3	30
Divorcé (e)	2,3	86	1,8	56	3,3	30
Veuf (e)	0,0	86	0,0	56	0,0	30
Lieu de résidence habituel						
Sans abri	1,2	86	0,0	56	3,3	30
Maison propre	5,8	86	7,1	56	3,3	30
Maison familiale	33,7	86	41,1	56	20,0	30
Location	43,0	86	48,2	56	33,3	30
Ghetto	9,3	86	3,6	56	20,0	30
autre	7,0	86	0,0	56	20,0	30

4.2.2. Caractéristiques sociologiques

Les caractéristiques sociologiques des participants mettent en évidence des niveaux de vulnérabilité socioéconomique importants, avec des différences marquées entre Douala et Yaoundé. Sur l'ensemble de l'échantillon, le niveau d'éducation est majoritairement secondaire (64,0 %), suivi de l'enseignement supérieur ou universitaire (14,0 %) et de l'école primaire (16,0 %). À Douala, la proportion de participants ayant atteint le niveau secondaire ou supérieur est plus élevée (67,1 % et 18,5 % respectivement), tandis qu'à Yaoundé, une proportion plus

importante n'a atteint que le niveau primaire (24,9 %) ou n'a pas été scolarisée (6,0 %), traduisant un niveau d'instruction globalement plus faible.

Sur le plan professionnel, plus de la moitié des participants sont sans emploi (51,9 %), avec une situation particulièrement préoccupante à Yaoundé où cette proportion atteint 62,7 %, contre 38,3 % à Douala. À l'inverse, l'emploi à temps partiel est davantage observé à Douala (37,4 %) qu'à Yaoundé (9,5 %). Enfin, l'analyse des revenus confirme une précarité économique marquée, puisque près de deux tiers des participants (65,9 %) déclarent un revenu mensuel inférieur à 50 000 FCFA, proportion nettement plus élevée à Yaoundé (79,1 %) qu'à Douala (49,0 %).

Tableau 10. Distribution des PUD Caractéristiques sociologiques

Caractéristiques sociologiques	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Plus haut niveau d'éducation						
Pas d'éducation	5,0	444	4,1	243	6,0	201
Ecole primaire	16,0	444	8,6	243	24,9	201
Ecole secondaire	64,0	444	67,1	243	60,2	201
Ecole supérieur/universitaire	14,0	444	18,5	243	8,5	201
Formation professionnelle	0,9	444	1,6	243	0,0	201
Autre	0,2	444	0,0	243	0,5	201
Situation professionnelle						
Aucun emploi	51,9	421	38,3	232	62,7	189
Etudiant	7,1	421	9,1	232	4,0	189
Employé à temps plein	7,3	421	7,4	232	6,5	189
Employé à temps partiel	26,1	421	37,4	232	9,5	189
autre	7,3	421	3,3	232	11,4	189
Revenu mensuel (FCFA)						
Moins de 50000	65,9	422	49,0	233	79,1	189
Entre 50000 et 99000	25,8	422	34,6	233	12,4	189
Entre 99000 et 140000	5,2	422	8,2	233	1,0	189
Entre 140000 et 200000	2,4	422	3,3	233	1,0	189
Entre 200000 et 250000	0,5	422	0,8	233	0,0	189
Plus de 300000	0,2	422	0,0	233	0,5	189

Parmi les 86 femmes utilisatrices de drogues, le niveau d'instruction est majoritairement secondaire (64,0 %, 55/86), suivi du primaire (18,6 %, 16/86) et du supérieur (11,6 %, 10/86). À Yaoundé, 26,7 % (8/30) n'ont atteint que le primaire, contre 14,3 % (8/56) à Douala. Sur le plan professionnel, 52,3 % (45/86) sont sans emploi, proportion plus élevée à Yaoundé (60,0 %, 18/30) qu'à Douala (48,2 %, 27/56). L'emploi à temps partiel est davantage observé à Douala (35,7 %, 20/56). Enfin, 55,8 % (48/86) déclarent un revenu mensuel inférieur à 50 000 FCFA, confirmant une forte vulnérabilité économique.

Tableau 11. Tableau Caractéristiques sociologique des PUD de sexe féminin

Caracteristiques sociologiques	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Plus haut niveau d'éducation						
Pas d'éducaion	4,7	86	7,1	56	0,0	30
Ecole primaire	18,6	86	14,3	56	26,7	30
Ecole secondaire	64,0	86	62,5	56	66,7	30
Ecole supérieur/universitaire	11,6	86	14,3	56	6,7	30
Formation professionnelle	1,2	86	1,8	56	0,0	30
Autre	0,0	86	0,0	56	0,0	30
Situation professionnelle						
Aucun emploi	52,3	86	48,2	56	60,0	30
Etudiant	7,0	86	10,7	56	0,0	30
Employé à temps plein	8,1	86	3,6	56	16,7	30
Employé à temps partiel	27,9	86	35,7	56	13,3	30
autre	4,7	86	1,8	56	10,0	30
Revenu mensuel (FCFA)						
Moins de 50000	55,8	86	53,6	56	60,0	30
Entre 50000 et 99000	32,6	86	32,1	56	33,3	30
Entre 99000 et 140000	3,5	86	5,4	56	0,0	30
Entre 140000 et 200000	5,8	86	7,1	56	3,3	30
Entre 200000 et 250000	1,2	86	1,8	56	0,0	30
Plus de 300000	1,2	86	0,0	56	3,3	30

4.3. Pratiques sexuelles des PUD

L'analyse des types de partenaires sexuels et de l'utilisation des préservatifs met en évidence des comportements sexuels à risque importants, avec des variations notables entre Douala et Yaoundé. Globalement, 41,9 % des participants déclarent avoir eu plusieurs partenaires sexuels, proportion plus élevée à Yaoundé (48,3 %) qu'à Douala (36,6 %), tandis que 39,6 % rapportent un seul partenaire sexuel, surtout à Douala (46,1 %). Près d'un participant sur cinq (18,5 %) déclare n'avoir eu aucune relation sexuelle récente, sans différence marquée entre les deux villes.

L'orientation sexuelle est très majoritairement hétérosexuelle (97,5 %), avec des proportions similaires à Douala et à Yaoundé, les orientations homosexuelle et bisexuelle restant marginales. L'âge médian au premier rapport sexuel est de 15 ans (IQR : 14–17) dans l'ensemble de l'échantillon et dans chaque ville, traduisant une entrée précoce dans la vie sexuelle. Au cours de la vie sexuelle, une forte proportion des participants rapporte avoir déjà eu des partenaires réguliers (71,6 %) et occasionnels (64,4 %), tandis que 39,0 % déclarent des partenaires payants et 9,5 % des partenaires payés, avec une exposition plus marquée aux partenaires payants à Yaoundé.

Au cours des six derniers mois, la multiplicité des partenaires est fréquente, en particulier avec des partenaires occasionnels (70,2 %) et payants (82,6 %). L'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel reste insuffisante, notamment avec les partenaires réguliers (39,7 %), mais elle est plus élevée avec les partenaires payants (65,2 %), surtout à Yaoundé (76,2 %). Toutefois, l'utilisation systématique du préservatif demeure faible, en particulier avec les partenaires réguliers (17,1 %) et occasionnels (36,6 %).

En conséquence, l'exposition au sexe non protégé est très élevée, notamment avec les partenaires réguliers (82,9 %) et occasionnels (63,4 %), soulignant un risque accru de transmission des IST et du VIH, particulièrement marqué à Yaoundé pour certaines catégories de partenaires.

Tableau 12. Comportements sexuels des PUD avec les différents types des partenaires

Type de partenaires et utilisation des préservatifs	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Partenaire sexuel						
Aucune relation	18,5	444	17,3	243	19,9	201
1 partenaire sexuel	39,6	444	46,1	243	31,8	201
Plusieurs partenaire sexuel	41,9	444	36,6	243	48,3	201
Orientation sexuelle						
Hétérosexuel	97,5	444	96,7	235	98,5	198
Homosexuel	0,5	444	0,4	1	0,5	1
Bisexuel	2	444	2,9	7	1,0	2
Âge au premier rapport sexuel						
Mediane (IQR)	15 (14–17)		15 (14–17)		15 (14–17)	
Min-Max	0–35		0–35		0–26	
Types de partenaires au cours de la vie sexuelle						
Déjà eu un partenaire sexuel régulier	71,6	444	74,9	243	67,7	201
Déjà eu un partenaire sexuel Occasionnel	64,4	444	62,6	243	66,7	201
Déjà eu un partenaire sexuel Payant	39,0	444	37,0	243	41,3	201
Déjà eu un partenaire sexuel Payé	9,5	444	12,8	243	5,5	201
Multiple type de partenaires au cours des 6 derniers mois*						
Plusieurs partenaires sexuels (le)s régulier (ère)s	48,4	252	62,6	139	31	113
Plusieurs partenaires sexuels (le)s occasionnel (le)s	70,2	238	68,5	127	72,1	111
Plusieurs partenaires sexuels (les) payants (tes)	82,6	132	79,7	69	85,7	63
Plusieurs partenaires sexuels (les) payé (e)s	75	36	70,4	27	88,9	9
Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel dans les 6 derniers mois*						
A utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel au cours des 6 derniers mois avec un partenaire régulier	39,7	252	41	139	38,1	113
A utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel au cours des 6 derniers mois avec un partenaire occasionnel	55	238	48,8	127	62,2	111
A utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel au cours des 6 derniers mois avec un partenaire payant	65,2	132	55,1	69	76,2	63

Type de partenaires et utilisation des préservatifs	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
A utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel au cours des 6 derniers mois avec un partenaire payé	44,4	36	40,7	27	55,6	9
Fréquence d'utilisation du préservatif au cours des 6 derniers mois*						
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel régulier au cours des 6 derniers mois	17,1	252	17,3	139	16,8	113
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel occasionnel au cours des 6 derniers mois	36,6	238	31,5	127	42,3	111
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel payant au cours des 6 derniers mois	55,3	132	58	69	52,4	63
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel payé au cours des 6 derniers mois	27,8	36	22,2	27	44,4	9
Exposition au sexe non protégé dans les 6 derniers mois*						
Exposition au sexe non protégé avec un partenaire régulier dans les 6 derniers mois	82,9	252	82,7	139	83,2	113
Exposition au sexe non protégé avec un partenaire occasionnel dans les 6 derniers mois	63,4	238	68,5	127	57,7	111
Exposition au sexe non protégé avec un partenaire payant dans les 6 derniers mois	44,7	132	42	69	47,6	63
Exposition au sexe non protégé avec un partenaire payé dans les 6 derniers mois	72,2	36	77,8	27	55,6	9
<i>(*) La dénominateur inclus uniquement les participants ayant déclaré avoir eu au moins un partenaire sexuel au cours des 6 derniers mois dans chaque groupe</i>						

Chez les 86 femmes utilisatrices de drogues, les pratiques sexuelles révèlent une exposition importante au risque. Globalement, 47,7 % (41/86) déclarent un seul partenaire sexuel et 37,2 % (32/86) plusieurs partenaires, proportion plus élevée à Douala (39,3 %, 22/56) qu'à Yaoundé (33,3 %, 10/30). L'orientation sexuelle est majoritairement hétérosexuelle (89,5 %, 77/86). Au cours de la vie sexuelle, 80,2 % (69/86) ont déjà eu un partenaire régulier, 67,4 % (58/86) un partenaire occasionnel et 43,0 % (37/86) un partenaire payant.

Dans les six derniers mois, la multiplicité est particulièrement marquée avec des partenaires payants (71,6 %, 26/37). L'utilisation du préservatif au dernier rapport est élevée avec un partenaire payant (89,5 %, 34/34), mais plus faible avec un partenaire régulier (56,8 %, 35/62). L'usage systématique demeure limité (16,2 %, 10/62 avec partenaire régulier), expliquant une forte exposition au sexe non protégé (83,8 %, 52/62).

Tableau 13. Comportements sexuels des PUD de sexe féminin avec les différents types de partenaires

Type de partenaires et utilisation des préservatifs	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Partenaire sexuel						
Aucune relation	15,1	86	14,3	56	16,7	30
1 partenaire sexuel	47,7	86	46,4	56	50,0	30
Plusieurs partenaires sexuel	37,2	86	39,3	56	33,3	30
Orientation sexuelle						

Hétérosexuel	89,5	86	87,5	56	93,3	30
Homosexuel	1,2	86	0,0	56	3,3	30
Bisexuel	9,3	86	12,5	56	3,3	30
Types de partenaires au cours de la vie sexuelle						
déjà eu un partenaire sexuel régulier	80,2	86	80,4	56	80,0	30
déjà eu un partenaire sexuel Occasionnel	67,4	86	75,0	56	53,3	30
déjà eu un partenaire sexuel Payant	43,0	86	46,4	56	36,7	30
déjà eu un partenaire sexuel Payé	10,5	86	14,3	56	3,3	30
Multiple type de partenaires au cours des 6 derniers mois*						
Plusieurs partenaires sexuels (le)s régulier (ère)s	48,7	69	54,8	45	34,5	24
Plusieurs partenaires sexuels (le)s occasionnel (le)s	57,8	58	60,0	42	55,0	16
Plusieurs partenaires sexuels (les) payants (tes)	71,6	37	77,1	26	66,7	12
Plusieurs partenaires sexuels (les) payé (e)s	86,0	9	100,0	6	60,9	1
Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel dans les 6 derniers mois*						
A utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel au cours des 6 derniers mois avec un partenaire régulier	56,8	62	57,2	42	54,2	20
A utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel au cours des 6 derniers mois avec un partenaire occasionnel	68,6	55	77,1	35	55,0	20
A utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel au cours des 6 derniers mois avec un partenaire payant	89,5	34	96,4	21	83,3	12
A utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel au cours des 6 derniers mois avec un partenaire payé	61,5	8	66,7	6	60,9	2
Fréquence d'utilisation du préservatif au cours des 6 derniers mois*						
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel régulier au cours des 6 derniers mois	16,2	62	16,7	42	14,8	20
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel occasionnel au cours des 6 derniers mois	36,1	55	37,1	35	35,0	20
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel payant au cours des 6 derniers mois	50,7	34	53,0	21	50,0	12
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel payé au cours des 6 derniers mois	36,9	8	33,3	6	60,9	2
Exposition au sexe non protégé dans les 6 derniers mois*						
Exposition au sexe non protégé avec un partenaire régulier dans les 6 derniers mois	83,8	62	83,3	42	82,0	20
Exposition au sexe non protégé avec un partenaire occasionnel dans les 6 derniers mois	63,9	55	62,9	35	66,8	20
Exposition au sexe non protégé avec un partenaire payant dans les 6 derniers mois	49,3	34	47,0	21	56,4	12
Exposition au sexe non protégé avec un partenaire payé dans les 6 derniers mois	63,1	8	66,7	6	69,1	2
<i>(*) La dénominateur inclus uniquement les participants ayant déclaré avoir eu au moins un partenaire sexuel au cours des 6 derniers mois dans chaque groupe</i>						

4.4. Exposition aux services de prévention et de prise en charge du VIH

4.4.1. Connaissance des moyens de prévention du VIH et croyances

L'analyse des connaissances et croyances liées au VIH met en évidence un niveau de connaissance contrasté parmi les participants. Globalement, 61,9 % déclarent avoir déjà entendu parler du VIH, avec une proportion plus élevée à Yaoundé (67,7 %) qu'à Douala (57,2 %). Parmi les répondants concernés, la grande majorité sait que l'utilisation du préservatif à chaque rapport sexuel permet de réduire le risque de contracter le VIH (94,3 %), et 82,8 % reconnaissent également l'importance de la fidélité mutuelle avec un partenaire non infecté.

Concernant les croyances, 84,7 % des participants savent qu'une personne d'apparence saine peut être infectée par le VIH, et 93,0 % identifient correctement le risque lié à l'utilisation d'aiguilles déjà utilisées. La plupart rejettent également la transmission par la sorcellerie (88,5 %) ou par le partage de nourriture (82,8 %). Toutefois, des différences sont observées entre Douala et Yaoundé, notamment sur les fausses croyances liées aux piqûres de moustiques. Malgré ces connaissances spécifiques relativement élevées, moins de la moitié des participants (46,5 %) présentent une connaissance globale correcte des moyens de prévention du VIH et rejettent l'ensemble des fausses croyances.

Tableau 14. Connaissance des voies de transmission du VIH

Connaissances et croyances	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Moyen de prévention						
A déjà entendu parler du VIH	61,9	444	57,2	243	67,7	201
Sait que l'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant un préservatif à chaque rapport sexuel (a)	94,3	157	94,4	89	31,8	68
Sait que le risque d'infection par le VIH peut être réduit en étant fidèle à une personne non infectée qui est elle-même fidèle (b)	82,8	157	29,6	89	28,9	68
Croyances						
Sait qu'une personne d'apparence saine peut être infectée par le VIH (c)	84,7	157	80,9	89	89,7	68
Sait qu'une personne ne peut pas contracter le VIH par les piqûres de moustiques (e)	82,2	157	93,3	89	67,6	68
Sait qu'une personne ne peut pas contracter le VIH en partageant de la nourriture avec une personne infectée par le VIH (d)	82,8	157	78,7	89	88,2	68
Sait qu'une personne peut contracter le VIH en se faisant des injections avec une aiguille déjà utilisée par quelqu'un qui est infectée par le VIH	93,0	157	91,0	89	95,6	68
Sait qu'une personne infectée peut réduire le risque de transmettre le VIH à une autre personne en suivant correctement un traitement ARV	81,5	157	79,8	89	83,8	68
Sait que le VIH n'est pas transmis par la sorcellerie	88,5	157	91,0	89	85,3	68

Connaissances et croyances	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Connaît les moyens de se prévenir du VIH et rejette les fausses croyances*	46,5	157	42,7	89	51,5	68
(*) Cet indicateur est un score. Il est défini comme le pourcentage des UD qui ont bien répondu à toutes les 5 affirmations suivantes: a, b, c, d et e						

Chez les 86 femmes utilisatrices de drogues, 67,4 % (58/86) ont déjà entendu parler du VIH, avec une proportion plus élevée à Yaoundé (86,7 %, 26/30) qu'à Douala (57,1 %, 32/56). Parmi celles ayant répondu aux questions détaillées (53 femmes), 48,8 % (26/53) savent que le préservatif réduit le risque d'infection et 37,6 % (20/53) reconnaissent l'importance de la fidélité. Concernant les croyances, 47,0 % (25/53) savent qu'une personne apparemment saine peut être infectée, mais seules 13,1 % (7/53) rejettent la transmission par moustiques. Globalement, 3,8 % (2/53) présentent une connaissance complète et correcte.

Tableau 15. Connaissances des voies de transmission du VIH chez les PUD de sexe féminin

Connaissances et croyances	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Moyen de prévention						
A déjà entendu parler du VIH	67,4	86	57,1	56	86,7	30
Sait que l'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant un préservatif à chaque rapport sexuel (a)	48,8	53	50,0	32	49,2	20
Sait que le risque d'infection par le VIH peut être réduit en étant fidèle à une personne non infectée qui est elle-même fidèle (b)	37,6	53	37,5	32	39,4	20
Croyances						
Sait qu'une personne d'apparence saine peut être infectée par le VIH (c)	47,0	53	50,0	32	44,3	20
Sait qu'une personne ne peut pas contracter le VIH par les piqûres de moustiques (e)	13,1	53	3,1	32	29,5	20
Sait qu'une personne ne peut pas contracter le VIH en partageant de la nourriture avec une personne infectée par le VIH (d)	13,1	53	12,5	32	14,8	20
Sait qu'une personne peut contracter le VIH en se faisant des injections avec une aiguille déjà utilisée par quelqu'un qui est infecté par le VIH	48,8	53	50,0	32	49,2	20
Sait qu'une personne infectée peut réduire le risque de transmettre le VIH à une autre personne en suivant correctement un traitement ARV	45,1	53	50,0	32	39,4	20

Connaissances et croyances	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Sait que le VIH n'est pas transmis par la sorcellerie	5,6	53	6,2	32	4,9	20
Connaît les moyens de se prévenir du VIH et rejette les fausses croyances*	3,8	53	0,0	32	9,8	20

(*) Cet indicateur est un score. Il est défini comme le pourcentage des UD qui ont bien répondu à toutes les 5 affirmations suivantes: a, b, c, d et e

4.4.2. Accès aux services de prévention du VIH

L'analyse des services de prévention du VIH met en évidence un accès partiel et inégal aux interventions clés, avec des disparités notables entre Douala et Yaoundé. Globalement, 59,0 % des participants déclarent avoir obtenu facilement des préservatifs lorsqu'ils en avaient besoin au cours des six derniers mois, proportion comparable entre Douala (60,1 %) et Yaoundé (57,7 %). Toutefois, l'achat de préservatifs est plus fréquent à Douala (52,7 %) qu'à Yaoundé (38,3 %), tandis que la réception gratuite de préservatifs reste globalement faible (18,9 %), bien qu'elle soit plus élevée à Yaoundé (24,4 %) qu'à Douala (14,4 %).

Les principales sources d'approvisionnement en préservatifs sont les boutiques (46,8 %), suivies des associations d'usagers de drogues (22,7 %) et des pharmacies (17,3 %). À Douala, les boutiques et les pharmacies constituent les canaux dominants, alors qu'à Yaoundé, les associations UD jouent un rôle plus important. Les autres sources, telles que les établissements de santé, les lieux de travail ou les écoles, restent marginales.

En ce qui concerne les lubrifiants à base d'eau, moins d'un tiers des participants (28,2 %) en ont reçu gratuitement au cours des six derniers mois, avec une couverture plus faible à Yaoundé. L'accès à l'information demeure également limité : seuls 34,6 % des participants ont reçu des conseils sur le VIH/IST par un personnel de santé, et 17,8 % ont assisté à une session de démonstration de l'utilisation du préservatif.

Enfin, la couverture du paquet d'interventions de prévention combinée au cours des trois derniers mois est très faible. Moins de 10 % des participants ont reçu l'une des interventions clés, et seulement 2,0 % ont bénéficié d'au moins deux des trois services considérés, soulignant d'importantes lacunes dans l'offre intégrée de prévention du VIH.

Tableau 16. Accès des UDI au matériel de prévention du VIH et sources d'approvisionnement

Service de prévention VIH	Ensemble					
	%	n	%	n	%	N
Préservatif						
A obtenu facilement des préservatifs lorsqu'il en avait besoin au cours des 6 derniers mois	59,0	444	60,1	243	57,7	201

Service de prévention VIH	Ensemble					
	%	n	%	n	%	N
A acheté des préservatifs au cours des 6 derniers mois	46,2	444	52,7	243	38,3	201
A reçu gratuitement des préservatifs au cours des 6 derniers mois	18,9	444	14,4	243	24,4	201
Source d'approvisionnement des préservatifs au cours des 6 derniers mois*						
Association UD	22,7	506	16,9	305	29,9	201
Boutique	46,8	506	50,6	305	42,3	201
Club ou centre de Gym	1,1	506	2,1	305	0,0	201
Pharmacie	17,3	506	28,0	305	4,5	201
Amis	14,4	506	17,3	305	10,9	201
Bar / Restaurant / Hôtel	1,8	506	0,4	305	3,5	201
Établissements de santé	2,3	506	2,1	305	2,5	201
École et université	1,1	506	1,6	305	0,5	201
Lieu de travail	1,6	506	2,9	305	0,0	201
Autre	4,7	506	3,7	305	6,0	201
Lubrifiant						
A reçu gratuitement des lubrifiants à base d'eau au cours des 6 derniers mois	28,2	444	21,5	243	12,0	201
Informations						
A reçu des informations ou des conseils sur le VIH/IST par un personnel de santé dans les 6 derniers mois	34,6	444	22,5	243	20,0	201
A assisté à une session d'information avec démonstration de pose du préservatif dans les 6 derniers mois	17,8	444	16,5	243	7,5	201
Paquet d'intervention de prévention combiné au cours des trois derniers mois»						
A reçu du lubrifiant ET des préservatifs gratuits au cours des 3 derniers mois (c)	5,2	444	7,0	243	3,0	201
A déjà reçu des informations sur l'utilisation du préservatif (par éducateur ou formation sanitaire) au cours des trois derniers mois (d)	8,3	444	10,7	243	5,5	201
A été testé pour les IST dans les trois derniers mois (e)	2,9	444	3,3	243	2,5	201
A reçu au moins deux des trois services mentionnés ci-dessus (c, d, e) au cours des trois derniers mois**	2,0	444	2,5	243	1,5	201

Service de prévention VIH	Ensemble					
	%	n	%	n	%	N
(*) Pour les questions à choix multiple, les effectifs et pourcentages ont été calculés en rapportant chaque modalité au nombre total de répondants à la question ; les pourcentages peuvent donc dépasser 100 %, plusieurs réponses étant possibles (**). Cet indicateur est un score, il est défini comme le pourcentage des UD qui ont reçu au moins 2 des 3 interventions suivantes : c, d et e.						

4.5. Exposition aux services de prévention et de prise en charge des VHB/VHC et IST

L'analyse de l'accès aux services de prévention et de prise en charge des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST) met en évidence une couverture globalement faible des interventions clés, avec des disparités entre Douala et Yaoundé. La connaissance et l'utilisation de la prophylaxie préexposition (PrEP) restent très limitées. Moins de 10 % des participants ont déjà entendu parler de la PrEP (7,9 %), avec une proportion légèrement plus élevée à Douala (9,1 %) qu'à Yaoundé (6,5 %). L'usage effectif de la PrEP est quasi inexistant, seuls 0,5 % des participants déclarant en avoir déjà pris, exclusivement à Yaoundé.

Concernant les hépatites virales, un peu plus de la moitié des participants ont déjà entendu parler de l'hépatite B (55,2 %), sans différence notable entre les deux villes. Toutefois, la couverture vaccinale contre l'hépatite B demeure très faible (5,7 %), particulièrement à Yaoundé (1,8 %). Le dépistage de l'hépatite B a été réalisé par un quart des participants (25,3 %), avec une proportion plus élevée à Douala. Pour l'hépatite C, la notoriété est plus faible (35,6 %), mais davantage reconnue à Yaoundé (45,3 %). Le dépistage du VHC reste rare (9,5 %), et les diagnostics rapportés sont marginaux.

En ce qui concerne les IST, 18,0 % des participants déclarent avoir présenté des symptômes au cours des 12 derniers mois, plus fréquemment à Douala. Les symptômes rapportés sont variés, dominés par les douleurs à la miction et les démangeaisons génitales. Parmi ceux ayant présenté des symptômes, moins de la moitié ont été pris en charge par un professionnel de santé, tandis qu'un recours non négligeable à l'automédication et aux guérisseurs traditionnels est observé, surtout à Yaoundé. Les tests de dépistage des IST sont majoritairement réalisés dans les hôpitaux à Douala et dans les centres de santé à Yaoundé. Globalement, seuls 8,6 % des participants ont reçu un diagnostic d'IST confirmé par un professionnel de santé, soulignant des lacunes importantes dans l'accès au dépistage et à la prise en charge des IST.

Tableau 17. Antécédents d'IST et d'hépatites virales chez les PUD

Accès aux services de prévention et de prise en charge des hépatites virales et des IST	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Accès à la prophylaxie préexposition (PrEP)						
A déjà entendu parler de la PrEP	7,9	444	9,1	243	6,5	201
A déjà pris la PrEP pour prévenir l'infection par le VIH	0,5	444	0,0	243	1,0	2
A pris la PrEP au cours des 6 derniers mois	0,5	444	0,0	243	1,0	2
Infections à l'Hépatites virales B et la Syphilis						

Accès aux services de prévention et de prise en charge des hépatites virales et des IST	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Hépatite virale B (VHB)						
A déjà entendu parler de l'hépatite virale B	55,2	444	55,6	243	54,7	201
A déjà reçu le vaccin contre l'hépatite B	5,7	245	8,8	135	1,8	110
A déjà fait un test de dépistage de l'hépatite B	25,3	245	31,1	135	18,2	110
Un professionnel de la santé vous a communiqué que vous aviez l'hépatite B	1,6	245	2,2	135	0,9	110
Hépatite virale C (VHC)						
A déjà entendu parler de l'hépatite virale C	35,6	444	27,6	243	45,3	201
A déjà fait un test de dépistage de l'hépatite virale C	9,5	158	7,5	67	11,0	91
Un professionnel de la santé vous a communiqué que vous aviez l'hépatite virale C	1,3	158	0	67	2,2	91
Infections Sexuellement Transmissible (IST) : Antécédents et prise en charge						
A présenté des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois	18,0	444	20,6	243	14,9	201
Type de symptômes d'IST observés autour du pénis ou de l'anus au cours des 12 derniers mois*						
Cloques ou plaies dans la région génitale	4,7	124	7,4	87	1,5	37
Ulcère anal	0,2	124	0,4	87	0	37
Douleur ou sensation de brûlure lorsque vous urinez	8,6	124	11,5	87	5	37
Écoulement génital	2,7	124	2,9	87	2,5	37
Décharge anale	0,5	124	0,8	87	0	37
Saignement du pénis	1,6	124	2,1	87	1	37
Verrues anales	0	124	0	87	0	37
Masse anormale ou gonflement autour des organes génitaux	1,1	124	2,1	87	0	37
Démangeaison de la région génitale	8,1	124	8,2	87	8	37
Autre	0,5	124	0,4	87	0,5	37
Traitement du dernier symptôme d'IST observé au cours des 12 derniers mois**						
Traité par un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé	42,5	80	48,0	50	33,3	30
Traité moi-même	18,8	80	18,0	50	20,0	30
Traité par un guérisseur traditionnel	16,2	80	8,0	50	30,0	30
Traité par un pharmacien	6,2	80	8,0	50	3,3	30

Accès aux services de prévention et de prise en charge des hépatites virales et des IST	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Traités par quelqu'un d'autre	3,8	80	2,0	50	6,7	30
Lieu de réalisation du test pour une infection sexuellement transmissible au cours des 12 derniers mois						
Pharmacie	5,3	171	6,5	93	3,8	78
Clinique privée	8,2	171	11,8	93	3,8	78
Hôpital	39,8	171	60,2	93	15,4	78
Centre de santé	24,6	171	7,5	93	44,9	78
Herboriste, guérisseur traditionnel	8,2	171	5,4	93	11,5	78
Mon pair UDI	10,5	171	7,5	93	14,1	78
Autre	3,5	171	1,1	93	6,4	78
A reçu un diagnostic d'IST par un professionnel de santé dans les 12 derniers moi	8,6	444	8,6	243	8,5	201

Chez les 86 femmes utilisatrices de drogues, l'accès aux services de prévention demeure insuffisant. Seules 17,4 % (15/86) ont déjà entendu parler de la PrEP, et 2,3 % (2/86) l'ont effectivement utilisée, uniquement à Yaoundé (6,7 %, 2/30). Concernant l'hépatite B, 62,8 % (54/86) en ont entendu parler, mais seulement 3,7 % (2/54) ont été vaccinées et 13,0 % (7/54) ont réalisé un test de dépistage. Pour l'hépatite C, 44,2 % (38/86) en ont entendu parler, mais 7,9 % (3/38) ont effectué un test. Les symptômes d'IST ont été signalés par 36,0 % (31/86), toutefois seules 6,5 % (2/31) ont consulté un professionnel, traduisant un recours limité aux soins formels.

Tableau 18. Antécédents d'IST et d'hépatites virales chez les PUD de sexe féminin

Accès aux services de prévention et de prise en charge des hépatites virales et des IST	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Accès à la prophylaxie préexposition (PrEP)						
A déjà entendu parler de la PrEP	17,4	86	17,9	56	16,7	30
A déjà pris la PrEP pour prévenir l'infection par le VIH	2,3	86	0,0	56	6,7	30
A pris la PrEP au cours des 6 derniers mois	2,3	86	0,0	56	6,7	30
Infections à l'Hépatites virales B et la Syphilis						
Hépatite virale B (VHB)						
A déjà entendu parler de l'hépatite virale B	62,8	86	62,5	56	63,3	30
A déjà reçu le vaccin contre l'hépatite B	3,7	54	2,9	35	5,3	19
A déjà fait un test de dépistage de l'hépatite B	13,0	54	14,3	35	10,5	19
Un professionnel de la santé vous a communiqué que vous aviez l'hépatite B	0,0	54	0,0	35	0,0	19
Hépatite virale C (VHC)						
A déjà entendu parler de l'hépatite virale C	44,2	86	33,9	56	63,3	30
A déjà fait un test de dépistage de l'hépatite virale C	7,9	38	0,0	19	15,8	19

Accès aux services de prévention et de prise en charge des hépatites virales et des IST	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Un professionnel de la santé vous a communiqué que vous aviez l'hépatite virale C	0,0	38	0,0	19	0,0	19
Infections Sexuellement Transmissible (IST) : Antécédents et prise en charge						
A présenté des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois	36,0	86	41,1	56	26,7	30
Type de symptômes d'IST observés autour du pénis ou de l'anus au cours des 12 derniers mois*						
Cloques ou plaies dans la région génitale	32,3	31	39,1	23	12,5	8
Ulcère anal	3,2	31	4,3	23	0	8
Douleur ou sensation de brûlure lorsque vous urinez	0,0	31	0,0	23	0	8
Écoulement génital	29,0	31	30,4	23	25	8
Décharge anale	6,5	31	8,7	23	0	8
Saignement du pénis	0,0	31	0,0	23	0	8
Verrues anales	0,0	31	0,0	23	0	8
Masse anormale ou gonflement autour des organes génitaux	16,1	31	21,7	23	0	8
Démangeaison de la région génitale	58,1	31	52,2	23	75	8
Autre	0,0	31	0,0	23	0	8
Traitement du dernier symptôme d'IST observé au cours des 12 derniers mois**						
Traité par un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé	6,5	31	8,7	23	0,0	8
Traités moi-même	29,0	31	26,1	23	37,5	8
Traité par un guérisseur traditionnel	16,1	31	8,7	23	37,5	8
Traité par un pharmacien	0,0	31	0,0	23	0,0	8
Traités par quelqu'un d'autre	3,2	31	0,0	23	12,5	8
Lieu de réalisation du test pour une infection sexuellement transmissible au cours des 12 derniers mois						
Pharmacie	6,5	31	8,7	23	0,0	8
Clinique privée	3,2	31	4,3	23	0,0	8
Hôpital	12,9	31	17,4	23	0,0	8
Centre de santé	3,2	31	4,3	23	0,0	8
Herboriste, guérisseur traditionnel	9,7	31	8,7	23	12,5	8
Mon pair UDI	9,7	31	4,3	23	25,0	8
Autre	0,0	31	0,0	23	0,0	8
A reçu un diagnostic d'IST par un professionnel de santé dans les 12 derniers mois	14,0	86	17,9	56	6,7	30
<i>(*) Pour les questions à choix multiple, les effectifs et pourcentages ont été calculés en rapportant chaque modalité au nombre total de répondants à la question ; les pourcentages peuvent donc dépasser 100 %, plusieurs réponses étant possibles (***) Parmi ceux ayant présenté des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois</i>						

4.6. Utilisation des drogues et pratiques d'injection

Les UD/UDI sont considérés comme l'un des principaux groupes de transmission du VIH, principalement en raison de leur consommation de drogues à risque et de leurs habitudes de partage des aiguilles. Une compréhension des pratiques actuelles de consommation de drogues chez les UD/UDI permet de concevoir des stratégies d'intervention efficaces. Les informations contenues dans ce chapitre concernent spécifiquement la consommation de drogues, les types de drogues utilisées, la fréquence d'injection, les habitudes de partage des aiguilles et des seringues ainsi que le traitement de la surdose des drogues chez les UD/UDI

4.6.1. Consommation des drogues non-injectables

L'analyse de la consommation des drogues non injectables montre une prévalence très élevée, avec 91,9 % des participants ayant déjà consommé une drogue non prescrite, proportion plus élevée à Yaoundé (94,0 %) qu'à Douala (90,1 %). La consommation récente demeure importante (84,7 %), particulièrement à Yaoundé (92,5 %) comparée à Douala (78,2 %).

Le cannabis est la substance la plus consommée (74,1 %), davantage à Douala (79,0 %) qu'à Yaoundé (68,2 %). À l'inverse, l'héroïne est plus fréquente à Yaoundé (21,4 %) contre 2,1 % à Douala. La cocaïne concerne 11,7 % des participants, tandis que le crystal meth est surtout observé à Douala (14,4 %). Le speedball est également notable (16,2 %), surtout à Douala.

La fréquence d'usage révèle une consommation intensive, surtout à Yaoundé, où 33,8 % consomment 2 à 3 fois par jour et 21,3 % environ une fois par jour, contre respectivement 16,7 % et 6,9 % à Douala.

Le mode principal reste le fait de fumer (88,7 %). L'ingestion, le mâchage et le sniff sont plus fréquents à Douala, traduisant une plus grande diversité des modes de consommation dans cette ville.

Tableau 19. Utilisation des drogues non-injectables chez les PUD

Consommation des drogues non-injectables	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	n
A déjà pris une drogue non-injectable non médicalement prescrite	91,9	444	90,1	243	94,0	201
A déjà pris une drogue non-injectable non médicalement prescrite au cours des 6 derniers mois	84,7	444	78,2	243	92,5	201
Drogues non médicalement prescrites reniflée, avalée ou inhalée au cours des 6 derniers mois*						
Cannabis	74,1	329	79	192	68,2	137
Héroïne	10,8	48	2,1	5	21,4	43
Cocaïne	11,7	52	6,6	16	17,9	36
Méthamphétamine	6,3	28	7,8	19	4,5	9
Opioïde Médical (Par Ex., Codéine, Morphine, Oxycontin, Etc.)	1,6	7	0	0	3,5	7
Crystal meth	8,3	37	14,4	35	1	2
Speedball (melange de cocaïne/héroïne)	16,2	72	18,9	46	12,9	26
Fréquence de consommation des drogues non médicalement prescrites au cours des 6 derniers mois**						
Moins d'une fois par mois	4,3	376	6,0	190	0,5	186
1 à 3 fois par mois	7,5	376	9,2	190	2,6	186
environ 1 fois par semaine	3,1	376	3,3	190	2,1	186
2 à 3 fois par semaine,	13,8	376	10,7	190	15,6	186
4 a 6 fois par semaine	6,5	376	3,3	190	10,4	186
environ 1 fois par jour	13,3	376	6,9	190	21,3	186
2 à 3 fois par jour presque tous les jours	25,2	376	16,7	190	33,8	186
4 fois ou plus par jour, presque tous les jours	11,2	376	9,2	190	12,0	186
Mode d'utilisation de la drogue non-injectable*						
Fumer	88,7	394	88,1	214	89,6	180
Avaler	24,3	108	32,1	78	14,9	30

Consommation des drogues non-injectables	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	n
Mâcher	7,2	32	11,1	27	2,5	5
Sniffer	9,7	43	12,8	31	6	12
Inhaler	18,7	83	19,8	48	17,4	35

(*) Pour les questions à choix multiple, les effectifs et pourcentages ont été calculés en rapportant chaque modalité au nombre total de répondants à la question ; les pourcentages peuvent donc dépasser 100 %, plusieurs réponses étant possibles (**) Parmi ceux ayant déjà pris une drogue non-injectable non médicalement prescrite au cours des 6 derniers mois

Chez les femmes (n = 86), la consommation de drogues non injectables est très élevée, avec 93,0 % (80/86) ayant déjà consommé et 89,5 % (77/86) au cours des six derniers mois, sans différence notable entre Douala (89,3 %, 50/56) et Yaoundé (90,0 %, 27/30).

Le cannabis domine largement (81,4 %, 70/86), particulièrement à Douala (91,1 %, 51/56) contre 63,3 % (19/30) à Yaoundé. À l'inverse, l'héroïne est exclusivement observée à Yaoundé (30,0 %, 9/30). La cocaïne concerne 43,0 % (37/86), avec des proportions proches entre Douala (46,4 %) et Yaoundé (36,7 %). Le crystal meth et la méthamphétamine restent marginaux, principalement à Douala.

La fréquence d'usage met en évidence une consommation plus intensive à Yaoundé : 29,6 % consomment environ une fois par jour et 25,9 % 2 à 3 fois par jour, contre respectivement 10,0 % et 8,0 % à Douala. À l'inverse, les fréquences modérées sont plus fréquentes à Douala.

Le mode principal reste le fait de fumer (87,2 %, 75/86). L'ingestion (29,1 %) et l'inhalation (17,4 %) sont également observées, davantage à Douala, traduisant une diversification des modes de consommation dans cette ville.

Tableau 20. Utilisation des drogues non-injectables chez les PUD de sexe féminin

Consommation des drogues non-injectables	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
A déjà pris une drogue non-injectable non médicalement prescrite	93,0	86	92,9	56	93,3	30
A déjà pris une drogue non-injectable non médicalement prescrite au cours des 6 derniers mois	89,5	86	89,3	56	90,0	30
Drogues non médicalement prescrites reniflée, avalée ou inhalée au cours des 6 derniers mois*						
Cannabis	81,4	70	91,1	51	63,3	19
Héroïne	10,5	9	0	0	30	9
Cocaïne	43	37	46,4	26	36,7	11
Méthamphétamine	3,5	3	5,4	3	0	0
Codéine	0	0	0	0	0	0
Crystal meth	5,8	5	8,9	5	0	0
Speedball (mélange de cocaïne/héroïne)	12,8	11	17,9	10	3,3	1
Fréquence de consommation des drogues non médicalement prescrites au cours des 6 derniers mois**						
Moins d'une fois par mois	7,8	77	12,0	50	0,0	27
1 à 3 fois par mois	19,5	77	28,0	50	3,7	27
environ 1 fois par semaine	22,1	77	24,0	50	18,5	27
2 à 3 fois par semaine,	19,5	77	28,0	50	3,7	27
4 à 6 fois par semaine	9,1	77	8,0	50	11,1	27
environ 1 fois par jour	16,9	77	10,0	50	29,6	27

Consommation des drogues non-injectables	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
2 à 3 fois par jour presque tous les jours	14,3	77	8,0	50	25,9	27
4 fois ou plus par jour, presque tous les jours	5,2	77	2,0	50	11,1	27
Mode d'utilisation de la drogue non-injectable*						
Fumer	87,2	75	89,3	50	83,3	25
Avaler	29,1	25	33,9	19	20	6
Mâcher	8,1	7	12,5	7	0	0
Renifler	11,6	10	12,5	7	10	3
Inhaler (Inspirer)	17,4	15	21,4	12	10	3

(*) Pour les questions à choix multiple, les effectifs et pourcentages ont été calculés en rapportant chaque modalité au nombre total de répondants à la question ; les pourcentages peuvent donc dépasser 100 %, plusieurs réponses étant possibles (**) Parmi ceux ayant déjà pris une drogue non-injectable non médicalement prescrite au cours des 6 derniers mois

4.6.2. Consommation des drogues par injection

L'analyse de la consommation des drogues par injection met en évidence une proportion importante d'usagers injecteurs, avec 29,7 % (132/444) ayant déjà injecté une drogue, davantage à Douala (33,3 %, 81/243) qu'à Yaoundé (25,4 %, 51/201). La consommation récente concerne 22,5 % (132/444), avec des proportions similaires entre Douala (22,6 %) et Yaoundé (22,4 %). Parmi ces usagers, 49,2 % ont injecté au cours du dernier mois, proportion plus élevée à Yaoundé (66,7 %) qu'à Douala (38,3 %), traduisant des usages plus intensifs à Yaoundé.

L'âge médian à la première injection est de 19 ans (IQR : 17,75–21), sans différence entre villes. L'héroïne est la principale substance injectée (35,4 %), très prédominante à Yaoundé (60,9 %) contre une faible proportion à Douala. À Douala, les usages sont davantage orientés vers le crack/drogue locale (50,0 %) et la méthamphétamine (36,1 %). La cocaïne concerne 12,2 % des usagers.

La fréquence d'injection est majoritairement mensuelle (1 à 4 fois/mois : 52,3 %), mais des usages quotidiens existent, surtout à Douala. Le partage du matériel d'injection reste préoccupant (24,2 %), particulièrement à Douala (48,1 % contre 17,6 % à Yaoundé), exposant à un risque accru de VIH et d'hépatites.

Tableau 21. Utilisation des drogues par injection chez les PUD

Consommation des drogues par injection	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
A déjà injecté une drogue illégale ou illicite	29,7	444	33,3	243	25,4	201
A injecté une drogue illégale ou illicite au cours des 6 derniers mois	22,5	444	22,6	243	22,4	201
A injecté une drogue illégale ou illicite au cours du dernier mois*	49,2	132	38,3	81	66,7	51
Age à la première consommation des drogues par injection non médicalement prescrites						
Médiane (IQR)	19 (17,75–21)		19 (17–21)		19 (18–20)	
Min-Max	12–35		15–35		12–30	
Drogues non médicalement prescrites injectées au cours des 6 derniers mois						

Consommation des drogues par injection	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Héroïne	35,4	82	2,8	36	60,9	46
Opioïde autre que l'héroïne (opium ou morphine)	7,3	82	5,6	36	8,7	46
Cocaïne	12,2	82	5,6	36	17,4	46
Mélange d'héroïne avec une autre drogue	1,2	82	0,0	36	2,2	46
Méthamphétamine (cristal)	17,1	82	36,1	36	2,2	46
Drogue médicale autre qu'un opioïde	0,0	82	0,0	36	0,0	46
Crack/drogue locale	22,0	82	50,0	36	0,0	46
Mix d'héroïne et cocaïne	0,0	82	0,0	36	0,0	46
Autre (Tramadol, Cocktail artisanaux)	4,9	82	0,0	36	8,7	46
Fréquence de consommation des drogues par injection non médicalement prescrites au cours des 6 derniers mois*						
Moins d'une fois par mois	17,4	132	22,2	81	9,8	51
1 à 4 fois par mois	52,3	132	45,7	81	62,7	51
2 à 7 fois par semaine, une fois par jour	15,9	132	14,8	81	17,6	51
2 à 3 fois par jour	9,8	132	12,3	81	5,9	51
4 fois ou plus par jour	4,5	132	4,9	81	3,9	51
Expérience de partage du matériel d'injection avec quelqu'un d'autre au cours des 6 derniers mois						
A partagé son aiguille avec quelqu'un d'autre ou utilisé l'aiguille usagée par quelqu'un d'autre pour s'injecter de la drogue au cours des 6 derniers mois parmi les UDI ayant injecté de la drogue pendant de cette période	24,2	132	48,1	81	17,6	51

(*) Parmi ceux ayant déjà injecté une drogue illégale ou illicite

4.6.3. Accessibilité au matériel d'injection au cours du dernier mois

L'analyse de l'accessibilité et de l'utilisation des aiguilles ou seringues chez les personnes ayant injecté des drogues met en évidence des disparités importantes entre Douala et Yaoundé, avec des implications majeures en matière de réduction des risques. Globalement, parmi les usagers injecteurs ayant déclaré une injection récente, plus d'un cinquième (21,2 %) n'ont pas reçu d'aiguilles ou de seringues neuves et stériles au cours du dernier mois. Cette situation est particulièrement préoccupante à Douala, où plus d'un tiers des usagers injecteurs (34,6 %) déclarent ne pas avoir eu accès à du matériel stérile, alors qu'aucun cas n'est rapporté à Yaoundé.

Les pharmacies constituent la principale source d'approvisionnement en aiguilles ou seringues stériles (42,4 %) dans l'ensemble, sans différence majeure entre les deux villes. Toutefois, à Yaoundé, le recours aux sources personnelles, telles que les amis, est nettement plus fréquent (35,3 %) qu'à Douala (7,4 %), tandis que l'approvisionnement via le trafic de drogue ou les dealers est davantage rapporté à Douala. Les programmes structurés de distribution d'aiguilles et de seringues restent très peu utilisés (3,0 %), bien qu'ils soient légèrement plus visibles à Yaoundé.

Concernant les pratiques d'utilisation, seuls deux tiers des usagers injecteurs (66,7 %) déclarent avoir utilisé une nouvelle aiguille ou seringue lors de leur dernière injection. Cette proportion masque toutefois de fortes disparités, avec une couverture quasi optimale à Yaoundé (98,0 %)

contre moins de la moitié à Douala (46,9 %). De manière plus générale, l'utilisation systématique de matériel stérile demeure insuffisante : 16,7 % déclarent n'y avoir jamais recours, et 42,4 % seulement de manière occasionnelle. Ces résultats traduisent un niveau élevé d'exposition aux risques de transmission du VIH et des hépatites virales, en particulier à Douala, et soulignent la nécessité de renforcer les interventions de réduction des risques, notamment les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues.

Tableau 22. Disponibilité et utilisation du matériel d'injection aux UDI au cours du dernier mois

Accessibilité des aiguilles ou seringues	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	N
Accessibilité des aiguilles ou seringues par les personnes ayant injecté des drogues*						
Lieu d'obtention des aiguilles/seringues au cours du dernier mois						
Je n'ai pas reçu d'aiguilles/seringues neuves (stériles)	21,2	132	34,6	81	0,0	51
Programme de distribution d'aiguilles et de seringues, y compris les services de proximité	3,0	132	0,0	81	7,8	51
Pharmacie	42,4	132	43,2	81	41,2	51
Source personnelle (ami, etc.)	18,2	132	7,4	81	35,3	51
Trafic de drogue	10,6	132	14,8	81	3,9	51
Dealer	4,5	132	0,0	81	11,8	51
Utilisation des aiguilles ou seringues par les personnes ayant injecté des drogues*						
Fréquence d'utilisation d'une nouvelle aiguille ou seringue stérile à chaque injection au cours du dernier mois						
Jamais	16,7	132	19,8	81	11,8	51
Parfois	42,4	132	50,6	81	29,4	51
la moitié du temps	0,8	132	1,2	81	0,0	51
La plupart du temps	39,4	132	27,2	81	58,8	51
Pas dans le dernier mois	0,8	132	1,2	81	0,0	51
Nouvelle aiguille/seringue lors de la dernière injection						
A utilisé une nouvelle aiguille ou seringue lors de la dernière injection au cours du dernier mois	66,7	132	46,9	81	98,0	51
(*) Parmi ceux ayant déjà injecté une drogue illégale ou illicite						

4.6.4. Comportements et expériences d'injection

L'analyse des comportements d'injection met en évidence des pratiques à risque importantes, avec de fortes disparités entre villes. Globalement, 63,6 % des usagers injecteurs déclarent n'avoir jamais utilisé une aiguille déjà utilisée au cours du dernier mois, proportion très élevée à Yaoundé (90,2 %) mais nettement plus faible à Douala (46,9 %). À Douala, l'usage occasionnel de matériel usagé reste fréquent (43,2 %), traduisant une exposition accrue aux risques infectieux.

Le partage indirect de drogues à l'aide d'une seringue déjà utilisée concerne également une part non négligeable des usagers : 22,7 % déclarent y avoir recours parfois, surtout à Douala (33,3 %). De plus, près d'un quart des usagers (23,5 %) rapportent s'être déjà injecté avec une autre personne, avec des pratiques plus récentes à Douala.

Les lieux d'injection diffèrent nettement : à Douala, l'injection se fait principalement au domicile (43,8 %) et dans les points chauds (39,1 %), tandis qu'à Yaoundé, elle se déroule majoritairement dans d'autres lieux informels (53,3 %), avec une moindre concentration dans les espaces fixes.

Dans l'ensemble, ces résultats montrent une vulnérabilité plus élevée à Douala, marquée par des pratiques de partage plus fréquentes, soulignant la nécessité de renforcer les interventions de réduction des risques ciblés.

Tableau 23. Pratique d'injection et partage du matériel d'injection

Comportements d'injection et partage du matériel d'injection	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	n
Fréquence d'utilisation du matériel usager par les personnes ayant injecté des drogues*						
Fréquence d'utilisation d'aiguille ou de seringue déjà utilisé par quelqu'un d'autre au cours du dernier mois						
Jamais	63,6	132	46,9	81	90,2	51
Parfois	28,8	132	43,2	81	5,9	51
la moitié du temps	1,5	132	2,5	81	0,0	51
La plupart du temps	3,8	132	3,7	81	3,9	51
Pas dans le dernier mois	2,3	132	3,7	81	0,0	51
Fréquence d'utilisation des drogues divisés avec une seringue que quelqu'un d'autre avait déjà injecté au cours du dernier mois						
Jamais	69,7	132	61,7	81	82,4	51
Parfois	22,7	132	33,3	81	5,9	51
la moitié du temps	1,5	132	2,5	81	0,0	51
La plupart du temps	3,8	132	2,5	81	5,9	51
Pas dans le dernier mois	2,3	132	0,0	81	5,9	51
Injection avec quelqu'un d'autre ayant injecté des drogues*						
S'est déjà injecté de la drogue avec au moins une autre personne						
N'a pas injecté avec quelqu'un	76,5	132	71,6	81	84,3	51
Moins d'1 mois	9,1	132	12,3	81	3,9	51
Entre 1 et 3 mois	6,1	132	8,6	81	2,0	51
Entre 3 et 6 mois	3,0	132	3,7	81	2,0	51
Plus de 6 mois	5,3	132	3,7	81	7,8	51
Lieu d'injection des drogues au cours du dernier mois**						
A mon domicile	33,1	139	43,8	64	24,0	75
Dans un point chaud des UDI	27,3	139	39,1	64	17,3	75
Chez mon partenaire d'injection	10,8	139	17,2	64	5,3	75
Autres lieux (Ter)	28,8	139	0,0	64	53,3	75

(*) Parmi ceux ayant déjà injecté une drogue illégale ou illicite (**) Pour les questions à choix multiple, les effectifs et pourcentages ont été calculés en rapportant chaque modalité au nombre total de répondants à la question ; les pourcentages peuvent donc dépasser 100 %, plusieurs réponses étant possibles

4.6.5. Surdose et programme de traitement de substitution

L'analyse des antécédents d'overdose et des connaissances en matière de prise en charge met en évidence une fréquence non négligeable des épisodes d'overdose, associée à une très faible préparation des participants à y faire face. Globalement, 6,8 % des participants déclarent avoir fait une overdose de drogues ayant entraîné une perte de connaissance au cours des six derniers mois. Cette proportion est plus élevée à Douala (9,1 %) qu'à Yaoundé (4,0 %), suggérant une exposition plus importante aux risques d'overdose dans la capitale économique.

Les drogues impliquées lors des overdoses varient selon les sites. À Douala, les overdoses sont principalement associées à la méthamphétamine et au crack, tandis qu'à Yaoundé, les mélanges de drogues, notamment le mix héroïne-cocaïne, ainsi que les opioïdes autres que l'héroïne, sont plus fréquemment rapportés. Dans la grande majorité des cas (93,3 %), les personnes ayant fait une overdose ont reçu de l'aide de leur entourage, traduisant une certaine solidarité communautaire malgré l'absence de dispositifs formels.

Par ailleurs, près d'un quart des participants (23,6 %) déclarent avoir été témoins d'une overdose chez une autre personne au cours des six derniers mois, confirmant que ce phénomène est relativement fréquent dans les réseaux d'usagers. Cependant, la quasi-totalité des participants (94,0 %) n'ont reçu aucune formation sur la conduite à tenir face à une overdose. Les connaissances sur les gestes de premiers secours restent extrêmement limitées, et aucun participant ne rapporte l'utilisation de médicaments de renversement des overdoses, tels que la naloxone.

Enfin, l'accès aux programmes de traitement de la dépendance demeure très restreint. Moins de 15 % des participants connaissent l'existence d'un programme de traitement dans leur ville, et une faible proportion a tenté de réduire ou d'arrêter la consommation de drogues récemment. Le recours aux traitements de substitution, comme la méthadone ou la buprénorphine, reste marginal, soulignant des lacunes majeures dans l'offre de prise en charge et de réduction des risques.

Tableau 24. Antécédents d'«overdose» et connaissance de prise en charge

Antécédents d'«overdose» et connaissance de prise en charge	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	n
A fait une overdose de drogues au point de perdre connaissance au cours des 6 derniers mois	6,8	444	9,1	243	4,0	201
Drogues consommées lors de l'overdose survenue au cours des 6 derniers mois*						
Héroïne	0,0	30	0,0	22	0,0	8
Opioïde autre que l'héroïne (opium ou morphine)	3,3	30	0,0	22	12,5	8
Cocaïne	13,3	30	18,2	22	0,0	8
Mélange d'héroïne avec une autre drogue	3,3	30	0,0	22	12,5	8
Méthamphétamine (cristal)	26,7	30	36,4	22	0,0	8
Drogue médicale autre qu'un opioïde	0,0	30	0,0	22	0,0	8

Antécédents d'“overdose” et connaissance de prise en charge	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	n
Crack/drogue	30,0	30	36,4	22	12,5	8
locale Mix d'héroïne et cocaïne	10,0	30	0,0	22	37,5	8
Autre	13,3	30	9,1	22	25,0	8
A reçu de l'aide de quelqu'un lors de la survenue de la dernière overdose au cours des 6 derniers mois	93,3	30	95,5	22	87,5	8
A vu une autre personne prendre une surdose de drogues au point de perdre connaissance ou d'arrêter de respirer au cours des 6 derniers mois	23,6	444	26,7	243	19,9	201
A reçu une éducation ou une formation sur la façon d'agir face pour réanimer quelqu'un après une overdose**						
Aucune formation	94,0	455	91,2	297	98,3	168
Réanimation bouche à bouche	1,1	455	1,7	297	0,0	168
Glace usée, jeté de l'eau froide ou crié à la personne	2,2	455	2,6	297	1,5	168
Injecté un autre médicament (par exemple Narcan / Nalox / Naltrexone / autre)	0,0	455	0,0	297	0,0	168
A conduit la personne à l'hôpital / à l'établissement médical	0,6	455	0,9	297	0,0	168
Ambulance / personnel médical appelé	0,0	455	0,0	297	0,0	168
Frapper / gifler / pincer la personne	2,2	455	3,5	297	0,0	168
Programme de traitement de substitution						
A connaissance d'un programme de traitement de la toxicomanie disponible dans la ville de résidence	14,6	444	16,9	243	11,9	201
A essayé de réduire ou de mettre fin à la consommation de drogue au cours des 6 derniers mois	7,4	444	8,2	243	6,5	201
A déjà reçu une prescription de la méthadone pour aider à arrêter de prendre la drogue	5,5	444	7,4	243	3,0	201
A déjà reçu une prescription de la buprénorphine pour aider à arrêter de prendre la drogue	3,6	444	5,7	243	1,0	201
A déjà reçu une prescription de combinaison de la buprénorphine et naloxone pour aider à arrêter de prendre la drogue	2,9	444	4,5	243	1,0	201
A déjà suivi une autre thérapie pour arrêter de consommer de drogue (par exemple cure de désintoxication, conseil)	10,4	444	16,8	243	2,5	201
<i>(*) Parmi ceux ayant déjà fait une overdose de drogues au point de perdre connaissance au cours des 6 derniers mois (***) Pour les questions à choix multiple, les effectifs et pourcentages ont été calculés en rapportant chaque modalité au nombre total de répondants à la question ; les pourcentages peuvent donc dépasser 100 %, plusieurs réponses étant possibles</i>						

4.7. Santé mentale chez les UD

L'analyse des problèmes de santé mentale met en évidence une charge psychologique très élevée parmi les participants, avec des niveaux systématiquement plus importants à Douala qu'à Yaoundé. Sur l'ensemble de l'échantillon, plus d'un tiers des participants (34,9 %) déclarent avoir ressenti, pendant plusieurs jours au cours des deux dernières semaines, une perte d'intérêt ou de plaisir à faire les choses, proportion atteignant 45,7 % à Douala contre 21,9 % à Yaoundé. Les

symptômes dépressifs sont particulièrement fréquents, puisque plus de la moitié des participants (55,4 %) rapportent au moins un épisode de tristesse, de dépression ou de désespoir, avec une prévalence plus élevée à Douala (60,5 %) qu'à Yaoundé (49,3 %).

Les troubles fonctionnels associés sont également très répandus. Les troubles du sommeil et les troubles alimentaires concernent chacun plus de la moitié des participants, tout comme le sentiment de mal-être, les difficultés de concentration et les symptômes psychomoteurs, traduisant un retentissement important sur la vie quotidienne. Globalement, 53,3 % des participants ont vécu au moins un épisode de détresse psychologique au cours des deux dernières semaines, et 45,2 % présentent des symptômes compatibles avec une anxiété généralisée, là encore plus fréquents à Douala.

Les indicateurs liés au suicide sont particulièrement alarmants. Quatre participants sur dix (41,0 %) déclarent avoir eu des idées suicidaires récemment, avec une proportion dépassant la moitié à Douala. De plus, 14,2 % rapportent avoir tenté de se suicider au cours des deux dernières semaines. Ces résultats soulignent une situation de vulnérabilité psychologique majeure, mettant en évidence un besoin urgent d'intégration de services de santé mentale et de soutien psychosocial adaptés au sein des programmes de réduction des risques et de prise en charge globale.

Tableau 25. Problèmes de santé mentale chez les PUD

Problèmes de santé mentale	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	N	%	n	%	n
Problèmes de santé mentale						
A eu pendant des jours peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses au cours des deux dernières semaines	34,9	444	45,7	243	21,9	201
A vécu au moins un épisode de tristesse, de dépression ou de désespoir pendant des jours au cours des deux dernières semaines	55,4	444	60,5	243	49,3	201
A eu des troubles de sommeil pendant des jours au cours des deux dernières semaines	55,4	444	60,1	243	49,8	201
A eu des troubles alimentaires pendant des jours au cours des deux dernières semaines	55,0	444	60,9	243	47,8	201
S'est senti mal dans sa peau pendant des jours au cours des deux dernières semaines	53,6	444	61,3	243	44,3	201
A eu des difficultés de concentration pendant des jours au cours des deux dernières semaines	51,1	444	57,6	243	43,3	201
A bougé ou parlé visiblement lentement ou a été agité pendant des jours au cours des deux dernières semaines	40,8	444	48,1	243	31,8	201

Problèmes de santé mentale	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	N	%	n	%	n
A vécu au moins un épisode de détresse psychologique au cours des deux dernières semaines** ²²	53,3	444	58,8	243	46,5	201
A vécu au moins un épisode d'anxiété généralisée au cours des deux dernières semaines* ²³	45,2	444	53,1	243	35,6	201
Suicide						
A eu des idées suicidaires au cours des deux dernières semaines	41,0	444	51,4	243	28,4	201
A tenté de se suicider au cours des deux dernières semaines	14,2	444	14,9	243	13,3	201
<i>(*) Anxiété généralisée se caractérise par la survenue des trois symptômes suivants: l'état de fatigue, perturbation du sommeil, et difficulté de concentration, (***) Détresse psychologique se caractérise par la survenue des symptômes de dépression et d'anxiété</i>						

4.8. Stigmatisation et discrimination

L'analyse de l'expérience de stigmatisation et de discrimination met en évidence une exposition importante des participants à des formes multiples d'exclusion sociale, avec des différences marquées entre Douala et Yaoundé. En matière de divulgation du statut d'utilisateur de drogues, plus d'un tiers des participants (35,1 %) déclarent en avoir informé un membre de leur famille, tandis que près de la moitié (49,5 %) l'ont communiqué à des amis, proportions relativement comparables entre les deux villes.

La stigmatisation au sein de la communauté et de la famille demeure fréquente, particulièrement à Douala. Globalement, 16,0 % des participants se sont sentis exclus des réunions familiales au cours des six derniers mois en raison de leur statut d'usager de drogues, cette proportion atteignant 24,3 % à Douala contre seulement 6,0 % à Yaoundé. De même, 20,0 % rapportent avoir subi des commentaires injustes ou déplacés de la part de leur famille, avec une prévalence quatre fois plus élevée à Douala. Les remarques discriminatoires ou les commérages de la part d'amis concernent 11,7 % des participants, sans différence majeure entre les deux villes.

La stigmatisation liée aux services de santé, bien que moins fréquente, reste préoccupante. Une proportion non négligeable de participants déclare avoir eu peur de recourir aux soins (6,3 %) ou avoir évité les services de santé par crainte d'être identifié comme usager de drogues. En outre, 9,0 % rapportent des remarques discriminatoires de la part de professionnels de santé, plus souvent à Douala.

Les interactions avec les agents en uniforme constituent une source majeure de discrimination. Près de trois participants sur dix déclarent avoir été harcelés ou intimidés par des agents en uniforme, et plus d'un quart estiment ne pas avoir été protégés en raison de leur statut. L'incarcération liée à l'usage de drogues est particulièrement élevée à Douala (51,9 % contre 25,9

²² *Understanding persons with psychological distress in primary health care, Tina Arvidsdotter RN et al,*

²³ <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870/>

% à Yaoundé). Enfin, des formes de violence et de harcèlement persistent, notamment des violences physiques, verbales et sexuelles, illustrant une vulnérabilité sociale et institutionnelle marquée, nécessitant des réponses structurelles adaptées.

Tableau 26. Expérience de stigmatisation et/ou de discrimination des PUD

Expérience de stigmatisation et/ou de discrimination	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	n
Divulgarion du statut d'utilisateur						
A communiqué utiliser des drogues à un membre de la famille	35,1	444	34,2	243	36,3	201
A communiqué utiliser des drogues à des amis	49,5	444	51,9	243	46,8	201
Expérience de stigmatisation et discrimination de la communauté						
S'est senti exclus des réunions familiales dans les 6 derniers mois parce qu'est UD	16,0	444	24,3	243	6,0	201
A eu l'impression que les membres de la famille font des commentaires injustes ou tenu des propos déplacés du fait d'être UD au cours des 6 derniers mois	20,0	444	30,9	243	7,0	201
A été victime de remarques discriminatoires ou des commérages par des amis à cause du statut de UD au cours des 6 derniers mois	11,7	444	12,8	243	10,4	201
Expérience de stigmatisation et discrimination liée aux soins de santé						
A eu peur de recourir à des services de santé à cause du statut de UD au cours des 6 derniers mois	6,3	444	6,2	243	6,5	201
A évité de recourir aux services de santé par peur que quelqu'un l'identifie comme UD au cours des 6 derniers mois	4,7	444	4,5	243	5,0	201
S'est vu refuser des services de santé à cause du statut de UD au cours des 6 derniers mois	3,2	444	4,1	243	2,0	201
A été victime de remarques discriminatoires ou des commérages par des professionnels de santé à cause du statut de UD au cours des 6 derniers mois	9,0	444	11,1	243	6,5	201
A eu le sentiment d'être maltraité dans une structure de santé à cause du statut de UD au cours des 6 derniers mois	3,6	444	3,7	243	3,5	201
Expérience de stigmatisation et discrimination par les agents en uniforme						
A eu l'impression qu'un agent en uniforme refusait de le protéger à cause du statut de UD au cours des 6 derniers mois	26,6	444	25,5	243	27,9	201
A été harcelé verbalement ou physiquement, ou intimidé par les agents en uniforme à cause du statut de UD au cours des 6 derniers mois	29,3	444	30,0	243	28,4	201
A déjà été arrêté pour des accusations liés au fait d'être UD	13,1	444	12,3	243	13,9	201
A déjà été incarcérée pour des accusations liées au fait d'être UD au cours des 6 derniers mois*	40,1	444	51,9	243	25,9	201
Violence physique et harcèlement						
A été harcelé verbalement ou victime de chantage du fait d'être UD au cours des 6 derniers mois	13,7	444	11,9	243	15,9	201
A été blessé physiquement du fait d'être UD au cours des 6 derniers mois	10,1	444	12,3	243	7,5	201
A été forcé à avoir des relations sexuelles alors qu'il ne le voulait pas au cours des 6 derniers mois	5,9	444	6,2	243	5,5	201

Expérience de stigmatisation et/ou de discrimination	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	n
*Parmi ceux ayant été arrêtés						

Chez les femmes utilisatrices de drogues, 26,7 % ont informé un membre de leur famille de leur usage, proportion plus élevée à Yaoundé (36,7 %) qu'à Douala (21,4 %). La moitié (50,0 %) l'ont communiqué à des amis. L'exclusion familiale concerne 17,4 %, surtout à Douala (23,2 %). Les commentaires injustes touchent 23,3 %. En matière de soins, 11,6 % ont eu peur d'y recourir. Enfin, 15,1 % ont été arrêtées et 18,6 % forcées à des rapports sexuels.

Tableau 27. Expérience de stigmatisation et/ou de discrimination des PUD de sexe féminin

Expérience de stigmatisation et/ou de discrimination	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	n
Divulgaration du statut d'utilisateur						
A communiqué utiliser des drogues par injection à un membre de la famille	26,7	86	21,4	56	36,7	30
A communiqué utiliser des drogues par injection à des amis	50,0	86	48,2	56	53,3	30
Expérience de stigmatisation et discrimination de la communauté						
S'est senti exclus des réunions familiales dans les 6 derniers mois parce qu'est UD	17,4	86	23,2	56	6,7	30
A eu l'impression que les membres de la famille font des commentaires injustes ou tenu des propos déplacés du fait d'être UD au cours des 6 derniers mois	23,3	86	30,4	56	10,0	30
A été victime de remarques discriminatoires ou des commérages par des amis à cause du statut de UD au cours des 6 derniers mois	7,0	86	5,4	56	10,0	30
Expérience de stigmatisation et discrimination liée aux soins de santé						
A eu peur de recourir à des services de santé à cause du statut de UD au cours des 6 derniers mois	11,6	86	8,9	56	16,7	30
A évité de recourir aux services de santé par peur que quelqu'un l'identifie comme UD au cours des 6 derniers mois	8,1	86	7,1	56	10,0	30
S'est vu refuser des services de santé à cause du statut de UD au cours des 6 derniers mois	8,1	86	10,7	56	3,3	30
A été victime de remarques discriminatoires ou des commérages par des professionnels de santé à cause du statut de UD au cours des 6 derniers mois	2,3	86	3,6	56	0,0	30
A eu le sentiment d'être maltraité dans une structure de santé à cause du statut de UD au cours des 6 derniers mois	1,2	86	1,8	56	0,0	30
Expérience de stigmatisation et discrimination par les agents en uniforme						
A eu l'impression qu'un agent en uniforme refusait de le protéger à cause du statut de UD au cours des 6 derniers mois	5,8	86	3,6	56	10,0	30
A été harcelé verbalement ou physiquement, ou intimidé par les agents en uniforme à cause du statut de UD au cours des 6 derniers mois	4,7	86	1,8	56	10,0	30
A déjà été arrêté pour des accusations liés au fait d'être UD au cours des 6 derniers mois	15,1	86	14,3	56	16,7	30
A déjà été incarcérée pour des accusations liées au fait d'être UD au cours des 6 derniers mois	3,5	86	5,4	56	0,0	30
Violence physique et harcèlement						

Expérience de stigmatisation et/ou de discrimination	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	n
A été harcelé verbalement ou victime de chantage du fait d'être UD au cours des 6 derniers mois	14,0	86	14,3	56	13,3	30
A été blessé physiquement du fait d'être UD au cours des 6 derniers mois	14,0	86	10,7	56	20,0	30
A été forcé à avoir des relations sexuelles alors qu'il ne le voulait pas au cours des 6 derniers mois	18,6	86	16,1	56	23,3	30

4.9. Accès au test de dépistage et de prise en charge du VIH

L'évaluation des trois « 95 » dans la prise en charge des UD séropositifs met en évidence d'importantes ruptures tout au long de la cascade de soins du VIH, avec des disparités marquées entre Douala et Yaoundé. Globalement, 62,1 % des participants déclarent avoir déjà effectué un test de dépistage du VIH, proportion plus élevée à Douala (66,2 %) qu'à Yaoundé (57,3 %). Parmi ceux ayant déjà été testés, la grande majorité a réalisé un test et reçu les résultats au cours des 12 derniers mois (93,5 %), traduisant une bonne accessibilité récente au dépistage. Toutefois, la proportion de participants testés qui se savent infectés par le VIH reste faible (6,5 %), avec un écart important entre Douala (9,9 %) et Yaoundé (1,7 %).

En ce qui concerne la prise en charge, parmi les participants se sachant séropositifs, un peu plus d'un quart (27,8 %) ont déjà initié un traitement antirétroviral (TARV). Cette initiation est observée uniquement à Douala, aucun cas n'étant rapporté à Yaoundé. Parmi ceux ayant commencé la TARV, des interruptions de traitement sont fréquentes, puisque 40,0 % déclarent avoir déjà arrêté le traitement. Néanmoins, parmi ceux sous suivi, la majorité se déclare actuellement sous TARV, bien que des oublis de prise sur plusieurs jours soient rapportés. L'accès au suivi biologique demeure très limité, avec seulement 20,0 % ayant déjà réalisé une mesure de la charge virale, y compris au cours des 12 derniers mois.

L'analyse de la cascade des trois « 95 » souligne ces insuffisances. Parmi les personnes testées positives, seuls 35,4 % connaissent leur statut, proportion atteignant 48,4 % à Douala contre 11,8 % à Yaoundé. Parmi ceux connaissant leur statut, 23,5 % sont sous TARV, là encore uniquement à Douala. Parmi ceux sous TARV et ayant effectué leur charge virale, 50 % ont eu une charge virale indétectable.

Ces résultats montrent que les objectifs des trois « 95 » sont loin d'être atteints chez les UD, mettant en évidence la nécessité urgente de renforcer le dépistage ciblé, le lien vers les soins, la rétention sous TARV et le suivi virologique, en particulier à Yaoundé.

Tableau 28. Évaluation des trois 95 dans la prise en charge des PUD séropositifs

Évaluation des trois 95 dans la prise en charge des UD séropositifs	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	n
Test du VIH						
A déjà fait un test de dépistage du VIH	62,1	444	66,2	243	57,3	201

Évaluation des trois 95 dans la prise en charge des UD séropositifs	Ensemble		Douala		Yaoundé	
	%	n	%	n	%	n
A été testé pour le VIH et reçu les résultats au cours des 12 derniers mois*	93,5	276	61,7	161	53,7	115
A été testé pour le VIH dans les 12 derniers mois et se sait infecté par le VIH*	6,5	276	9,9	161	1,7	115
Prise en charge du VIH						
A déjà commencé la TARV**	27,8	18	31,3	16	0,0	2
A déjà arrêté de prendre le traitement ARV***	40,0	5	40,0	5	0,0	0
Est actuellement sous TARV***	80,0	5	80,0	5	0,0	0
A oublié de prendre ses ARV pendant au moins 5 jours au cours du dernier mois***	20,0	5	20,0	5	0,0	0
A déjà fait une mesure de la charge virale (CV)***	20,0	5	20,0	5	0,0	0
A fait une mesure de la CV dans les 12 derniers mois***	20,0	5	20,0	5	0,0	0
Cascade des trois 95 du VIH						
Connaissance du statut VIH****	35,4	48	48,4	31	11,8	17
Connaissance du statut VIH et sous TARV*****	23,5	17	26,7	15	0,0	2
PVVIH sous TARV et CV réalisée au cours des 12 derniers mois connue indétectable*****	50,0	4	50,0	4	0,0	0

(*) Parmi ceux ayant déjà fait un test de dépistage du VIH (**) Parmi ceux ayant déjà fait un test de dépistage du VIH et se sachant infecté par le VIH (***) Parmi ceux ayant déjà fait un test de dépistage du VIH, se sachant infecté par le VIH et ayant déjà commencé la TARV (****) Parmi ceux testés positif (*****) Parmi ceux connaissant leur statut

4.10. Les tests sérologiques du VIH

4.10.1. Prévalence du VIH et VHB et syphilis chez la population cible

Prévalence brute :

L'analyse des prévalences brutes du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B chez les usagers de drogues met en évidence une charge sanitaire différenciée selon le type d'usage et le site (Tableau 21). Chez les usagers de drogues non injectables (UD), la prévalence du VIH est de 8,7 % sur l'ensemble des deux sites, avec une valeur plus élevée à Yaoundé (12,2 %) qu'à Douala (5,9 %). La syphilis demeure rare chez les UD (0,9 % globalement), tandis que l'hépatite B présente une prévalence modérée de 3,8 %, plus élevée à Yaoundé.

Chez les usagers de drogues par injection (UDI), la prévalence du VIH est nettement plus élevée, atteignant 18,0 % sur l'ensemble des sites, avec un niveau particulièrement élevé à Douala (21,8 %). Aucun cas de syphilis n'a été détecté chez les UDI, mais l'hépatite B a été retrouvée chez 5,1% de l'ensemble des usagers de drogues injectable et 3,8% chez les ceux utilisant les drogues non injectables.

En considérant l'ensemble des usagers de drogues (UD et UDI), la prévalence globale du VIH est estimée à 10,8 %, celle de la syphilis à 0,7 % et celle de l'hépatite B à 4,1 %. Ces résultats

confirment une vulnérabilité accrue des UDI et soulignent la nécessité d'interventions ciblées et intégrées de prévention et de prise en charge.

Tableau 29. Estimation brute de la prévalence du VIH, de la syphilis et des hépatites B

Cible	Site	N	Estimation de la prévalence brute					
			VIH		Syphilis		Hépatite B	
			n (positif)	%[95%]	n (positif)	%[95%]	n (positif)	%[95%]
UD	Yaoundé	156	19	12,2 [7,9 – 18,2]	3	1,9 [0,7–5,5]	10	6,4 [3,5–11,4]
	Douala	188	11	5,9 [3,3 – 10,2]	0	0,0	3	1,6 [0,5–4,6]
	Ensemble des 2 sites	344	30	8,7 [6,2 - 12,2]	3	0,9 [0,3–2,5]	13	3,8 [2,2–6,4]
UDI	Yaoundé	45	6	13,3 [6,3 – 26,2]	0	0,0	4	8,9 [3,5–20,7]
	Douala	55	12	21,8 [12,9 – 34,4]	0	0,0	1	1,8 [0,3–9,6]
	Ensemble des 2 sites	100	18	18,0 [11,7 - 26,7%]	0	0,0	5	5,0 [2,2–11,2]
PUD		444	48	10,8 [8,2 – 14,1]	3	0,7 [0,2 – 2,0]	18	4,1 [2,6 – 6,4]

Prévalence ajustée du VIH :

L'analyse des prévalences ajustées du VIH, pondérées par la taille de la population générale âgée de 15 à 49 ans, met en évidence des écarts persistants selon le type d'usagers de drogues et le site. Chez les usagers de drogues non injectables (UD), la prévalence ajustée est plus élevée à Yaoundé (13,0 %) qu'à Douala (6,1 %), pour une valeur globale de 9,8 %. En revanche, chez les usagers de drogues par injection (UDI), les niveaux sont nettement plus élevés, atteignant 22,7 % à Douala et 15,6 % à Yaoundé, avec une prévalence ajustée globale de 18,7 %. En considérant l'ensemble des usagers de drogues (UD et UDI), la prévalence ajustée du VIH est estimée à 11,6 %. Ces résultats confirment une charge disproportionnée du VIH chez les UDI, particulièrement à Douala, et soulignent l'importance d'interventions ciblées et différenciées selon les profils d'usagers et les contextes urbains.

Tableau 30. Estimation brute et ajustée de la prévalence du VIH chez les PUD

Cible	Site	Estimation de la prévalence brute			Estimation de la prévalence ajustée*
		N	n (positif)	% [95%CI]	% [95% CI]
UD	Yaoundé	156	19	12,2 % [7,9 – 18,2]	13,0% [12,3% - 13,7%]
	Douala	188	11	5,9 % [3,3 – 10,2]	6,1% [6,1% - 6,3%]
	Ensemble des 2 sites	344	30	8,7 % [6,2 – 12,2]	9,8% [9,5% - 10,1%]
UDI	Yaoundé	45	6	13,3 % [6,3 – 26,2]	15,6% [14,1% - 17,2%]
	Douala	55	12	21,8 % [12,9 – 34,4]	22,7% [20,2% - 25,2%]
	Ensemble des 2 sites	100	18	18,0 % [11,7 – 26,7]	18,7% [17,3% - 20,1%]
PUD		444	48	10,8% [8,2 – 14,1]	11,6 % [11,2 – 12,0]

*Prévalence pondérée par le poids de la taille de la population générale de 15-49 ans de chaque ville

4.10.2. Distribution de la prévalence ajustée du VIH selon le sexe et l'âge

Une forte disparité de la prévalence selon le sexe est observée : parmi les UD non injectable hommes, la prévalence ajustée était de 4,4 % (11/280), contre 33,5 % chez les femmes (19/64). À Douala, l'écart est particulièrement marqué avec 2,3 % chez les hommes (3/149) contre 46,2 % chez les femmes (16/39).

Chez les UDI, la charge est encore plus importante. La prévalence ajustée était de 15,6 % à Yaoundé (6/45) et 22,7 % à Douala (12/55), soit 18,7 % au total (18/100). Là encore, les femmes sont disproportionnellement affectées : 10,7 % chez les hommes (8/78) contre 47,3 % chez les femmes (10/22).

Tableau 31. Estimation brute et ajustée de la prévalence du VIH chez les PUD par sexe

Sous population Cible	Site		Estimation de la prévalence brute			Estimation de la prévalence ajustée *
			N	n (positif)	% [95%CI]	% [95% CI]
UD non injectable	Yaoundé	Homme	131	8	6,1% [2,0 – 10,2]	6,9% [6,5 – 7,3]
		Femme	25	3	12,0% [0,0 – 24,7]	13,5% [12,7 – 14,3]
	Total Yaoundé		156	11	7,1% [3,6 – 12,2]	8,0% [7,6 – 8,4]
	Douala	Homme	149	3	2,0% [0,0 – 4,3]	2,3% [2,1 – 2,5]
		Femme	39	16	41,0% [25,6 – 56,4]	46,2% [44,8 – 47,6]
	Total Douala		188	19	10,1% [6,2 – 15,4]	11,4% [11,0 – 11,8]
	Ensemble des 2 sites	Homme	280	11	3,9% [1,7 – 6,2]	4,4% [4,1 – 4,7]
		Femme	64	19	29,7% [18,5 – 40,9]	33,5% [32,3 – 34,7]
Total Ensemble Douala+ Yaoundé		344	30	8,7% [6,2 – 12,2]	9,8% [9,5 – 10,1]	
UDI	Yaoundé	Homme	40	4	10,0% [0,7 – 19,3]	10,4% [9,7 – 11,1]
		Femme	5	2	40,0% [0,0 – 82,9]	41,6% [39,8 – 43,4]
	Total Yaoundé		45	6	13,3% [6,3 – 26,2]	15,6% [14,1 – 17,2]
	Douala	Homme	38	4	10,5% [0,8 – 20,2]	10,9% [10,2 – 11,6]
		Femme	17	8	47,1% [23,3 – 70,9]	48,9% [46,5 – 51,3]
	Total Douala		55	12	21,8% [12,9 – 34,4]	22,7% [20,2 – 25,2]
	Ensemble des 2 sites	Homme	78	8	10,3% [3,5 – 17,0]	10,7% [10,1 – 11,3]
		Femme	22	10	45,5% [24,7 – 66,3]	47,3% [45,1 – 49,5]
Total Ensemble Douala+ Yaoundé		100	18	18,0% [11,7 – 26,7]	18,7% [17,3 – 20,1]	
UD +UDI		444	48	10,8% [8,2 – 14,1]	11,6% [11,2 – 12,0]	

*Prévalence pondérée par le poids de la taille de la population générale de 15-49 ans de chaque ville

L'analyse par âge montre une augmentation avec l'avancée en âge, notamment chez les UD à Douala où la tranche 34–39 ans atteint 29,6 % (6/21), et chez les UDI où cette tranche atteint 39,0 % (3/8). Globalement, la prévalence ajustée combinée UD non injectable + UDI était de 11,6 % (48/444), confirmant une charge substantielle.

Tableau 32. Estimation brute et ajustée de la prévalence du VIH chez les PUD par âge

Sous population Cible	Site	Tranche d'âge (année)	Estimation de la prévalence brute			Estimation de la prévalence ajustée *
			N	n (positif)	% [95%CI]	% [95% CI]
UD non injectable	Yaoundé	18 – 24	65	4	6,2 % [1,7 – 14,9]	6,6 % [1,8 – 15,9]

Sous population Cible	Site	Estimation de la prévalence brute			Estimation de la prévalence ajustée *	
		25 – 29	40	4	10,0 % [2,8 – 23,7]	10,7 % [3,0 – 25,3]
		30 – 34	20	1	5,0 % [0,1 – 24,9]	5,3 % [0,1 – 26,5]
		34 – 39	12	0	0,0 % [0 – 26,5]	0,0 % [0 – 28,2]
		40 ans et plus	19	2	10,5 % [1,3 – 33,1]	11,2 % [1,4 – 35,3]
		Total Yaoundé	156	11	7,1% [3,6 – 12,2]	8,0% [7,6 – 8,4]
	Douala	18 – 24	79	4	5,1 % [1,4 – 12,5]	5,3 % [1,5 – 12,9]
		25 – 29	42	4	9,5 % [2,7 – 22,6]	9,8 % [2,8 – 23,4]
		30 – 34	29	3	10,3 % [2,2 – 27,4]	10,6 % [2,3 – 28,3]
		34 – 39	21	6	28,6 % [11,3 – 52,2]	29,6 % [11,7 – 54,0]
		40 ans et plus	17	2	11,8 % [1,5 – 36,4]	12,2 % [1,6 – 37,6]
	Total Douala	188	19	10,1% [6,2 – 15,4]	11,4% [11,0 – 11,8]	
	Ensemble des 2 sites	18 – 24	144	8	5,6 % [2,4 – 10,7]	6,3 % [2,7 – 12,0]
		25 – 29	82	8	9,8 % [4,3 – 18,3]	11,0 % [4,8 – 20,6]
		30 – 34	49	4	8,2 % [2,3 – 19,6]	9,2 % [2,6 – 22,1]
		34 – 39	33	6	18,2 % [7,0 – 35,5]	20,5 % [7,9 – 40,0]
40 ans et plus	36	4	11,1 % [3,1 – 26,1]	12,5 % [3,5 – 29,4]		
Total Ensemble Douala+ Yaoundé	344	30	8,7% [6,2 – 12,2]	9,8% [9,5 – 10,1]		
UDI	Yaoundé	18 – 24	20	3	15,0 % [3,2 – 37,9]	17,6 % [3,8 – 44,4]
		25 – 29	17	2	11,8 % [1,5 – 36,4]	13,8 % [1,8 – 42,7]
		30 – 34	2	0	0,0 % [0 – 84,2]	0,0 % [0 – 98,7]
		34 – 39	1	0	0,0 % [0 – 97,5]	0,0 % [0 – 100]
		40 ans et plus	5	1	20,0 % [0,5 – 71,6]	23,5 % [0,6 – 84,0]
	Total Yaoundé	45	6	13,3% [6,3 – 26,2]	15,6% [14,1 – 17,2]	
	Douala	18 – 24	16	2	12,5 % [1,6 – 38,3]	13,0 % [1,7 – 39,9]
		25 – 29	18	4	22,2 % [6,4 – 47,6]	23,1 % [6,7 – 49,6]
		30 – 34	8	2	25,0 % [3,2 – 65,1]	26,0 % [3,3 – 67,7]
		34 – 39	7	3	42,9 % [9,9 – 81,6]	44,7 % [10,3 – 85,0]
		40 ans et plus	6	1	16,7 % [0,4 – 64,1]	17,4 % [0,4 – 66,8]
	Total Douala	55	12	21,8% [12,9 – 34,4]	22,7% [20,2 – 25,2]	
	Ensemble des 2 sites	18 – 24	36	5	13,9 % [4,7 – 29,5]	14,4 % [4,9 – 30,7]
		25 – 29	35	6	17,1 % [6,6 – 33,6]	17,8 % [6,9 – 35,0]
		30 – 34	10	2	20,0 % [2,5 – 55,6]	20,8 % [2,6 – 57,8]
34 – 39		8	3	37,5 % [8,5 – 75,5]	39,0 % [8,8 – 78,5]	
40 ans et plus	11	2	18,2 % [2,3 – 51,8]	18,9 % [2,4 – 53,9]		
Total Ensemble Douala+ Yaoundé	100	18	18,0% [11,7 – 26,7]	18,7% [17,3 – 20,1]		
UD +UDI	444	48	10,8% [8,2 – 14,1]	11,6% [11,2 – 12,0]		

*Prévalence pondérée par le poids de la taille de la population générale de 15-49 ans de chaque ville

4.10.3. Proportion des PUD positifs au VIH et qui ne connaissait pas préalablement leur statut avant l'étude

L'analyse de la proportion des PUD positifs au VIH ne connaissant pas leur statut avant l'étude, met en évidence des différences importantes selon le type d'usage. Chez les usagers de drogues non injectables (UD), la prévalence brute est de 5,2 % (18/344), avec des taux comparables à Yaoundé (5,8 %, 9/156) et à Douala (4,8 %, 9/188).

Chez les usagers de drogues par injection (UDI), cette proportion est nettement plus élevée, atteignant 13,0 % (13/100). Les niveaux restent similaires entre Yaoundé (13,3 %, 6/45) et Douala (12,7 %, 7/55), traduisant un risque élevé et homogène dans les deux villes.

Globalement, en considérant l'ensemble des PUD, la proportion de personnes positives au VIH ignorant leur statut avant l'étude est estimée à 6,9 % (31/444).

Ces résultats montrent que les UDI sont particulièrement vulnérables, avec une proportion de nouvelles découvertes plus de deux fois supérieure à celle des UD, soulignant l'importance de renforcer le dépistage ciblé et les stratégies d'identification précoce dans ces populations.

Tableau 33. Estimation brute des nouveaux cas positifs connus PUD

Cible	Site	Estimation de la prévalence brute de nouveaux cas positifs connus		
		N	n (positif)	% [95%CI]
UD	Yaoundé	156	9	5,8% [2,1 – 9,4]
	Douala	188	9	4,8% [1,7 – 7,9]
	Ensemble des 2 sites	344	18	5,2% [2,9 – 7,6]
UDI	Yaoundé	45	6	13,3% [3,4 – 23,2]
	Douala	55	7	12,7% [3,9 – 21,5]
	Ensemble des 2 sites	100	13	13,0% [6,4 – 19,6]
PUD		444	31	6,9% [4,6 – 9,4]

4.10.4. Proportion des co-infections VIH, syphilis et hépatites B

L'analyse des co-infections montre des niveaux très faibles de double ou triple infection parmi les usagers de drogues (Tableau 24). Chez les usagers de drogues non injectables (UD), la co-infection VIH–syphilis et la co-infection VIH–hépatite B sont rares, avec une prévalence globale de 0,3 % chacune sur l'ensemble des deux sites, observées uniquement à Yaoundé. Aucun cas n'a été identifié à Douala, et aucune co-infection triple n'a été détectée chez les UD.

Chez les usagers de drogues par injection (UDI), aucun cas de co-infection VIH–syphilis n'a été observé. Un seul cas de co-infection VIH–hépatite B a été identifié à Yaoundé, correspondant à une prévalence globale de 1,0 % chez les UDI. Globalement, ces résultats indiquent une rareté des co-infections, tout en soulignant l'intérêt d'un dépistage intégré et systématique.

Tableau 34. Estimation brute et ajustée de la prévalence du VIH chez les PUD

Cible	Site	N	Estimation de la prévalence brute					
			Co-infection VIH & Syphilis		Co-infection VIH & Hépatite B		Co-infection VIH, Syphilis & Hépatite B	
			n (positif)	%[IC 95%]	n (positif)	%[IC 95%]	n (positif)	%[IC 95%]
UD	Yaoundé	156	1	0,6% [0,1 – 3,5]	1	0,6% [0,1 – 3,5]	0	0,0%
	Douala	188	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ensemble des 2 sites	344	1	0,3% [0,1 – 1,6]	1	0,3% [0,1 – 1,6]	0	0,0%

Cible	Site	N	Estimation de la prévalence brute					
			Co-infection VIH & Syphilis		Co-infection VIH & Hépatite B		Co-infection VIH, Syphilis & Hépatite B	
			n (positif)	%[IC 95%]	n (positif)	%[IC 95%]	n (positif)	%[IC 95%]
UDI	Yaoundé	45	0	0,0%	1	2,2% [0,4 – 11,6]	0	0,0%
	Douala	55	0	0,0%	0	0,00%	0	0,0%
	Ensemble des 2 sites	100	0	0,0%	1	1,0% [0,2 – 5,5]	0	0,0%
UD +UDI		444	1	0,2% [0,0 – 1,3]	2	0,5% [0,1 – 1,6]	0	0,0%

4.10.5. Succès virologiques

Les charges virales ont été effectuées sur 48 échantillons positifs. Ainsi, sur les 48 échantillons sur lesquels la charge virale a été réalisée, 62,5 % (30/48) ont eu une charge virale supprimée (CV < 1000 cp/ml). Une personne ayant déclaré être sous traitement ARV avait une charge virale supérieure à 1000 cp/ml. En assumant que les 30 utilisateurs de drogue avec une charge virale supprimée sont sous traitement ARV, avec 1 utilisateur ayant déclaré être sous traitement avec une charge virale non supprimée, le succès virologique est de 96,8 % pour l'ensemble des 2 sites, dont 100% à Yaoundé et 95,8 % à Douala.

Tableau 35. Succès virologiques

Cible	Site	Succès virologique Brute			Succès virologique ajusté*
		N	n (CV<1000)	% [95%CI]	% [95% CI]
PUD*	Ensemble des 2 sites	31	30	96,8% [83,3%-99,9%]	97,3% [89,9%-99,0%]
	Douala	24	23	95,8% [78,9%-99,9%]	95,1% [88,1%-99,9%]
	Yaoundé	7	7	100,0% [59,0%-100,0%]	100,0% [90,0%-100,0%]

*Succès virologique pondéré par le poids de la taille de la population des hommes ou femmes ou générale de 15-49 ans de chaque ville ou site

4.10.6. Proportion de participants référés pour suspicion de tuberculose

L'analyse syndromique en faveur d'une possible affection de la tuberculose chez les participants met en évidence des écarts importants selon le type d'usage et le sexe. Cette analyse se basait sur le rapportage par le participant au cours des 30 derniers jours avoir eu plusieurs signes évocateurs de la TB dont, une toux qui a duré plus de deux semaines, une toux s'accompagnant de crachats parfois contenant du sang, une fièvre prolongée souvent accompagnée de sueurs nocturnes, perte de poids accompagnée ou non d'un manque d'appétit, une fatigue généralisée et un manque de force à faire des efforts physiques et des signes atypiques (Douleurs thoraciques, Douleurs articulaires, Maux de tête, Fièvre, Vomissements, Convulsions, Confusion).

Ainsi, sur la base de la triade syndromique (toux persistante > deux semaine, Fièvre vespérale souvent avec sueurs nocturnes, amaigrissement/asthénie), 2,3 % (10/444 ; IC95 % [1,2–4,2]) de

manière globale étaient référés au DIC pour un suivi approprié selon les directives nationales, avec une proportion plus élevée à Douala (3,7 %, ≈9/243) qu'à Yaoundé (0,5 %, ≈1/201).

Chez les usagers de drogues non injectables (UD), la proportion est de 0,9 % (3/344 ; [0,3–2,5]), également référés. Cette proportion reste faible tant à Yaoundé (0,6 %, 1/156) qu'à Douala (1,1 %, 2/188). Aucun cas n'est observé chez les UD de sexe féminin (0/64).

Chez les usagers de drogues par injection (UDI), la proportion est plus élevée, atteignant 7,0 % (7/100 ; [3,4–13,9]) de manière globale avec une majorité à Douala (12,7 %, 7/55 ; [6,3–23,8]) et 0 cas à Yaoundé. Les femmes UDI à Douala présentent une proportion de 11,8 % (2/17), proche de celle des hommes (13,2 %, 5/38). Les combinaisons intégrant d'autres signes pulmonaires (crachat avec sang et/ou douleurs thoraciques) asthénie intense présentent des proportions similaires, autour de 2,0 à 2,3 %, et sont observées presque exclusivement à Douala (3,7 % à 4,1 %), alors qu'aucun cas n'est rapporté à Yaoundé.

Chez les femmes (n = 86), la triade concerne uniquement les usagers de drogue de Douala (3,6 %, 2/56). Les combinaisons incluant crachat avec sang et fatigue intense atteignent jusqu'à 3,5 % (3/86), là encore exclusivement à Douala (5,4 %, 3/56), sans cas identifié à Yaoundé.

Tableau 36. Proportion des participants référés pour suspicion de la TB sur la base de la triade syndromique

Sous population Cible	Site	Estimation de la proportion des participants référés sur base de la triade des symptômes de la TB au cours des 30 derniers jours (toux chronique + fièvre avec sueur nocturne + perte de poids)			
			N	n (référé)	% [95% CI] (référé)
UD	Yaoundé	Homme	131	1	0,8 % [0,1 – 4,2]
		Femme	25	0	0,0 % [0,0 – 13,7]
	Total Yaoundé		156	1	0,6 % [0,1 – 3,5]
	Douala	Homme	149	2	1,3 % [0,4 – 4,8]
		Femme	39	0	0,0 % [0,0 – 9,0]
	Total Douala		188	2	1,1 % [0,3 – 3,8]
	Ensemble des 2 sites	Homme	280	3	1,1 % [0,4 – 3,1]
		Femme	64	0	0,0 % [0,0 – 5,6]
	Total Ensemble Douala+ Yaoundé		344	3	0,9 % [0,3 – 2,5]
	UDI	Yaoundé	Homme	40	0
Femme			5	0	0,0 % [0,0 – 52,2]
Total Yaoundé		45	0	0,0 % [0,0 – 7,9]	
Douala		Homme	38	5	13,2 % [5,8 – 27,3]
		Femme	17	2	11,8 % [3,3 – 34,3]
Total Douala		55	7	12,7 % [6,3 – 23,8]	
Ensemble des 2 sites		Homme	78	5	6,4 % [2,8 – 14,0]
		Femme	22	2	9,1 % [2,5 – 27,8]
Total Ensemble Douala+ Yaoundé		100	7	7,0 % [3,4 – 13,9]	
UD +UDI		444	10	2,3 % [1,2 – 4,2]	

4.10.7. Analyse de régression logistique du Statut VIH par rapport à certains paramètres clés

L'analyse de régression logistique met en évidence des déterminants différenciés du statut VIH au sein de la population étudiée. En analyse univariée, plusieurs variables semblent associées au statut VIH,

notamment le sexe, l'âge et le type d'usage de drogue. Toutefois, après ajustement, seuls certains facteurs demeurent significativement associés.

Le résultat le plus marquant concerne le sexe : les femmes présentent un risque significativement plus élevé d'être séropositives que les hommes (ORa = 9,07 ; IC95 % [4,67–18,07] ; p < 0,001). Ce résultat traduit une vulnérabilité structurelle importante, probablement liée à des facteurs socio-économiques et à une exposition accrue à certains contextes de risque.

Par ailleurs, le type d'usage de la drogue apparaît comme un déterminant clé. Les usagers de drogues par voie injectable (UDI) ont un risque significativement plus élevé d'infection par le VIH comparés aux usagers non injecteurs (ORa = 2,41 ; IC95 % [1,17–4,89] ; p = 0,014). Ce résultat met clairement en évidence le rôle central de l'injection, et plus spécifiquement des pratiques associées telles que le partage de seringues et de matériel d'injection, dans la transmission du VIH.

En revanche, les variables liées aux comportements sexuels (partenaires réguliers, occasionnels, payants ou rémunérés, ainsi que l'utilisation du préservatif) ne sont pas statistiquement significatives, ni en analyse univariée ni retenues dans le modèle multivarié. Cela suggère que, dans cette population, le risque de transmission du VIH est moins influencé par les comportements sexuels que par les pratiques liées à l'usage de drogues par injection.

L'âge montre une tendance à un risque accru chez les 34–39 ans (ORa = 2,61 ; p = 0,066), sans atteindre le seuil de significativité.

Dans l'ensemble, ces résultats indiquent que le principal levier de prévention doit cibler les pratiques d'injection à risque, notamment le partage du matériel, plutôt que de se concentrer exclusivement sur les comportements sexuels.

Tableau 37. Analyse de régression logistique du statut VIH par rapport à certains paramètres clés

Variables	Modalités	Analyse Univariée		Analyse Multivariée	
		OR (IC95)	P-Valeur	ORa (IC95)	P-Valeur
Ville de résidence (Ref: Douala)	Yaoundé	0,63 (0,33-1,16)	0,149	NA	NA
Age du répondant_2 (Ref: Entre 18 et 24 ans)	Entre 25 et 29 ans	1,74 (0,78-3,91)	0,169	1,09 (0,45-2,60)	0,853
	Entre 30 et 34 ans	1,45 (0,49-3,88)	0,469	0,91 (0,28-2,63)	0,862
	Entre 34 et 39 ans	3,61 (1,38-9,11)	0,007*	2,61 (0,91-7,16)	0,066
	40 ans et plus	1,88 (0,63-5,07)	0,228	1,70 (0,52-5,03)	0,354
Sexe du répondant (Ref: Homme)	Femme	9,08 (4,81-17,52)	< 0,001*	9,07 (4,67-18,07)	< 0,001*
Personne usagère de drogue (Ref: UD)	UDI	2,30 (1,20-4,29)	0,009*	2,41 (1,17-4,89)	0,014*
Avoir eu un partenaire sexuel régulier au cours des 6 derniers mois (Ref: Non)	Oui	1,18 (0,65-2,21)	0,588	NA	NA
Avoir eu un partenaire sexuel occasionnel au cours des 6 derniers mois (Ref: Non)	Oui	1,84 (0,99-3,55)	0,058	NA	NA
Avoir eu un partenaire sexuel payant au cours des 6 derniers mois (Ref: Non)	Oui	1,64 (0,87-3,03)	0,116	NA	NA
Avoir eu un partenaire sexuel payé au cours des 6 derniers mois (Ref: Non)	Oui	2,16 (0,83-5,00)	0,088	NA	NA
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel régulier au cours des 6 derniers mois (Ref: Non)	Oui	1,31 (0,46-3,27)	0,582	NA	NA

Variables	Modalités	Analyse Univariée		Analyse Multivariée	
		OR (IC95)	P-Valeur	ORa (IC95)	P-Valeur
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel occasionnel au cours des 6 derniers mois (Ref: Non)	Oui	0,64 (0,27-1,42)	0,29	NA	NA
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel payant au cours des 6 derniers mois (Ref: Non)	Oui	0,69 (0,26-1,84)	0,454	NA	NA
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel payé au cours des 6 derniers mois (Ref: Non)	Oui	0,37 (0,02-2,63)	0,389	NA	NA
Utilisation du préservatif avec un partenaire sexuel régulier lors du dernier rapport sexuel (Ref: Non)	Oui	0,80 (0,38-1,64)	0,552	NA	NA
Utilisation du préservatif avec un partenaire sexuel occasionnel lors du dernier rapport sexuel (Ref: Non)	Oui	1,39 (0,67-3,03)	0,379	NA	NA
Utilisation du préservatif avec un partenaire sexuel payant lors du dernier rapport sexuel (Ref: Non)	Oui	0,93 (0,38-2,42)	0,873	NA	NA
Utilisation du préservatif avec un partenaire sexuel payé lors du dernier rapport sexuel (Ref: Non)	Oui	0,79 (0,14-4,12)	0,783	NA	NA

- *P-Valeur significative (<0,05)*

SECTION 3 : COMPARAISON DE CERTAINS INDICATEURS CLES À CEUX D'IBBS 2025

L'analyse comparative des enquêtes IBBS 2023 et 2025 chez les usagers de drogues par injection (UDI) à Douala et Yaoundé met en évidence la persistance d'une forte charge du VIH, associée à des évolutions préoccupantes des comportements de prévention et de la cascade de soins. En 2025, la prévalence brute du VIH chez les UDI atteint 21,8 % à Douala et 18,0 % au niveau global, sans différence statistiquement significative par rapport à 2023 ($p = 0,62$), indiquant une transmission toujours active et non contrôlée dans cette population clé.

Des changements sociodémographiques significatifs sont observés. Un rajeunissement marqué est constaté, avec une augmentation significative des UDI âgés de 18–24 ans (41,7 % en 2023 contre 62,0 % en 2025, $p < 0,001$), suggérant une entrée plus précoce dans les pratiques à haut risque.

Les indicateurs de prévention sexuelle se détériorent fortement. L'utilisation systématique du préservatif avec un partenaire régulier chute de 63,8 % à 10,0 % au niveau global ($p < 0,001$), tandis que l'accès gratuit aux préservatifs diminue de 69,9 % à 16,0 % ($p < 0,001$). Ces baisses significatives concernent tous les types de partenaires et reflètent un recul majeur des interventions de prévention combinée.

En parallèle, certains progrès sont observés dans l'accès aux services de prise en charge des addictions. La connaissance d'un programme de traitement de la toxicomanie augmente

significativement de 7,9 % à 19,0 % ($p < 0,001$), et le recours à la méthadone progresse de 2,3 % à 11,0 % ($p < 0,001$). Toutefois, ces avancées ne se traduisent pas par une amélioration de la cascade VIH, marquée par une baisse significative de la proportion de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (100 % en 2023 contre 20,0 % en 2025, $p < 0,001$), soulignant des ruptures critiques dans la continuité des soins.

Tableau 38. Comparaison de certains indicateurs clés entre l'étude IBBS-2023 et IBBS-2025 : UDI

Indicateurs clés uniquement UDI	Douala			Yaoundé			Ensemble		
	IBBS 2023 (%)	IBBS 2025 (%)	P valeur	IBBS 2023 (%)	IBBS 2025 (%)	P valeur	IBBS 2023 (%)	IBBS 2025 (%)	P valeur
Prévalence au VIH									
Prévalence brute	18,5	21,8	0,62	NA	13,3	NA	NA	18,0	NA
Prévalence ajustée	NA	22,7	NA	NA	15,6	NA	NA	18,7	NA
Age			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Entre 18 et 24 ans	22,8	58,2		55,7	66,7		41,7	62,0	
Entre 25 et 29 ans	31,5	21,8		30,7	33,3		31,0	27,0	
Entre 30 et 34 ans	22,8	18,2		7,3	0,0		13,9	10,0	
Entre 34 et 39 ans	14,1	1,8		6,5	0,0		9,7	1,0	
40 ans et plus	8,7	0,0		0,0	0,0		3,7	0,0	
Plus haut niveau d'éducation			0,78			0,04			0,12
Pas d'éducation	4,4	5,5		1,6	2,2		2,8	4,0	
Ecole primaire	15,2	12,7		3,2	22,2		8,3	17,0	
Ecole secondaire	64,1	67,3		71,8	62,2		68,5	65,0	
Ecole supérieur/universitaire	14,1	12,7		21,8	13,3		18,5	13,0	
Formation professionnelle	2,2	1,8		1,6	0,0		1,9	1,0	
Fréquence d'utilisation du préservatif au cours des 6 derniers mois									
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel régulier au cours des 6 derniers mois	47,8	7,3	< 0,001	71,6	13,3	< 0,001	63,8	10,0	< 0,001
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel occasionnel au cours des 6 derniers mois	61,5	14,5	< 0,001	84,6	24,4	< 0,001	77,7	19,0	< 0,001
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel payant au cours des 6 derniers mois	68,2	16,4	< 0,001	100,0	20,0	< 0,001	84,1	18,0	< 0,001
Utilisation systématique du préservatif avec un partenaire sexuel payé au cours des 6 derniers mois	68,4	1,8	< 0,001	100,0	2,2	< 0,001	85,4	2,0	< 0,001
Préservatif									
A obtenu facilement des préservatifs lorsqu'il en avait besoin au cours des 6 derniers mois	88,0	54,5	< 0,001	93,6	62,2	< 0,001	91,2	58,0	< 0,001
A acheté des préservatifs au cours des 6 derniers mois	80,4	52,7	< 0,001	82,3	44,4	< 0,001	81,5	49,0	< 0,001
A reçu gratuitement des préservatifs au cours des 6 derniers mois	70,7	3,6	< 0,001	69,4	31,1	< 0,001	69,9	16,0	< 0,001
Accès à la prophylaxie préexposition (PrEP)									
A déjà entendu parler de la PrEP	8,7	7,3	0,78	1,6	8,9	0,03	4,6	8,0	0,04
A déjà pris la PrEP pour prévenir l'infection par le VIH	2,2	0,0	0,32	0,0	2,2	0,21	0,9	1,0	0,84
A pris la PrEP au cours des 6 derniers mois	1,1	0,0	0,41	0,0	2,2	0,21	0,5	1,0	0,67

Indicateurs clés uniquement UDI	Douala			Yaoundé			Ensemble		
	IBBS 2023 (%)	IBBS 2025 (%)	P valeur	IBBS 2023 (%)	IBBS 2025 (%)	P valeur	IBBS 2023 (%)	IBBS 2025 (%)	P valeur
Overdose									
A fait une overdose de drogues au point de perdre connaissance au cours des 6 derniers mois	31,5	29,1	0,74	14,5	2,2	< 0,001	21,8	17,0	0,02
Programme de traitement de substitution									
A connaissance d'un programme de traitement de la toxicomanie disponible dans la ville de résidence	12,0	25,5	0,03	4,8	11,1	0,04	7,9	19,0	< 0,001
A essayé de réduire ou de mettre fin à la consommation de drogue au cours des 6 derniers mois	10,9	12,7	0,74	4,0	6,7	0,39	6,9	10,0	0,29
A déjà reçu une prescription de la méthadone pour aider à arrêter de prendre la drogue	4,4	18,2	0,01	0,8	2,2	0,21	2,3	11,0	< 0,001
A déjà suivi une autre thérapie pour arrêter de consommer de drogue (par exemple cure de désintoxication, conseil)	5,4	40,0	< 0,001	0,8	4,4	0,18	2,8	24,0	< 0,001
Problèmes de santé mentale									
A vécu au moins un épisode de détresse psychologique au cours des deux dernières semaines	44,6	79,1	< 0,001	37,9	52,2	0,04	40,7	67,0	< 0,001
A vécu au moins un épisode d'anxiété généralisée au cours des deux dernières semaines	48,9	53,6	0,59	41,9	27,8	0,02	44,9	52,0	0,28
Divulgaration du statut d'utilisateur									
A communiqué utiliser des drogues par injection à un membre de la famille	62,0	56,4	0,53	55,1	35,6	0,01	58,1	47,0	0,04
A communiqué utiliser des drogues par injection à des amis	81,3	60,0	0,02	88,8	51,1	< 0,001	85,5	56,0	< 0,001
Expérience de stigmatisation et discrimination liée aux soins de santé									
A évité de recourir aux services de santé par peur que quelqu'un l'identifie comme UD au cours des 6 derniers mois	19,6	9,1	0,04	2,4	6,7	0,08	9,8	8,0	0,67
S'est vu refuser des services de santé à cause du statut de UD au cours des 6 derniers mois	16,3	14,5	0,82	1,6	2,2	0,64	7,9	9,0	0,77
A déjà été incarcérée pour des accusations liées au fait d'être UD	34,8	20,0	0,04	10,5	0,0	< 0,001	20,8	11,0	0,01
Violence physique et harcèlement									
A été harcelé verbalement ou victime de chantage du fait d'être UD au cours des 6 derniers mois	42,4	14,5	< 0,001	19,5	4,4	< 0,001	29,3	10,0	< 0,001
A été blessé physiquement du fait d'être UD au cours des 6 derniers mois	35,9	27,3	0,29	5,7	8,9	0,41	18,6	19,0	0,88
Cascade des trois 95 du VIH									
Connaissance du statut VIH*	47,1	41,7	0,52	NA	0,0	NA	47,1	27,8	0,01
Connaissance du statut VIH et sous TARV**	100,0	20,0	< 0,001	NA	0,0	NA	100,0	20,0	< 0,001
PVVIH sous TARV et CV réalisée au cours des 12 derniers mois connue indétectable***	87,5	50,0	0,24	NA	0,0	NA	87,5	50,0	0,24

(*) Parmi ceux testés positif (**) Parmi ceux connaissant leur statut (***) Parmi ceux connaissant leur statut et sous TARV

SECTION 4 : RESULTATS D'ENQUÊTE QUALITATIVE

Cette section présente les principaux résultats issus de l'analyse qualitative des entretiens semi-directifs et des discussions de groupe menées auprès des acteurs institutionnels, des organisations communautaires, des pairs éducateurs et des personnes utilisatrices de drogues à Douala et Yaoundé. L'analyse thématique inductive a permis d'identifier des régularités, des convergences et des contrastes dans les trajectoires de vie, les pratiques de consommation, les perceptions de la santé mentale, ainsi que dans les modalités d'accès aux soins et d'accompagnement.

Les résultats sont organisés autour de plusieurs axes analytiques articulant, de manière progressive, les profils et trajectoires des usagers, leurs pratiques de consommation, les représentations et manifestations de la souffrance psychique, ainsi que les réponses sociales, communautaires et institutionnelles. Une attention particulière est portée aux dynamiques contextuelles propres à chaque ville, afin de rendre compte des spécificités locales tout en mettant en évidence les mécanismes structurels communs qui façonnent la santé mentale des personnes utilisatrices de drogues dans les milieux urbains camerounais.

4.11. Profil sociodémographique et trajectoires des personnes utilisatrices de drogues

Les usagers de drogues (UD) rencontrés dans le cadre des FGDs à Douala et Yaoundé présentent des profils sociodémographiques marqués par une forte vulnérabilité sociale et économique. La majorité des participants sont des hommes âgés de 18 à 45 ans, bien que la présence de femmes consommatrices ait également été rapportée, souvent dans des situations de plus grande invisibilité sociale. Les niveaux d'instruction sont globalement faibles à intermédiaires, avec de fréquents parcours scolaires interrompus précocement.

Sur le plan professionnel, les usagers interrogés exercent majoritairement dans le secteur informel (petits commerces, moto-taxi, portage, débrouillardise urbaine) ou se trouvent en situation de chômage prolongé, notamment à Yaoundé. À Douala, la pression économique et la précarité liées à l'instabilité des revenus informels apparaissent comme des facteurs centraux de stress.

« Je fais les petits jobs au port quand il y a. Quand il n'y a rien, tu réfléchis trop, c'est là que tu consommes. » (Homme, 34 ans, débrouillard, Douala)

Ces conditions socioéconomiques constituent le socle sur lequel s'inscrivent les trajectoires de consommation. Celles-ci sont fréquemment marquées par des ruptures familiales, des violences précoces, des échecs scolaires et une absence de soutien social structuré. L'entrée dans la consommation est généralement précoce, souvent à l'adolescence, sous l'influence du groupe de pairs et du milieu de vie urbain.

« J'ai commencé à 15 ans avec les amis du quartier. Chez moi, il y avait trop de problèmes. » (Homme, 29 ans, Yaoundé)

4.12. Typologie des drogues consommées et modes d'usage

Au-delà des trajectoires de vie, l'analyse met en évidence une diversité des substances consommées, avec une hiérarchisation relativement stable dans les deux villes. Le cannabis

apparaît comme la substance la plus largement consommée, souvent décrite comme la « base » de l'usage. Il est suivi par le Tramol généralement obtenu dans le marché noir et d'autres opioïdes pharmaceutiques (Codéine, Opium etc..), puis par des substances telles que la cocaïne, les amphétamines et, dans une moindre mesure, l'héroïne.

La polyconsommation est fréquemment rapportée et perçue par les usagers comme une stratégie d'adaptation visant à renforcer les effets recherchés ou à compenser la tolérance développée au fil du temps.

« Une seule drogue ne suffit plus. Tu mélanges pour tenir la journée. » (Homme, 38 ans, pair éducateur, Douala)

Les modes d'usage varient selon les substances et les contextes : consommation fumée, sniffée et, plus marginalement, injectée. Les usagers injecteurs rapportent des niveaux plus élevés de détresse psychologique, de marginalisation sociale et de stigmatisation, ce qui annonce déjà les interactions étroites entre pratiques de consommation et santé mentale.

4.13. Typologie des lieux de consommation des drogues illicites

La typologie des lieux de consommation des drogues illicites met en évidence une structuration spatiale révélatrice des stratégies d'adaptation des usagers. Les espaces abandonnés ou en friche (maisons abandonnées, chantiers en arrêt) apparaissent comme des lieux privilégiés en raison de leur discrétion et de l'absence de contrôle social. Comme l'illustre un participant :

« Dans les chantiers en arrêt, c'est cool ; personne ne vient nous déranger... » (Homme, 27 ans, Yaoundé).

Ces sites peuvent abriter plusieurs « ters » distincts, favorisant une cohabitation sans interaction directe : *« On est tous ici mais on ne se fréquente pas forcément ! » (Homme, 41 ans, Douala).*

Les espaces semi-publics, tels que les abords des stades ou des écoles, offrent un compromis entre visibilité et accessibilité :

« On se met derrière le stade... » (Homme, 27 ans, Yaoundé).

Les espaces informels (baraques, beignetariats, « parlements ») jouent un rôle social important, où la consommation est tolérée :

« Dans les tourne-dos, tu peux fumer sans problème... » (Homme, 35 ans, Yaoundé).

Enfin, les espaces isolés comme les voies ferrées sont recherchés pour leur faible surveillance :

« Sur les rails, même la police ne passe pas souvent. » (Homme, 31 ans, Douala).

Cette diversité traduit une adaptation constante entre sécurité, accessibilité et sociabilité.

4.14. Perceptions locales de la santé mentale

Dans ce contexte de consommation multiple et prolongée, la santé mentale est majoritairement perçue à travers des représentations sociales stigmatisantes, souvent assimilées à la « folie », à l'errance ou à la perte totale de contrôle. Cette conception limite la reconnaissance précoce des troubles psychiques et contribue à un sous-diagnostic structurel.

« La santé mentale ici, c'est quand tu parles seul dans la rue. Moi je ne suis pas fou. » (Homme, 27 ans, usager, Yaoundé)

Les souffrances psychiques sont davantage exprimées à travers des catégories locales telles que « trop de pensées », « le cœur est lourd » ou « la tête est fatiguée », plutôt que comme des pathologies médicalisées.

« Ce n'est pas la folie, c'est seulement que la tête ne se repose jamais. » (Homme, 41 ans, usager, Douala)

La santé mentale est perçue à travers une **forte charge symbolique et stigmatisante**, tant au sein des communautés que dans certains discours professionnels. Les troubles psychiques sont souvent assimilés à une perte de contrôle ou à une déviance sociale.

Chez les usagers de drogues, les symptômes psychologiques sont fréquemment **normalisés ou minimisés**, retardant le recours aux soins.

« Quand tu consommes, on dit que c'est normal que tu sois mal dans ta tête. On ne considère pas ça comme une maladie. » (Usager de drogues, Yaoundé)

« Beaucoup pensent que ces personnes ne peuvent pas changer, donc on ne fait pas trop d'efforts pour leur santé mentale. » (Acteur communautaire, Douala)

Ces perceptions alimentent l'auto-stigmatisation et freinent l'expression de la demande de soins.

4.15. Troubles de santé mentale rapportés

Au-delà des représentations, les récits des usagers révèlent une large gamme de symptômes psychologiques, parmi lesquels la dépression persistante, l'anxiété chronique, les troubles du sommeil, l'irritabilité et la perte d'espoir. Des idées suicidaires sont mentionnées de manière récurrente, bien que rarement verbalisées spontanément.

« Parfois tu te dis que mourir c'est mieux que continuer comme ça. » (Homme, 35 ans, usager, Yaoundé)

Des symptômes psychotiques (hallucinations, paranoïa, confusion mentale) sont particulièrement évoqués chez les usagers de drogues par injection ou en situation de polyconsommation prolongée. Les professionnels de santé confirment la fréquence de ces troubles, tout en soulignant l'absence de dispositifs spécialisés adaptés aux comorbidités addiction-santé mentale.

« On reçoit des patients avec des troubles sévères, mais on n'a pas de service dédié aux addictions. » (Psychiatre, Hôpital Laquintinie, Douala)

4.16. Interaction entre usage de drogues et santé mentale

L'analyse met en évidence une relation circulaire entre souffrance psychique et usage de drogues. La consommation est initialement décrite comme une forme d'automédication visant à calmer l'angoisse, favoriser le sommeil ou atténuer des traumatismes personnels et sociaux.

« Quand tu fumes, tu oublies un peu les problèmes. » (Femme, 30 ans, usagère, Douala)

Cependant, à moyen et long terme, les usagers reconnaissent que la consommation contribue à l'aggravation de leur état mental, entraînant une perte de contrôle émotionnel, des comportements violents et une détérioration des relations sociales.

« Quand je ne consomme pas, je suis agressif. Quand je consomme, je deviens fou. » (Homme, 39 ans, usager, Yaoundé)

4.17. Usage de drogues illicites et pratiques sexuelles (Chemsex)

Cependant, le chemsex n'est pas une pratique courante chez les usagers de drogues comme chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

« l'usage des drogues lors des rapports n'est pas trop notre truc. C'est pour kuadengues qui aiment tumma par derrière là » (Homme, 29 ans, usager, Yaounde)

« Il y a vraiment très peu des drogués qui utilisent la drogue pour faire le sexe car le sexe n'est pas souvent notre désir premier » (Homme, 32 ans, usager, Douala)

Au-delà de la santé mentale stricto sensu, les résultats mettent également en lumière l'usage des substances psychoactives illicites lors des rapports sexuels. Les usagers décrivent des usages différenciés des drogues selon les temporalités des rapports sexuels, révélant des logiques fonctionnelles et symboliques spécifiques.

Avant les rapports sexuels, la consommation des drogues est fréquente pour réduire l'anxiété de performance, augmenter le désir sexuel ou faciliter l'approche du partenaire. Cette pratique est particulièrement rapportée dans les contextes de sexualité transactionnelle ou occasionnelle.

« Avant de chercher une fille, il faut d'abord consommer, sinon tu n'as pas le courage. » (Homme, 31 ans, usager, Douala)

Pendant les rapports sexuels, certains usagers mentionnent une consommation visant à prolonger l'acte, accroître les sensations ou atténuer les inhibitions. Toutefois, ces usages sont également associés à une diminution du contrôle, à des prises de risque accrues et à une moindre négociation des pratiques sexuelles protégées.

Après les rapports sexuels, la consommation apparaît souvent comme une stratégie de « récupération » émotionnelle ou physique, notamment pour faire face à des sentiments de vide, de culpabilité ou de fatigue psychique.

« Après, tu consommes encore pour calmer la tête. » (Homme, 28 ans, Yaoundé)

L'étude met aussi en évidence les substances psychotropes illicites couramment utilisées dans le cadre du chemsex. Il s'agit des drogues euphorisantes incluant la cocaïne, la méthamphétamine ou le Tramadol.

Ces pratiques répétées renforcent les interactions entre usage de drogues, santé mentale et vulnérabilité sexuelle, contribuant à un cumul de risques psychosociaux et sanitaires.

4.18. Stigmatisation, violence et marginalisation sociale

Ces vulnérabilités sont exacerbées par des dynamiques de stigmatisation multiformes. La stigmatisation apparaît comme un facteur transversal influençant négativement la santé mentale et le recours aux soins. Les sources incluent la famille, la communauté, les forces de l'ordre et parfois le personnel de santé.

À Douala, les usagers évoquent plus fréquemment des expériences de violence policière, tandis qu'à Yaoundé, le rejet familial et religieux est davantage mis en avant.

« Même à l'hôpital, on te regarde comme un voleur. » (Homme, 42 ans, usager, Yaoundé)

Cette stigmatisation est souvent internalisée, affectant l'estime de soi et renforçant l'isolement social.

4.19. Accès aux soins de santé mentale et rôle des acteurs communautaires

Dans ce contexte, l'accès aux soins de santé mentale demeure fortement limité par des barrières financières, institutionnelles et sociales. Les structures formelles sont perçues comme peu accueillantes, coûteuses et parfois répressives. « Même si tu veux te soigner, l'argent bloque. » (Homme, 28 ans, Douala)

Les ONG communautaires et les pairs éducateurs constituent souvent le premier point de contact et des espaces de confiance, bien que leurs capacités en matière de prise en charge de la santé mentale restent limitées.

« Chez les pairs, on peut parler librement, sans jugement. » (Pair éducateur, 36 ans, Yaoundé)

4.20. Stratégies de résilience et besoins exprimés

Malgré ces contraintes, les usagers développent des stratégies de résilience, incluant la spiritualité, le soutien entre pairs, la musique, le sport et le travail informel. Toutefois, les besoins exprimés convergent vers une demande forte d'écoute psychologique, de services de proximité et d'une prise en charge intégrée associant santé mentale, addiction et accompagnement social.

« Si quelqu'un pouvait seulement m'écouter sans me juger, ça m'aiderait déjà. » (Homme, 33 ans, usager, Douala)

4.21. L'offre et l'organisation des services de santé mentale

Les données qualitatives mettent en évidence une **offre de services de santé mentale insuffisante, peu visible et faiblement structurée** pour répondre aux besoins spécifiques des usagers de drogues à Douala et Yaoundé. Les services existants sont majoritairement concentrés dans quelques formations sanitaires de référence, avec une **quasi-absence de dispositifs spécialisés intégrés aux structures de première ligne**.

Les acteurs soulignent également une **faible priorisation institutionnelle de la santé mentale**, en particulier lorsqu'elle est associée à l'usage de drogues.

« Ici, la santé mentale n'est pas vraiment organisée. On gère surtout les urgences, mais pour le suivi des usagers de drogues, il n'y a pas de service dédié. » (Personnel de santé, Yaoundé)

« Quand quelqu'un consomme et a des problèmes mentaux, on ne sait pas toujours où l'orienter. Il n'y a pas de circuit clair. » (Acteur communautaire, Douala)

Cette configuration limite l'accessibilité des soins et contribue à l'exclusion progressive des usagers des dispositifs formels.

4.22. Les pratiques de prise en charge

Les pratiques de prise en charge sont décrites comme **principalement biomédicales, centrées sur la gestion des symptômes aigus**, avec peu d'intégration des dimensions psychosociales. La

prescription médicamenteuse constitue l'intervention dominante, tandis que l'accompagnement psychologique et social reste marginal.

Les usagers expriment une **expérience souvent impersonnelle et peu adaptée** à leurs réalités.

« Quand je suis allé à l'hôpital, on m'a juste donné des comprimés. Personne ne m'a demandé pourquoi je consommais ou comment je vivais. » (Usager de drogues, Douala)

« On traite la crise, mais après, le patient disparaît. Il n'y a pas vraiment de suivi organisé. » (Infirmier, Yaoundé)

Cette approche renforce une **prise en charge fragmentée**, peu propice à la continuité des soins et à l'adhésion des usagers.

4.23. Les mécanismes de référence et de coordination

Les résultats révèlent des **mécanismes de référence faibles, largement informels et dépendants des relations interpersonnelles** entre acteurs. Les liens entre structures sanitaires, ONG et services sociaux sont peu formalisés, ce qui complique la continuité des parcours de soins.

« Souvent, c'est par téléphone qu'on essaie de trouver une solution. Il n'y a pas de système officiel de référence. » (Responsable ONG, Douala)

« On renvoie parfois les patients vers d'autres structures, mais on n'a jamais de retour. On ne sait pas s'ils ont été pris en charge ou pas. » (Médecin, Yaoundé)

Cette absence de coordination contribue à des **ruptures de suivi fréquentes** et à une inefficacité globale de la prise en charge.

4.24. Les expériences de recours aux soins et les besoins non couverts

Les trajectoires de recours aux soins apparaissent **tardives, discontinues et souvent contraintes**. Les usagers décrivent des passages répétés entre périodes de consommation, crises psychiques et hospitalisations ponctuelles, sans accompagnement durable.

« Je vais à l'hôpital seulement quand ça ne va plus du tout. Après, je retourne à la rue et je recommence. » (Usager de drogues, Douala)

« Il n'y a pas d'endroit où on peut suivre quelqu'un sur le long terme, surtout quand il consomme encore. » (Travailleur social, Yaoundé)

Les besoins non couverts concernent notamment des services intégrés santé mentale-addiction, des services intégrés santé corporelle-addiction, un accompagnement psychosocial de proximité, des approches non stigmatisantes et adaptées aux réalités de vie et des dispositifs de suivi continu et de réduction des risques.

L'ensemble de ces résultats met en évidence des dynamiques complexes et interconnectées entre vulnérabilités structurelles, organisation des services, perceptions sociales et trajectoires individuelles de soins. La figure conceptuelle présentée ci-après synthétise ces interactions en illustrant les mécanismes circulaires par lesquels l'usage de drogues, la souffrance psychique et les contraintes structurelles se renforcent mutuellement dans les contextes urbains de Douala et Yaoundé. Ces mécanismes illustrent un cercle vicieux dans lequel les vulnérabilités structurelles (précarité économique, ruptures familiales, violences et chômage) alimentent la souffrance

psychique (anxiété, dépression, troubles du sommeil), favorisant le recours aux drogues comme stratégie d'automédication. L'usage de drogues contribue à son tour à l'aggravation des troubles mentaux et au développement de formes de dépendance, renforcées par la stigmatisation sociale et les barrières d'accès aux soins de santé mentale.

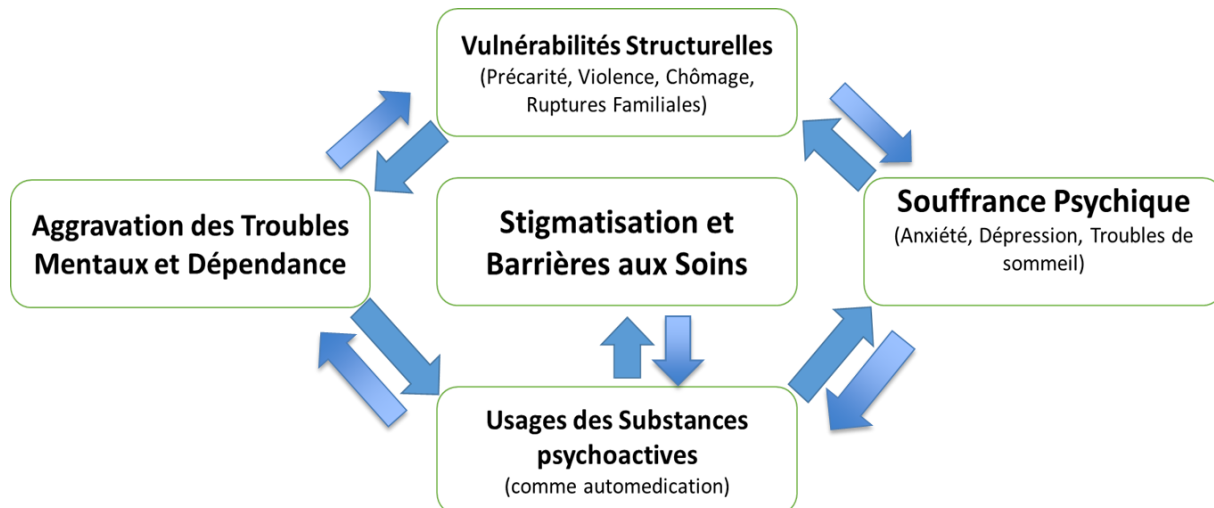


Figure 5. Interactions entre vulnérabilités structurelles, usage de drogues et santé mentale

5. DISCUSSION

L'étude bio-comportementale intégrée menée en 2025 chez les usagers de drogues à Douala et Yaoundé confirment que cette population demeure confrontée à une charge disproportionnée du VIH, à la croisée de vulnérabilités biologiques, comportementales et structurelles. La prévalence ajustée du VIH observée chez les usagers de drogues en 2025 (11,6% [IC95% : 11,2–12,0]) reste largement supérieure à celle de la population générale camerounaise estimée à 2,7%, confirmant le statut prioritaire de cette population clé²⁴. Cette prévalence atteint des niveaux particulièrement importants chez les usagers injecteurs, avec une estimation de 18,7% chez les UDI, soulignant une persistance du risque lié aux pratiques d'injection. Cette surreprésentation du VIH parmi les UDI est cohérente avec les données biologiques relatives au partage du matériel d'injection, rapporté par une proportion non négligeable des enquêtés au cours des 12 derniers mois. Les taux de partage d'aiguilles et de seringues observés en 2025, notamment à Douala, demeurent comparables, voire supérieurs, à ceux documentés lors de l'IBBS 2023 chez les UDI, suggérant une stagnation des pratiques à risque malgré les efforts de sensibilisation²⁵. Les entretiens qualitatifs confirment que le partage des seringues et du matériel d'injection demeure une pratique courante, souvent liée à l'urgence du manque, à l'insécurité policière ou à l'indisponibilité du matériel stérile, dans un contexte marqué par l'absence quasi totale de programmes structurés d'échange de seringues, pourtant recommandés par l'OMS et l'ONUSIDA²⁶, ce qui renforce les dynamiques de transmission au sein des réseaux d'usagers.

Au-delà des pratiques d'injection, les résultats montrent que les comportements sexuels à risque constituent un déterminant majeur de la transmission du VIH chez les usagers de drogues. Une proportion importante des participants déclare avoir eu des rapports sexuels sous l'influence de substances, avec une consommation rapportée avant, pendant ou immédiatement après les rapports sexuels. L'âge médian précoce au premier rapport sexuel et la fréquence élevée de partenaires multiples observés en 2025 contribuent à amplifier cette exposition sexuelle au VIH, y compris chez les usagers non injecteurs, confirmant que la vulnérabilité ne se limite pas aux seules pratiques d'injection. Cette consommation est associée à une baisse significative de l'usage systématique du préservatif, en particulier avec les partenaires occasionnels et réguliers non payants. Les niveaux d'utilisation systématique du préservatif observés en 2025 restent faibles, notamment avec les partenaires réguliers, et s'alignent sur les tendances documentées à Douala lors de l'IBBS 2023, traduisant une continuité des comportements sexuels à risque²¹. Les données qualitatives mettent en évidence que la drogue est perçue comme un facilitateur de la performance sexuelle, de la désinhibition ou de la gestion de l'angoisse, mais qu'elle réduit fortement la capacité de négociation du préservatif. Cette interaction entre usage de drogues et sexualité crée ainsi des ponts épidémiologiques entre les réseaux d'usagers et d'autres populations, expliquant en partie la prévalence VIH non négligeable observée chez les usagers de

²⁴Comité National de Lutte contre le SIDA. Rapport annuel 2024 des activités de lutte contre le sida au Cameroun. Yaoundé : CNLS ; 2024.

²⁵ Rapport d'étude IBBS 2023 chez les populations clés au Cameroun

²⁶ WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022.

drogues non injecteurs en 2025 (9,8%), et renforçant le risque de diffusion du VIH au-delà des cercles de consommation.

Ces comportements à risque s'inscrivent dans un contexte où la connaissance du statut VIH reste insuffisante, malgré une couverture déclarée du dépistage relativement élevée. Les résultats montrent qu'une proportion substantielle des personnes vivant avec le VIH ignorait leur statut au moment de l'enquête, traduisant des ruptures persistantes dans la première étape de la cascade de soins. En 2025, moins de quatre personnes séropositives sur dix connaissaient leur statut avant l'enquête, avec une situation particulièrement préoccupante à Yaoundé, suggérant une dégradation de la performance du dépistage par rapport aux données antérieures 21. Les données qualitatives indiquent que le dépistage est souvent perçu comme une démarche ponctuelle, motivée par la peur ou la maladie, plutôt que comme une pratique préventive régulière. La crainte du diagnostic, la stigmatisation associée au VIH et à l'usage de drogues, ainsi que les expériences négatives dans les structures de santé, contribuent à retarder le recours au test et à maintenir un réservoir important de cas non diagnostiqués.

Dans ce contexte, la proportion élevée de cas nouvellement diagnostiqués parmi les personnes vivant avec le VIH met en évidence des insuffisances majeures dans la régularité du dépistage et dans la capacité des dispositifs existants à atteindre les usagers les plus marginalisés, en particulier les usagers non injecteurs historiquement moins ciblés par les programmes VIH (Étude IBBS UD 2025). Ces éléments suggèrent que le dépistage demeure largement opportuniste et réactif, plutôt qu'inscrit dans une approche préventive continue, limitant ainsi son impact sur la réduction de la transmission.

Parmi les usagers connaissant leur statut sérologique positif, l'analyse de la cascade met en évidence des pertes importantes entre le diagnostic, l'initiation du traitement et la suppression virale. Contrairement aux résultats relativement encourageants observés chez les UDI de Douala en 2023 en matière de succès virologique, les données 2025 montrent une rupture marquée de la cascade 95-95-95, avec une faible proportion de personnes sous traitement et un suivi virologique limité 21. Les niveaux de mise sous traitement antirétroviral et de succès virologique restent inférieurs aux objectifs 95-95-95, confirmant que l'accès aux soins ne garantit pas nécessairement la continuité thérapeutique. Les résultats qualitatifs montrent que l'adhésion au traitement est fréquemment perturbée par l'instabilité résidentielle, la consommation active de drogues, les effets secondaires perçus et la difficulté à concilier les contraintes du traitement avec les réalités de la vie quotidienne. Ces constats soulignent que la cascade de soins chez les usagers de drogues est profondément influencée par des facteurs sociaux et structurels, au-delà de la simple disponibilité des services.

La discussion des résultats ne peut être dissociée de la forte prévalence des troubles de santé mentale observée dans cette population. Les indicateurs quantitatifs révèlent des niveaux élevés de symptômes dépressifs, d'anxiété, de troubles du sommeil et d'idées suicidaires, avec des proportions particulièrement élevées chez les usagers non injecteurs inclus en 2025, suggérant une vulnérabilité psychique largement sous-estimée dans les enquêtes antérieures centrées sur l'injection. Les données qualitatives permettent de comprendre que ces troubles sont étroitement liés à des trajectoires de vie marquées par la précarité économique, les ruptures familiales, les violences précoces et la marginalisation sociale. La consommation de drogues est

fréquemment décrite comme une stratégie d'automédication visant à soulager une souffrance psychique persistante, , un mécanisme déjà documenté dans la littérature internationale comme un facteur majeur de non-adhésion thérapeutique chez les personnes vivant avec le VIH 27,28..

Cette relation circulaire entre usage de drogues et santé mentale est renforcée par un environnement social caractérisé par une stigmatisation multiple et persistante. Les indicateurs relatifs à la violence physique, aux abus policiers et aux discriminations dans les services de santé montrent que les usagers de drogues sont régulièrement exposés à des traitements dégradants, avec des niveaux plus élevés rapportés à Douala qu'à Yaoundé. Ces expériences de violence et de discrimination sont associées à un évitement accru des services de santé et à une aggravation des troubles psychiques, comme l'ont montré plusieurs analyses internationales chez les populations consommatrices de drogues²⁴. Les résultats qualitatifs illustrent comment cette stigmatisation est internalisée, affectant l'estime de soi et dissuadant le recours aux services formels de santé. La peur d'être dénoncé, jugé ou maltraité constitue un frein majeur à l'accès au dépistage, aux soins VIH et à la prise en charge de la santé mentale.

Dans ce contexte, les acteurs communautaires et les pairs éducateurs apparaissent comme des intermédiaires essentiels entre les usagers et le système de santé. Les données quantitatives montrent que les contacts avec les ONG communautaires sont plus fréquents que les recours directs aux structures sanitaires classiques. Les résultats qualitatifs confirment que ces espaces sont perçus comme plus sûrs, plus accessibles et moins stigmatisants. Toutefois, la faible couverture des paquets d'intervention de prévention combinée et l'accès très limité à des services tels que la PrEP, la naloxone ou les traitements de substitution soulignent les limites actuelles de ces dispositifs communautaires.

Les différences observées entre Douala et Yaoundé traversent l'ensemble de ces dimensions. À Douala, les indicateurs mettent en évidence une exposition plus marquée à la violence institutionnelle, à la mobilité et à la précarité économique, tandis qu'à Yaoundé, l'isolement social, le poids du regard communautaire et la honte apparaissent plus fortement associés au non-recours aux soins. Les différences de profils épidémiologiques entre les deux villes, notamment en termes de prévalence VIH chez les UD et les UDI, suggèrent l'existence de dynamiques locales distinctes qui nécessitent des réponses programmatiques différenciées, confirmées par les données quantitatives et qualitatives²². .

Enfin, la comparaison avec les enquêtes IBBS antérieures suggère que, malgré certains progrès en matière de sensibilisation et de dépistage, les vulnérabilités structurelles des usagers de drogues demeurent largement inchangées. La persistance de niveaux élevés de prévalence VIH chez les UDI et l'émergence d'une charge non négligeable chez les UD non injecteurs indiquent que les stratégies actuelles restent insuffisamment intégrées. Ces résultats plaident en faveur d'une approche renouvelée, combinant réduction des risques, santé mentale, lutte contre la stigmatisation et renforcement des services communautaires, afin de répondre de manière plus efficace aux besoins complexes des usagers de drogues à Douala et Yaoundé.

²⁷ Rodriguez-Ayllon M, et al. Mental disorders and adherence to treatment in people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2024;11:45-56.

²⁸ UNAIDS. Mental health and HIV among people who use drugs: global evidence review. Geneva: UNAIDS; 2025

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'enquête IBBS 2025 menée auprès des usagers de drogues à Douala et Yaoundé apporte un éclairage approfondi sur les dynamiques bio-comportementales, sociales et structurelles qui façonnent le risque de VIH, l'état de santé globale et l'accès aux services de prévention et de soins dans ces populations particulièrement vulnérables. En combinant des données biologiques, comportementales et qualitatives, cette étude met en évidence des vulnérabilités multiples et interdépendantes, soulignant que l'exposition au VIH ne peut être appréhendée indépendamment des contextes de vie, des trajectoires sociales et des environnements de consommation dans lesquels évoluent les usagers de drogues.

Les résultats confirment une charge importante du VIH ainsi que des insuffisances persistantes le long de la cascade de soins, notamment en matière de connaissance du statut, d'accès au traitement et de suppression virale. Toutefois, l'analyse multivariée met en évidence un élément central : dans cette population, le principal déterminant du risque n'est pas prioritairement lié aux comportements sexuels, mais plutôt à l'usage de drogues par injection. Le partage de seringues et d'équipements d'injection apparaît comme un vecteur majeur de transmission, renforcé par des environnements de consommation précaires et des pratiques à risque fréquentes, particulièrement à Douala. Cette réalité impose un repositionnement stratégique des interventions, en mettant au cœur des priorités la réduction des risques liés à l'injection.

Dans ce contexte, il apparaît essentiel de mettre en place et d'opérationnaliser une politique nationale de réduction des risques (RDR), en s'appuyant sur les documents de plaidoyer du CNLS et les résultats probants de cette étude. Cette politique devrait inclure la distribution de matériel d'injection stérile, la promotion de pratiques d'injection sécurisées, le dépistage communautaire, ainsi que l'accès facilité au traitement antirétroviral et aux services de santé intégrés. Parallèlement, les actions de sensibilisation sur l'utilisation correcte du préservatif doivent être renforcées, tout en reconnaissant que ces interventions, à elles seules, ne suffisent pas à répondre à la dynamique épidémique observée.

L'étude met également en évidence la nécessité de développer des approches différenciées tenant compte des spécificités de genre. La vulnérabilité particulièrement élevée des femmes usagères de drogues appelle à des interventions ciblées, intégrant des dimensions de protection sociale, de santé reproductive et de lutte contre les violences basées sur le genre. De manière plus globale, les programmes doivent être adaptés aux réalités locales, en tenant compte des différences observées entre Douala et Yaoundé, tant en termes de types de drogues consommées, de modes d'usage que d'environnements de consommation.

Le renforcement de l'accessibilité des services constitue également un enjeu majeur. La décentralisation des services vers les formations sanitaires périphériques (FOSA) et la délégation de certaines tâches aux structures communautaires apparaissent comme des stratégies essentielles pour rapprocher les services des usagers et améliorer la continuité des soins. Les acteurs communautaires et les pairs éducateurs jouent en effet un rôle clé dans l'identification,

l'accompagnement et la fidélisation des usagers dans le système de santé, mais leurs capacités doivent être davantage soutenues et institutionnalisées.

Par ailleurs, il est crucial d'adopter une approche plus orientée vers la santé publique que vers la répression. Le référencement systématique des usagers de drogues interpellés vers les structures de prise en charge, plutôt que leur criminalisation, constitue un levier important pour améliorer l'accès aux services et réduire les risques sanitaires. Cette approche nécessite une collaboration renforcée entre les secteurs de la santé, de la justice et de la sécurité.

Enfin, la réalisation d'une cartographie détaillée des sites de consommation, incluant une description des environnements et des dynamiques locales, apparaît comme un outil stratégique pour mieux cibler les interventions et optimiser l'allocation des ressources. Une telle approche permettrait de déployer des actions de proximité adaptées, notamment dans les « ters », les espaces informels ou les zones isolées identifiées par l'étude.


En définitive, les résultats de l'IBBS 2025 appellent à un renforcement substantiel, coordonné et multisectoriel des réponses en direction des usagers de drogues. Seule une approche globale, intégrée et fondée sur les droits humains, combinant réduction des risques, accès équitable aux soins, interventions communautaires renforcées et politiques publiques adaptées, permettra de réduire durablement les inégalités de santé et d'améliorer le bien-être des usagers de drogues au Cameroun.

Tableau 39. Tableau récapitulatif des recommandations

No	Problème identifié	Recommandations formulées	Objectifs visés	Acteurs/ Responsables
1	La faible utilisation du préservatif chez les usagers de drogues entre 2023 et 2025	Accentuer les sensibilisations sur l'utilisation correcte du préservatif	Rehausser l'usage du préservatif chez les usagers de drogue (accentuer les messages de sensibilisation et les campagnes de communication)	CNLD, MINSANTE, PTF, ONG, OSC
2	Absence d'un paquet de service intégré et adapté au genre	Prendre en considération les besoins spécifiques aux femmes et aux hommes PUD	Élaborer un paquet de service spécifique et adapté aux PUD femmes et aux PUD homme	CNLD, MINSANTE, PTF, ONG, OSC
3	La non-prise en compte des problèmes de santé spécifiques aux usagers de drogue dans les politiques de santé publique	Mettre sur pied une politique de RDR en s'appuyant sur le document du plaidoyer du CNLD adossé aux résultats de l'étude et implémenter le plan de plaidoyer développé par le CNLD et CARE Cameroun	Élaborer des directives stratégiques en termes de prise en charge des PUD	CNLD, MINSANTE, PTF, ONG, OSC
4	Les problèmes de santé causés par l'usage de drogue		Élaborer la directive nécessaire à la prise en compte des besoins spécifiques des PUD	CNLD, MINSANTE, PTF, ONG, OSC
5	Les difficultés d'accès aux services de santé	Décentralisation (pour les FOSA périphériques) et la délégation des tâches pour les structures communautaires	Étendre l'offre de service et toucher les out to reach	CNLD, MINSANTE, PTF, ONG, OSC
6	L'incarcération quasi systématique des usagers de drogues interpellés	Privilégier le référencement des usagers de drogues interpellés vers les structures de prise en charge ;	Réduire la criminalisation des usagers de drogues et améliorer leur accès aux services de santé en favorisant leur orientation systématique vers des structures de prise en charge adaptées,	CNLD, MINSANTE, MINJUSTICE, PTF, ONG, OSC, AN
7	Absence d'une cartographies mise à jour des sites de consommation	Effectuer une cartographie des différents sites de consommation en mettant un accent sur la description des environnements de consommation	Identifier les nouveaux de sites de consommation et prioriser les zones d'offres de services	CNLD, MINSANTE, PTF, ONG, OSC

7. ANNEXES

Annexe 1. Clairance Éthique

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix -Travail- Patrie		REPUBLIC OF CAMEROON Peace -Work- Fatherland
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE		MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
SECRETARIAT GENERAL		SECRETARIAT GENERAL
COMITE NATIONAL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE HUMAINE		NATIONAL ETHICAL COMMITTEE FOR RESEARCH ON HUMAN HEALTH
SECRETARIAT TECHNIQUE		TECHNICAL SECRETARIAT

N° 2025/09/1234/CE/CNERSH/SP *AD* Yaoundé, le 08 SEPT 2025

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité National d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine (CNERSH), en sa session ordinaire du 12 août 2025, a examiné et approuvé la demande de Clairance Éthique du projet de recherche intitulé : « 2025-Etude Bio- Comportementale intégrée chez les personnes usagères des drogues (Injectables ou non-Injectables) à Yaoundé et Douala » soumis par Docteur MFOCHIVE Iliassou NJINDAM, Investigateur Principal, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales - Université de Yaoundé 1.

Le projet est d'un grand intérêt scientifique et social. L'objectif général de cette étude est de mesurer de manière descriptive les indicateurs biologiques (VIH, Syphilis, Hépatite B et C) et comportementaux influençant la transmission du VIH/IST parmi les utilisateurs de drogues injectables ou non dans la ville de Yaoundé et Douala. La procédure de l'étude est bien documentée et claire. Cette étude se déroulera dans deux ville du Cameroun (Yaoundé et Douala). Les risques liés au prélèvement de sang sont précisés ainsi que les mesures pour les éviter et les minimiser. Les notices d'information et les formulaires de consentement éclairé, en français et en anglais, sont bien élaborés et simples à comprendre. Les mesures prises pour garantir la confidentialité des données collectées sont présentes dans le document. Les CVs des Investigateurs les décrivent comme des personnes compétentes, capables de mener à bien cette étude. Pour toutes ces raisons, le Comité National d'Éthique approuve pour une durée d'un an, la mise en œuvre de la présente version du protocole.


Les investigateurs sont responsables du respect scrupuleux du protocole approuvé et ne devraient y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il, sans avis favorable du CNERSH. Les investigateurs sont appelés à collaborer pour toute descente du CNERSH pour le suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé. Le rapport final du projet devra être soumis au CNERSH et aux autorités sanitaires du Cameroun.

La présente clairance peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation en vigueur et des recommandations susmentionnées.

En foi de quoi, la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Ampliations

- MINSANTE




Dr. Wilfred Mbacham, ScD
President
Public Health Biotechnologist
Dr. MBACHAM Wilfred

N.B : cette clairance éthique ne vous dispense pas de l'avis de l'Agence Nationale Administrative de recherche (AAR), exigée pour mener cette étude sur le territoire camerounais. Cette dernière sera délivrée par le Ministère de la Santé Publique.

- N° d'enregistrement : IORG0007861-IRB00009439-FWA00016054 - setcominae@gmail.com
- Arrêté N° 0977/A/MSP/SESP/SG/DROS du 18 avril 2012 portant création, organisation et fonctionnement des Comités d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine au sein des structures relevant du ministère en charge de la santé publique.

Annexe 2. Autorisation Administrative de Recherche (AAR)

<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN PAIX - TRAVAIL - PATRIE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE SECRETARIAT GENERAL DIVISION DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE EN SANTE</p>	<p>REPUBLIC OF CAMEROON PEACE - WORK - FATHERLAND MINISTRY OF PUBLIC HEALTH SECRETARIAT GENERAL DIVISION OF OPERATIONAL RESEARCH IN HEALTH</p>
<p>D30-1216</p>	<p>Yaoundé, le 23 OCT 2025</p>
<p>N° _____ /AAR/MINSANTE/SG/DROS</p>	<p>LE MINISTRE A Dr Iliassou MFOCHIVE NJINDAM Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales-Université de Yaoundé 1 (FMSB-UY1) Tel : (237) 650 598 565 Email: njindamfoch@gmail.com</p>
<p><u>Objet</u> : Autorisation Administrative de Recherche N° <u>631-3425</u></p>	
<p>Docteur,</p> <p>Vous avez bien voulu solliciter de mes services, en qualité de d'investigateur Principal, une Autorisation Administrative de Recherche pour mener l'étude intitulée : « 2025-Etude Bio-Comportementale intégrée chez les personnes usagères des drogues (Injectables ou non-Injectables) à Yaoundé et Douala » introduite en votre nom.</p> <p>Y faisant suite, j'ai l'honneur de vous notifier la présente Autorisation Administrative de Recherche (AAR) qui vous permettra de démarrer vos travaux. Vous voudrez bien noter que la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé est chargée du suivi de la conformité aux principes de bioéthique de ce projet et devra être informée de vos activités, ainsi que des conclusions de votre étude au cours d'une restitution publique.</p> <p>Le Ministère de la Santé publique se réserve par ailleurs, le droit d'effectuer des missions de suivi de la mise en œuvre de ladite recherche et d'arrêter celle-ci en cas de non-respect du protocole approuvé et pour lequel cette Autorisation Administrative de Recherche vous est délivrée.</p> <p>Toute découverte au cours de vos travaux devra être signalée à la Division susmentionnée avant publication et les deux parties à savoir, l'Investigateur Principal et le Ministère de la Santé Publique détiendront les droits de propriété intellectuelle.</p> <p>Toute modification du présent protocole devra être notifiée par écrit à l'Administration après une nouvelle approbation par le Comité Éthique. Le numéro de votre Autorisation Administrative sus référencée devra être cité dans vos courriers ultérieurs.</p> <p>Veuillez croire, Docteur, en l'assurance de ma considération distinguée. /-</p>	
<p><u>Copie</u> :</p> <ul style="list-style-type: none">- CAB/MINSANTE/SESP- SG/MINSANTE- DROS- Concernés- Archives/chronos	 <p>Dr. Manaouta Malachie</p>
<p>Ministère de la Santé Publique ; www.minsante.cm / www.minsante.gov.cm Division de la Recherche Opérationnelle en Santé, Tel : 22 23 45 18, Fax : 22 23 45 19, Email : minsantedros@yahoo.com</p>	