

Déployer à grande échelle des programmes visant à réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose

Évaluation de référence –
Cameroun

Avertissement

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a demandé la présente évaluation en vue de la mise en œuvre de l'objectif stratégique n° 3a) de la Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017-2022 : *investir pour mettre fin aux épidémies*. Servant de projet suscitant la réflexion et la discussion auprès des parties prenantes et des partenaires techniques, elle présente les conclusions de recherches portant, d'une part, sur la réduction des obstacles liés aux droits de l'homme qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose et, d'autre part, sur la mise en œuvre d'une riposte programmatique globale pour lever ces obstacles. Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux du Fonds mondial.

Remerciements

Concernant le travail de recherche et la rédaction du présent rapport, le Fonds mondial tient à saluer le travail de Health Economics and AIDS Research Division (HEARD) de l'Université de KwaZulu Natal à Durban, Afrique du Sud.

Liste des acronymes

ACAFEJ	Association camerounaise des femmes juristes
ACMS	Association camerounaise pour le marketing social
AFASO	Association des femmes actives et solidaires
CADHP	Commission africaine des droits de l'homme et des peuples
CAMFAIDS	Cameroonian Foundation for AIDS
CAMNAFAW	Association camerounaise pour le bien-être familial
CDT	Centre de diagnostic et de traitement
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.
CFA	Franc d'Afrique centrale
CHAMP	Continuum de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH et du sida avec les populations les plus vulnérables
CNDHL	Commission nationale des droits de l'Homme et des libertés
CNLD	Comité national de lutte contre les drogues
CNLS	Conseil national de lutte contre le VIH/SIDA
CRS	Catholic Relief Services
DSF	Division de la santé familiale
EIC	Entretien avec des informateurs clés
FESADE	Femmes Santé et Développement
FIS	For Impacts in Social Health
GF	Groupe de réflexion
GFBC	Groupement de la filière bois au Cameroun
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GNP+	Réseau mondial de personnes vivant avec le VIH
GTT	Groupe de travail technique
HCDH	Haut-Commissariat aux droits de l'homme
HEARD	Health Economics and HIV/AIDS Research Division
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec hommes
ICN	Instance de coordination nationale
IGLHRC	Commission internationale de droits de l'Homme pour les gays et lesbiennes
INS	Institut national de la statistique
IPPF	International Planned Parenthood Federation
JAPSSO	Jeunesse active pour la lutte contre la pauvreté, le VIH/SIDA et ses souffrances
LGBT	Lesbiennes, homosexuels, bisexuels ou transgenres
LINKAGES	Passerelles tout au long du Continuum de services de lutte contre le VIH pour les populations clés touchées par le VIH
MINAS	Ministère des affaires sociales
MINDEFENSE	Ministère de la défense

MINJEC	Ministère de la jeunesse et de l'éducation civique
MINJUSTICE	Ministère de la justice
MINPROFF	Ministère de la promotion de la femme et de la famille
MINSANTE	Ministère de la santé publique
MJ	Ministère de la justice
MSF	Médecins Sans Frontières
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la société civile
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PS	Professionnelles du sexe
PSM	Professionnels du sexe masculins
PSN	Plan stratégique national
PTVME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RéCAP+	Réseau camerounais d'associations des personnes vivant avec le VIH
SBCI	surveillance biologique et comportementale intégrée
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TB	Tuberculose
UKZN	Université de KwaZulu Natal
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VS	Violence à caractère sexiste

Table des matières

I. Résumé	6
Résumé des conclusions de l'évaluation de référence – VIH	7
Coût d'un programme global – VIH	9
Résumé des conclusions de l'évaluation de référence – Tuberculose	10
Investissements nécessaires pour soutenir l'approche globale	12
II. Introduction	1
III. Méthodologie.....	2
Cadre conceptuel.....	2
Populations clés et vulnérables prises en compte pour l'évaluation	3
Collecte et analyse des données.....	4
IV. Résultats de référence : VIH	5
Aperçu du contexte épidémiologique et des populations clés et vulnérables	6
Tendances actuelles concernant l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH	9
Aperçu du contexte du pays pertinent en termes de droits humains – obstacles liés aux services de lutte contre le VIH.....	10
Obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH et la rétention dans ces services.....	15
Programmes visant à traiter et à lever les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH – des programmes existants aux programmes globaux.....	24
Investissements jusqu'à présent et coûts du programme global.....	45
V. Prévisions des besoins en financement pour les programmes globaux de lutte contre le VIH.	48
VI. Résultats de référence : Tuberculose	50
Charge de la tuberculose au sein des populations clés et vulnérables.....	50
Aperçu du contexte stratégique, politique et social pertinent vis-à-vis des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose	51
Financement actuel de programmes visant à supprimer les obstacles qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose.....	60
Possibilité d'élargissement des interventions	61
VII. Coûts de programmes globaux visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose	63
VIII. Limites et prochaines étapes de l'évaluation de référence	64
Suivi des progrès	64
Limites.....	64
Étapes suivantes.....	65
IX. Références :	66
X. Annexe A : Programmes globaux visant à réduire les obstacles liés au genre et aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH....	71
XI. Annexe B : Programmes globaux visant à réduire les obstacles liés au genre et aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose	81
XII. ANNEXE C : Coûts de l'approche globale.....	85
XIII. Annexe D : Valeurs et indicateurs de référence pour la mesure du progrès	86

I. Résumé

Introduction

Le présent rapport comporte une évaluation de référence sur les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose ainsi qu'à la rétention dans ces services au Cameroun. Cette évaluation s'intègre dans le cadre du soutien intensif fourni par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) pour renforcer les efforts du Cameroun dans l'identification et l'élimination des obstacles rencontrés par les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables qui ne disposent pas d'un accès suffisant aux services de lutte contre le VIH ou la tuberculose dans le pays.

Depuis l'adoption de sa stratégie, *Investir pour mettre fin aux épidémies, 2017-2022*¹, le Fonds mondial a uni ses efforts à ceux des parties prenantes du pays, des partenaires techniques et d'autres donateurs pour accroître les investissements dans des programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent la riposte nationale contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Le Fonds mondial a en effet conscience que ces programmes sont essentiels pour renforcer l'efficacité de ses subventions. Les programmes favorisent un recours accru aux services de santé et une meilleure rétention au sein des établissements de santé et permettent de garantir que ces services atteignent les populations les plus touchées par les trois maladies.

Outre le Fonds mondial, les gouvernements, les partenaires techniques et d'autres experts reconnaissent que les domaines programmatiques suivants constituent des composantes clés et des facteurs essentiels de la riposte au VIH et à la tuberculose : a) réduction de la stigmatisation et de la discrimination ; b) formation des agents de santé aux droits de l'homme et à l'éthique médicale ; c) sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre ; d) réduction de la discrimination à l'égard des femmes dans le contexte du VIH ; e) éducation juridique (« connaissez vos droits ») ; f) services juridiques ;) suivi et réforme des lois, des réglementations et des politiques liées au VIH et à la tuberculose.² Les autres domaines programmatiques pour la lutte contre la tuberculose comprennent : a) le respect de la vie privée et de la confidentialité s'agissant du diagnostic et du traitement de la tuberculose ; b) la mobilisation et l'autonomisation des patients atteints de tuberculose et des groupes communautaires ; c) l'attaque aux politiques trop vastes en lien avec l'isolement sous la contrainte ou la détention pour cause de non-observance du traitement antituberculeux ; et d) les efforts visant à lever les obstacles qui entravent les services de lutte contre la tuberculose dans les prisons.

Bien que le Fonds mondial aide l'ensemble des pays à accroître leurs investissements dans ces programmes de façon à éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services, il fournit un soutien intensif à 20 pays donnés afin de leur permettre de mettre en place des programmes globaux visant une réduction significative de ces obstacles.³ Sur la base de critères prenant en compte ses besoins, ses possibilités, ses capacités et ses partenariats, le Cameroun a été choisi pour figurer parmi les pays qui bénéficieront d'un soutien intensif.

Les programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services sont dits *globaux* lorsque *les bons programmes* sont mis en œuvre *pour les*

¹ *Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017-2022 : investir pour mettre fin aux épidémies* GF/B35/02

² Voir Programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à renforcer l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH, note d'orientation, ONUSIDA/JC2339E (original en anglais, mai 2012) ; ISBN : 978-92-9173-962-2. Voir également *Note d'information technique sur le VIH, les droits humains et l'égalité de genre*, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (avril 2017)

³ *Ibid*, Indicateur de performance clé 9.

*bonnes personnes dans la bonne combinaison et au bon niveau d'investissement, en vue d'éliminer les obstacles liés aux droits humains et d'accroître l'accès aux services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.*⁴

La présente évaluation vise : a) l'établissement d'une référence en matière d'obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et des programmes existants pour les éliminer ; b) l'élaboration d'un programme global chiffré destiné à réduire ces obstacles ; et c) la recommandation des étapes à suivre dans la mise en place de ce programme global.

L'évaluation a été effectuée entre mai et juin 2017. Outre une étude documentaire complète, elle comprend des entretiens et des tables rondes réalisés dans le pays avec 41 entités représentant 186 informateurs clés. Plusieurs groupes de réflexion se sont également réunis dans le pays avec des représentants de populations clés et vulnérables, y compris des personnes vivant avec le VIH, des homosexuels, des bisexuels et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des professionnelles du sexe, des consommateurs de drogues injectables, des personnes transgenres, des membres des forces armées, et des jeunes.

Résumé des conclusions de l'évaluation de référence – VIH

Populations clés et vulnérables

Les groupes de population compris dans la composante VIH de l'évaluation ont été identifiés sur la base de données épidémiologiques, de critères du Fonds mondial, de catégories de *populations prioritaires* selon le *Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2018-2022* (PSN VIH) (Conseil national de lutte contre le VIH/SIDA [CNLS], 2017) et les résultats de l'étude documentaire et de la recherche dans le pays de la présente évaluation.

Le **tableau A** ci-après indique les populations clés et vulnérables concernées par l'évaluation.

Tableau A : Populations clés et vulnérables – VIH

Populations clés – VIH	Populations vulnérables – VIH
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes vivant avec le VIH ▪ Professionnels du sexe (hommes et femmes) ▪ Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ▪ Consommateurs de drogues injectables ▪ Prisonniers ▪ Personnes transgenres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adolescentes et jeunes femmes ▪ Services en uniforme ▪ Personnes vivant avec un handicap

Bien que les personnes transgenres et les professionnels du sexe masculins, lorsque des données étaient disponibles, aient été pris en compte dans l'évaluation, ces catégories de personnes ne sont pas encore reconnues comme des populations clés dans la riposte nationale au VIH, ce qui pourrait constituer un obstacle aux droits humains (Nemande, 2013)

Les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH

Il ressort de l'évaluation que les éléments suivants constituent des obstacles à l'accès et au recours aux services de lutte contre le VIH ainsi qu'à la rétention dans ces services pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés et vulnérables :

- un important rejet social par la population en raison du statut sérologique et exemples de rejet social et de discrimination persistants à l'encontre des personnes vivant avec le VIH,

⁴ Cette définition des programmes dits « globaux » aux fins de l'indicateur de performance clé n° 9 du Fonds mondial a été élaborée avec le groupe de travail technique pour le suivi et l'évaluation des droits humains du Fonds mondial.

y compris dans le domaine du logement, de l'emploi et dans leur environnement personnel et social (mais moins marqué dans les services de santé) ;

- un contexte juridique et socioculturel qui reste répressif, en particulier pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe (hommes et femmes), les personnes transgenres et les consommateurs de drogues injectables, ce qui limite à la fois la volonté de ces personnes d'accéder aux services de traitement du VIH et l'efficacité des efforts actuels qui visent à les atteindre. En effet, elles ne souhaitent notamment pas se trouver dans une situation de divulgation de leurs informations personnelles sans leur consentement ;
- des croyances et des comportements socioculturels liés au genre vis-à-vis des adolescents et des jeunes, en particulier des adolescentes et des jeunes femmes, qui entraînent une négation de l'existence de leur vie sexuelle et qui limitent leur capacité d'accès aux services et aux informations sur la santé sexuelle et reproductive et au VIH. Des comportements et des croyances similaires vis-à-vis des personnes vivant avec un handicap ont également des conséquences sur leur accès à des services de lutte contre le VIH ;
- des normes sexistes rigides qui non seulement alimentent la violence sexiste à l'encontre des femmes et des filles, mais induisent également des abus et de la violence sexuels et physiques à l'encontre des populations clés, en particulier les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnelles du sexe et les personnes transgenres. Des ripostes complètes à cette violence sexiste, y compris celles qui visent à mettre en relation les survivants de telles violences avec les services de lutte contre le VIH, restent inadaptées.

Programmes visant à remédier aux obstacles liés à l'accès aux services de lutte contre le VIH – des programmes existants aux programmes globaux

En vue de relever ces défis, un certain nombre de parties prenantes s'est engagé dans des interventions qui visent à traiter et à éliminer les obstacles liés au genre et aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH. Ces efforts incluent une collaboration avec des organisations à l'initiative des populations clés dans le but de réduire le rejet social et la discrimination, y compris l'autostigmatisation, la formation des agents de santé sur le VIH et sur d'autres besoins sanitaires des populations clés, des interventions d'éducation juridique et la prestation de services juridiques, un travail de coopération avec la police, le système judiciaire et les dirigeants locaux afin qu'ils comprennent et soutiennent l'importance de l'accès aux services de lutte contre le VIH pour les populations clés, et de meilleures ripostes à la violence sexiste.

Malgré ces interventions, il existe toujours un certain nombre de défis et de lacunes :

- il n'existe aucun service spécifique lié au VIH pour les consommateurs de drogues injectables et pour les personnes transgenres ;
- les interventions visant à traiter et à éliminer les obstacles dépendent presque exclusivement de financements externes. Outre leurs engagements dans une politique de soutien, l'engagement de la part le gouvernement, les parties prenantes, y compris de la Commission nationale des droits de l'Homme et des libertés s'engagent de manière peu active dans la garantie de leurs obligations ;
- en raison notamment du financement inadapté et d'autres facteurs, un certain nombre d'actions menées par des organisations à l'initiative des populations clés n'ont pas été mises en œuvre à une échelle suffisante ou poursuivies pendant une période suffisante pour pouvoir entraîner une amélioration positive et durable dans l'élimination des obstacles aux services de lutte contre le VIH ;
- la coordination et la collaboration constituent toujours un défi, car un certain nombre d'entités mettent en œuvre des programmes similaires qui, dans certains cas, se chevauchent géographiquement ou en termes de populations cibles ;

- il n'existe presque aucune évaluation des interventions qui traitent des obstacles liés au genre et aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH, particulièrement s'agissant de la manière dont elles freinent l'accès et le recours des populations cibles aux services de lutte contre le VIH.

Sur la base des résultats de l'évaluation, le rapport met en évidence une approche quinquennale complète qui inclut, en résumé, les mesures suivantes dans le but d'éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH :

- gestion de l'absence de documentation importante pertinente sur les obstacles liés aux droits humains que rencontrent les populations clés spécifiques (personnes transgenres, consommateurs de drogues injectables) et impacts sur le recours aux services de lutte contre le VIH pour tous les groupes de populations clés, ainsi que sur leur rétention dans ces services ;
- intensification des interventions multisectorielles en vue de traiter les questions du rejet social et de la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH ;
- amélioration et élargissement des activités de traitement du rejet social lié au VIH au sein et parmi d'autres populations clés ;
- réponse aux défis de l'autostigmatisation parmi les populations clés, par le biais d'interventions visant à renforcer la résilience personnelle et collective ;
- accroissement de la responsabilité du CNLS en vue de simplifier et de garantir une collaboration interministérielle et multisectorielle ainsi qu'un engagement envers une approche fondée sur les droits humains de la prestation de services liés au VIH en faveur des populations clés, tel qu'indiqué dans les nouvelles PSN VIH ;
- soutien à la collaboration, à la coordination et aux mécanismes de coordination parmi les populations clés et vulnérables en terme de programmes liés aux droits humains, en vue de permettre de plus grandes couvertures et accessibilité et d'améliorer l'efficacité des activités d'élimination des obstacles ;
- soutien à l'évaluation, à l'apprentissage et à l'amélioration continue en vue de l'élaboration et de la réalisation d'activités d'élimination des obstacles ; et
- recommandation d'un investissement durable de ressources financières et techniques afin de garantir la pleine mise en œuvre de l'approche.

Coût d'un programme global – VIH

L'évaluation comporte une description de ces approches programmatiques globales à l'**annexe A** ainsi qu'un cadre de contrôle des évaluations de suivi permettant d'évaluer les progrès réalisés (**annexe D**). Enfin, l'évaluation contient également un calcul des estimations des coûts de la mise en œuvre de l'approche complète, contenu dans le **tableau B** ci-après :

Tableau B : Estimations des besoins en financement du programme global d'élimination des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH (en dollars US)

Domaine programmatique	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL
Réduction du rejet social et de la discrimination	1 105 987	509 678	844 233	418 535	906 706	3 785 140
Formation des agents de santé en matière de droits humains et d'éthique médicale	223 930	337 335	146 148	97 623	271 217	1 076 252
Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	300 328	134 590	263 240	131 130	263 240	1 092 528
Éducation juridique	70 389	36 661	51 008	52 466	51 008	261 533
Services juridiques liés au VIH	294 639	197 105	197 105	276 566	180 737	1 146 152
Suivi et réforme des lois et des politiques	349 004	247 886	185 038	189 278	151 897	1 123 104
Réduction de la discrimination liée au VIH à l'encontre des femmes	571 946	490 207	431 123	402 452	490 207	2 385 935
Autres activités	8 820	379 774	507 199	379 774	507 199	1 782 766
TOTAL	2 925 043	2 333 236	2 625 094	1 947 825	2 822 211	12 653 408

Les données financières limitées compilées pour la présente évaluation suggèrent que, entre 2015 et 2016, le financement d'activités visant à traiter les obstacles liés aux droits humains pour la composante VIH s'élevait à 400 000 dollars US et 600 000 dollars US annuels, financement du Fonds mondial et d'autres sources inclus. Cela n'inclut toutefois pas les investissements du PEPFAR dans ces interventions, car il n'était pas possible de les déduire des montants de financement principaux pour les programmes ciblant les populations clés. Sur une période de 5 ans, les investissements s'élèveraient à un total de 3 millions de dollars US, ce qui est bien inférieur aux 12,6 millions de dollars US prévus, nécessaires à la pleine mise en œuvre d'une approche globale de traitement des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH. Au cours de la période 2018-2020, le pays attribuera environ 3,5 millions de dollars US des ressources du Fonds mondial au soutien de l'intensification des activités de suppression des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH. Ainsi, en vue d'atteindre les coûts estimés de l'approche globale, d'autres investissements seront nécessaires de la part du pays et des donateurs.

Résumé des conclusions de l'évaluation de référence – Tuberculose

Il ressort de l'évaluation que les groupes de population faisant face à des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose incluent les personnes vivant avec le VIH, les agents de santé, les prisonniers et autres détenus, les agents pénitentiaires et les consommateurs de drogues injectables. Ils ont été identifiés sur la base de données épidémiologiques, des critères du Fonds mondial et des catégories de *populations prioritaires* du *Plan stratégique de lutte contre la tuberculose au Cameroun 2015-2019* (PSN TB) (Programme national de lutte contre la tuberculose [PNLT], 2014).

En lien avec ces groupes, l'évaluation a permis d'identifier les obstacles suivants liés aux droits humains qui entravent l'accès et le recours aux services de lutte contre la tuberculose ainsi qu'à la rétention dans ces services :

- dans l'ensemble, le concept d'obstacles liés au genre et aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose n'était pas bien compris pour la riposte nationale à la tuberculose. La tuberculose a largement été considérée comme un problème médical et les obstacles ont été pris en considération de la même manière que les faiblesses du système de santé et que la capacité limitée du PNLT à dépister, à diagnostiquer et à traiter les personnes atteintes de tuberculose ;
- les consommateurs de drogues injectables n'ont pas été reconnus comme étant une population clé dans la lutte nationale contre la tuberculose. Dès lors, il n'existe aucun service ou aucune approche spécifiques pour répondre à leurs besoins ;
- le rejet social lié à la tuberculose, y compris l'autostigmatisation, empêche les personnes susceptibles de vivre avec la tuberculose d'en reconnaître les signes et les symptômes et retarde leur diagnostic et leur traitement dans des établissements de santé ;
- les efforts visant à traiter le rejet social lié à la tuberculose dans les prisons ne couvrent pas toutes les structures et l'accès aux services de santé nécessaires n'est pas systématique, particulièrement pour grande part de détenus en transit et de prévenus ;
- la pauvreté reste également un obstacle aux services de lutte contre la tuberculose, principalement en raison des coûts du traitement.

Programmes visant à remédier aux obstacles liés à l'accès aux services de lutte contre la tuberculose – des programmes existants aux programmes globaux

Certaines interventions sont actuellement menées dans le but de s'atteler aux obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose, y compris le travail dans les prisons et la formation et la sensibilisation des agents de santé à la réduction du rejet social et aux droits humains. Cependant, la composante communautaire de la riposte nationale à la tuberculose, qui a notamment son importance pour traiter la question du rejet social et de la discrimination, n'est pas pleinement opérationnelle. Le problème de la tuberculose n'est pas bien pris en compte dans les activités visant la suppression des obstacles liés aux droits de l'homme qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH malgré un niveau assez important de co-infection. Enfin, le traitement des obstacles liés à la pauvreté nécessite une action multisectorielle complète qui semble largement dépasser la portée de ce que les parties prenantes dans la lutte contre la tuberculose sont actuellement en mesure de faire.

Une approche complète du traitement des obstacles liés aux droits humains dans le contexte de la tuberculose devrait inclure :

- une sensibilisation des parties prenantes à la lutte contre la tuberculose, en vue d'une plus importante perception technique des aspects des droits humains et du genre de la tuberculose ;
- une mise en œuvre complète des interventions liées aux droits humains de la composante communautaire de la riposte nationale à la tuberculose, la National TB Coalition étant le point d'entrée ;
- un soutien aux mécanismes de coordination/collaboration des activités visant le rejet social et la discrimination liées à la tuberculose ;
- un soutien à l'éducation et à la sensibilisation en matière de droits humains en vue de plus grandes participation et responsabilité du Ministère de la justice dans le traitement de la tuberculose au sein des prisons, y compris l'investissement de ses propres ressources dans ces mesures ;
- une éducation et des conseils en matière de droits humains s'agissant du besoin en protection accrue du lieu de travail pour le personnel pénitentiaire et les agents de santé ;

- une éducation et des conseils en matière de droits humains, s'agissant du retrait des frais pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose ; et
- un soutien à l'intégration d'activités visant à traiter les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose, si possible et le cas échéant.

Investissements nécessaires pour soutenir l'approche globale

L'évaluation comporte, à l'**annexe B**, une description plus programmatique de ces actions globales visant à traiter les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose, ainsi qu'un cadre de contrôle des évaluations de suivi permettant d'évaluer le progrès (**annexe D**). Enfin, l'évaluation contient également un calcul des estimations des coûts de la mise en œuvre de l'approche globale, contenu dans le **tableau C** ci-après :

Tableau C : Estimations des besoins en financement du programme complet d'élimination des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose (en dollars US)

Domaine programmatique	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL
Réduction du rejet social et de la discrimination	392 774	267 705	186 000	267 705	392 774	1 506 957
Formation des agents de santé en matière de droits de l'homme et d'éthique	29 910			29 910		59 821
Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	71 874	-		71 874	-	143 748
Éducation juridique	106 584	88 040	-	106 584	-	301 209
Services juridiques liés à la tuberculose	146 320	146 320	146 320	146 320	146 320	731 600
Suivi et réforme des lois et des politiques	8 820	8 820	8 820	8 820	8 820	44 100
Réduction de la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte de la tuberculose	96 115		-	96 115	-	192 230
Amélioration de la confidentialité et de la protection de la vie privée	-	90 386	-	-	-	90 386
Mobilisation communautaire pour les personnes vivant avec la tuberculose	54 699	54 699	54 699	54 699	54 699	273 494
Amélioration des services de lutte contre la tuberculose dans les prisons	48 767	132 206	-	-	33 077	214 050
Autres activités	-	370 954	-	243 529	-	614 483
TOTAL	955 863	1 159 130	395 839	1 025 557	635 690	4 172 078

L'évaluation n'a pas permis de collecter toutes les données sur les investissements actuels visant à traiter les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose. Selon les données disponibles, ce financement aurait atteint un niveau de 150 000 dollars US en 2016, incluant celui mis à disposition par le Fonds mondial. Il reste du travail, pour toutes les parties prenantes, pour mobiliser les environ 200 000 à 500 000 dollars US annuels, nécessaires à la pleine mise en œuvre d'une approche complète visant à supprimer ces obstacles.

II. Introduction

Le présent rapport comprend l'évaluation de référence réalisée au Cameroun dans le cadre des activités du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) visant à soutenir le Cameroun dans l'expansion de programmes visant à réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose. Depuis l'adoption de sa stratégie, *Investir pour mettre fin aux épidémies, 2017-2022*, le Fonds mondial s'est uni aux parties prenantes du pays, aux partenaires techniques et à d'autres donateurs dans un effort considérable pour accroître les investissements dans des programmes (décrits ci-après) visant à éliminer les obstacles à l'aide de ripostes nationales contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial, 2016a). Cet effort se fonde sur l'objectif stratégique n° 3 engageant le Fonds mondial à : « *mettre en place puis intensifier des programmes visant à éliminer les obstacles en rapport avec les droits de l'homme, qui empêchent d'accéder aux services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme* », et d'« *intensifier la mise en œuvre de programmes en faveur des femmes et des filles, notamment de programmes visant à améliorer les droits et la santé sexuelle et reproductive, l'investissement dans le but de réduire les inégalités en matière de santé, y compris les inégalités de genre* ». Le Fonds mondial reconnaît que les programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains sont essentiels pour renforcer l'efficacité des subventions qu'il octroie, puisqu'ils permettent de s'assurer que les services de santé atteignent les populations les plus touchées par les trois maladies. Le Fonds mondial travaille en étroite collaboration avec les pays, l'ONUSIDA, l'OMS, le PNUD, le Partenariat Halte à la tuberculose, le PEPFAR et d'autres organisations bilatérales et donateurs afin de concrétiser cet objectif stratégique.

Bien qu'il soutienne l'ensemble des pays dans le déploiement à grande échelle de programmes visant à éliminer les obstacles à l'accès aux services de santé, il fournit un soutien intensif à 20 pays dans le cadre de l'indicateur de performance clé (KPI) 9, intitulé « *Réduire les obstacles liés aux droits de l'homme qui entravent l'accès aux services : qui examinent notamment le nombre de pays prioritaires avec des programmes complets en cours destinés à éliminer les obstacles liés aux droits de l'homme pour accéder aux services (Fonds mondial 2016b)* ». Cet indicateur de performance clé évalue la mesure dans laquelle les programmes complets sont établis de façon à éliminer les obstacles liés aux droits de l'homme qui entravent l'accès aux services, en mettant l'accent sur 15 à 20 pays prioritaires. Sur la base de critères incluant les besoins, les opportunités, les capacités et les partenariats dans le pays, le Fonds mondial a sélectionné le Cameroun et 19 autres pays à qui il fournit un soutien intensif afin qu'ils élargissent leurs programmes visant à réduire les obstacles à l'accès aux services. La présente évaluation de référence pour le Cameroun, axée sur le VIH et la tuberculose, s'intègre dans les activités de soutien du Fonds mondial.

Les programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services sont dits *globaux* lorsque les bons programmes sont mis en œuvre pour les bonnes personnes dans la bonne combinaison et au bon niveau d'investissement, en vue d'éliminer les obstacles liés aux droits humains et d'accroître l'accès aux services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.⁵

Objectifs et résultats attendus

Les objectifs de l'évaluation de référence étaient les suivants :

- identification des obstacles clés liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose au Cameroun ;
- description des programmes existants visant à réduire ces obstacles ;

⁵ Cette définition des programmes dits « globaux » aux fins de l'indicateur de performance clé n° 9 du Fonds mondial a été élaborée avec le groupe de travail technique pour le suivi et l'évaluation des droits humains du Fonds mondial.

- sur la base de données relatives aux réalités du pays, description d'une riposte complète aux obstacles existants en termes de types de programmes, leur couverture et leurs coûts ; et
- identifier les occasions d'étendre ces projets sur la période de 5 ans de la stratégie 2017-2022 du Fonds mondial.

Dans l'ensemble, les résultats de l'évaluation visent à fournir une référence de la situation en 2017 au Cameroun. Cette action sera suivie par des évaluations similaires à mi-parcours (2019) et au terme (2022) de la stratégie du Fonds mondial afin de bien comprendre l'impact de l'élargissement des programmes visant à supprimer les obstacles au Cameroun et dans d'autres pays faisant partie de l'initiative.

III. Méthodologie

L'évaluation de référence pour le Cameroun a été effectuée entre mai et juin 2017 selon la méthode décrite ci-après.

Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel qui a servi à l'orientation de l'évaluation est le suivant :

- Au Cameroun, comme dans d'autres pays de la région et du monde, il existe des obstacles liés au genre et aux droits humains qui entravent le plein accès et le recours aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose ainsi que la rétention dans ces services.
- Ces obstacles se présentent au sein de certaines populations clés et vulnérables qui sont plus faibles et touchées par le VIH et la tuberculose que les autres groupes de la population en général.
- Il existe des domaines programmatiques liés aux droits humains qui comprennent de nombreuses interventions et activités efficaces pour lever ces obstacles.
- Si ces interventions et activités étaient financées, mises en œuvre et développées à une échelle suffisante dans le pays, elles pourraient permettre d'éliminer, ou tout du moins réduire, ces obstacles.
- La suppression de ces obstacles permettra d'accroître l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose ainsi que la rétention dans ces services, et accélérera ainsi les progrès du pays dans l'atteinte des objectifs nationaux, régionaux et mondiaux de réduction significative ou d'éradication des épidémies de VIH et de tuberculose.
- Ces activités visant à éliminer les obstacles permettront également de protéger et de valoriser les investissements du Fonds mondial et de renforcer les systèmes sanitaires et communautaires.

Les principales catégories d'obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose, identifiés dans le cadre de l'évaluation, étaient les suivantes (Fonds mondial, 2017a, b ; Timberlake, 2017) :

- rejet social et discrimination, y compris fourniture de services sanitaires ;
- lois, politiques et pratiques répressives ;
- inégalités de genre et violences à caractère sexiste ;
- pauvreté et inégalités socioéconomiques ; et
- conditions de travail néfastes et exploitation (principalement pour la tuberculose).

Les gouvernements, l'ONUSIDA, le Fonds mondial et le Partenariat « Halte à la tuberculose » ont identifié les principaux domaines programmatiques suivants dans le but de traiter et d'éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte

contre le VIH et la tuberculose (ONUSIDA, 2012 ; Fonds mondial, 2017a, b ; *Déclarations politiques sur le VIH et le sida*, 2011, 2016) :

- réduction du rejet social et de la discrimination
- formation des agents de santé en matière de droits humains et d'éthique médicale
- sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre
- éducation juridique (« connaissez vos droits »)
- services juridiques en lien avec le VIH ou la tuberculose
- examen et réforme des lois, réglementations et politiques liées au VIH et à la tuberculose
- réduction de la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte du VIH et de la tuberculose.

En outre, s'agissant de la tuberculose, les domaines programmatiques comprennent également les points suivants :

- respect de la vie privée et de la confidentialité s'agissant du diagnostic et du traitement de la tuberculose
- mobilisation et autonomisation des patients et des groupes communautaires atteints de tuberculose
- examen des politiques trop vastes en lien avec l'isolement sous la contrainte ou la détention qui entraîne une non-observance du traitement antituberculeux
- efforts visant à supprimer les obstacles qui entravent les services de lutte contre la tuberculose dans les prisons.

Les activités au titre de ces domaines programmatiques devraient, dans la mesure du possible, faire partie des programmes en cours de prévention et de traitement du VIH et de la tuberculose, ou pourraient être mises en œuvre en tant que programmes autonomes, de manière à soutenir la riposte nationale et à accroître l'accès aux services sanitaires de lutte contre le VIH et la tuberculose.

Populations clés et vulnérables prises en compte pour l'évaluation

Les points suivants ont été pris en considération pour identifier les populations spécifiques considérées dans le cadre de l'évaluation comme étant les plus touchées par les obstacles liés aux droits humains :

- critères du Fonds mondial et du Partenariat « Halte à la tuberculose » pour l'identification des populations clés et vulnérables pour les composantes VIH et tuberculose (Fonds mondial, 2013 ; Fonds mondial 2017b)
- épidémiologie du VIH et de la tuberculose
- populations clés et vulnérables telles qu'identifiées dans les documents stratégiques nationaux, notamment le *Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les IST 2018-2022* (PSN VIH) et le *Plan stratégique de lutte contre la tuberculose au Cameroun 2015-2019* (PSN TB) (Conseil national de lutte contre le VIH/SIDA [CNLS], 2017 ; Programme national de lutte contre la tuberculose [PNLT], 2014a) et
- données compilées, issues de l'étude documentaire et de la recherche nationale, au cours de cette évaluation.

Sur la base de ces critères, les groupes de populations clés considérés comme devant faire face aux obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose sont détaillés dans le **tableau 1** ci-après :

Tableau 1 : Populations clés et vulnérables pour les composantes VIH et tuberculose, prises en compte pour l'évaluation

Populations clés – VIH	Populations vulnérables – VIH	Populations clés – tuberculose
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes vivant avec le VIH ▪ Professionnel (le) s du sexe ▪ Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ▪ Consommateurs de drogues injectables ▪ Prisonniers ▪ Personnes transgenres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adolescentes et jeunes femmes ▪ Services en uniforme ▪ Personnes vivant avec un handicap, y compris les femmes et les filles vivant avec un handicap 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes vivant avec le VIH ▪ Agents de santé ▪ Agents pénitentiaires ▪ Prisonniers et autres détenus ▪ Consommateurs de drogues injectables

Bien que la question des transgenres et des professionnels du sexe masculins, dans la mesure où des données sont disponibles, soit prise en compte dans l'évaluation, ces catégories de personnes ne sont pas encore reconnues comme des populations clés dans la riposte nationale au VIH. De même, les consommateurs de drogues injectables étaient également pris en considération dans l'évaluation, en tant que population clé pour la tuberculose, même si la riposte nationale contre la tuberculose ne les prenait pas en compte. Bien que les populations prises en compte dans l'évaluation ne soient pas les seuls groupes de population qui aient la priorité au titre des ripostes nationales de lutte contre le VIH et la tuberculose, elles constituent néanmoins les groupes dont l'accès aux services de lutte contre le VIH ou tuberculose sont plus entravés par les obstacles liés aux droits humains et au genre.

Collecte et analyse des données

La collecte et l'analyse des données incluent les étapes suivantes :

- **Étude documentaire :** une étude documentaire complète de sources en anglais et en français a été réalisée dans le but de décrire le contexte du VIH et de la tuberculose au Cameroun ; les sous-populations et les groupes les plus affectés par les deux maladies ; les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose pour ces groupes ; et les efforts du pays dans le but de traiter et de lever ces obstacles. Les sources pour l'étude documentaire comprennent les publications revues par des pairs, des documents nationaux (plans, politiques, stratégies et rapports sur l'état d'avancement) et des rapports réalisés par les nombreuses parties prenantes qui s'engagent dans la lutte et la suppression des obstacles. Un consultant national a apporté son soutien à l'équipe technique de HEARD pour compiler l'étude documentaire et pour garantir la disponibilité de l'ensemble des documents. Un rapport de l'étude de documentaire a été élaboré, il comprenait un résumé bilingue qui a été communiqué aux parties prenantes clés dans le cadre de la planification de la phase de travail sur le terrain.
- **Établissement du plan et des priorités concernant le travail sur le terrain :** sur la base des résultats de l'étude documentaire, des priorités spécifiques ont été définies pour la collecte de données dans le pays. Elles ont alors servi à l'élaboration d'un plan concernant le travail sur le terrain, en consultation avec le consultant national et l'instance de coordination (ICN), ainsi que le Comité national de lutte contre le VIH/sida (CNLS). Le plan concernant le travail sur le terrain incluait des entretiens avec des informateurs clés,

des tables rondes et des groupes de réflexions organisés par les partenaires locaux avec les membres ou les représentants des populations clés ou vulnérables.

- **Collecte de données dans le pays :** la collecte de données dans le pays a été effectuée entre le 22 mai et le 16 juin 2017, en anglais et en français, selon les préférences des participants. L'Association camerounaise pour le bien-être familial (CAMNAFAW) et Comité national de lutte contre le VIH/sida (CNLS) ont fourni un soutien logistique pour la collecte de données. Avant la collecte de données, des réunions préliminaires se sont tenues avec l'ICN et le CNLS. En outre, une réunion de lancement a été réunie afin de présenter les objectifs de l'évaluation de référence et le plan de collecte des données aux parties prenantes clés afin qu'elles apportent leur contribution et leur participation.

Dans l'ensemble, 41 entités (19 organisations communautaires, 5 ONG, 10 ministères et agences gouvernementales, y compris le CNLS), 6 agences bilatérales et multilatérales, des membres sélectionnés de l'ICN ont participé à la collecte de données, ce qui représente un total de 186 informateurs clés (87 issus d'organisations communautaires, 17 issus d'ONG, 53 issus de ministères et d'agences gouvernementales, 9 issus d'agences bilatérales et multilatérales et 20 membres de l'ICN). En outre, sept groupes de réflexion se sont réunis avec des représentants de populations clés et vulnérables, y compris des personnes vivant avec le VIH, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des professionnelles du sexe, des consommateurs de drogues injectables, des personnes transgenres, des membres des forces armées, et des jeunes.

En dernier lieu, au cours de la dernière semaine de la collecte de données dans le pays, des observations préliminaires de haut niveau ont été partagées au cours de deux sessions. La première était une réunion de l'ICN, dont les ordres du jour portaient notamment sur un premier ensemble de priorités qui seraient incluses dans la prochaine demande de financement du Fonds mondial. La seconde était une réunion organisée par l'équipe d'évaluation et regroupant les parties prenantes à la collecte des données. Elle visait à partager des résultats préliminaires de grande qualité et des tentatives de recommandations de projets d'examen et de discussions complémentaires.

- **Collecte de données financières.** L'évaluation a permis d'identifier des investissements dans des programmes récents ou actuels visant à réduire les obstacles liés aux droits humains et au genre dans le contexte du VIH ou de la tuberculose. Ces données ont ensuite servi de base à l'estimation des coûts de l'approche complète. La collecte de données financières incluait la gestion d'un outil de suivi des ressources qui était soit autoadministrée ou effectuée dans le cadre d'une visite sur site. Les défis que pose la collecte de données sont décrits dans la **section 8** ci-après.
- **L'analyse de données** comprenait essentiellement l'analyse thématique des documents et des notes d'entretien selon les thèmes et concepts clés établis dans le cadre conceptuel.

L'évaluation a été réalisée par une équipe de consultance qui comptait un chercheur principal de Health Economics and AIDS Research Division (HEARD) de l'Université de KwaZulu Natal et cinq consultants nationaux. L'Université de KwaZulu Natal a fourni un examen éthique général (pour les cinq évaluations effectuées par HEARD). Au cours de la phase de planification du travail sur le terrain, l'ICN a émis l'avis que ce type d'évaluation n'exigeait pas d'examen éthique au niveau national.

IV. Résultats de référence : VIH

Les résultats pour le VIH sont présentés ci-après dans l'ordre suivant : aperçu de l'épidémie du VIH au Cameroun, avec une attention particulière accordée aux populations clés et vulnérables comprises dans l'évaluation ; informations sur les tendances en matière d'accès et de recours aux services de lutte contre le VIH pour illustrer l'ampleur des lacunes actuelles ; aperçu du contexte général de la riposte au VIH, avec un accent particulier sur les composantes traitant la question des droits humains et du genre ; analyse des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH ; une analyse des

activités programmatiques en cours qui visent à traiter les obstacles, y compris les lacunes et les défis, et description d'une approche globale ; et, enfin, une analyse des opportunités d'extension des activités en vue de l'approche globale, pour une période de 5 ans.

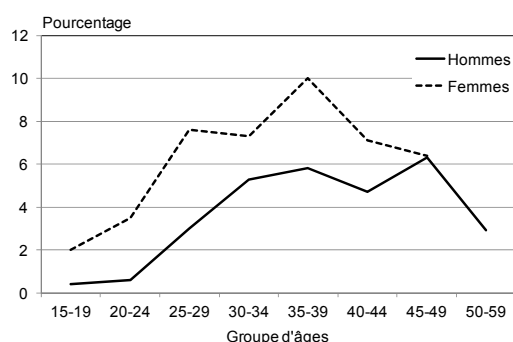
Selon les résultats, même si le contexte général de la lutte contre le VIH au Cameroun devient, petit à petit, plus favorable, les populations clés et vulnérables dont les charges du VIH sont les plus élevées font toujours face aux obstacles liés aux droits humains et au genre dans la riposte au VIH. Le principal obstacle est le contexte juridique répressif vécu par les professionnelles du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables, qui contribue à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence, y compris aux pratiques abusives de la part de la police et d'autres. C'est pourquoi ils tournent le dos aux services de lutte contre le VIH et d'autres services, y compris ceux fournis par des entités à l'initiative de populations clés. Malgré l'engagement croissant du gouvernement et d'autres dans l'amélioration de l'accès aux services de lutte contre le VIH pour ces groupes, sans modification du contexte juridique et socioculturel, de nombreuses personnes ne se manifesteront pas pour en bénéficier. En outre, bien que des activités soient en cours dans le pays pour lever ces obstacles, elles ne sont pas encore mises en œuvre à une échelle et à une portée suffisantes pour aboutir à un changement positif durable.

Aperçu du contexte épidémiologique et des populations clés et vulnérables

Le Cameroun connaît encore une épidémie de VIH mixte dont la dynamique épidémiologique est importante, tant au sein de la population générale que parmi les populations clés et vulnérables. En 2016, environ 32 000 nouvelles infections du VIH et 29 000 décès liés au sida ont été enregistrés, pour une population d'environ 23,4 millions d'habitants (ONUSIDA, 2017). S'agissant des nouvelles infections au VIH, 53 % touchaient les femmes (15 à 65 ans) et 12,5 % touchaient les enfants des deux sexes (0 à 14 ans). En 2016 également, il a été estimé qu'environ 560 000 personnes vivaient avec le VIH, dont 59 % étaient des femmes et 14 % des enfants.

La même année, la prévalence du VIH chez l'adulte a été estimée de 3,8 % à 2,5 % pour les hommes et à 5,1 % pour les femmes (ONUSIDA, 2017). Les données plus spécifiquement ventilées par âge et par sexe datent de 2011. **La figure 1** ci-après témoigne des différences en termes de prévalence du VIH par âge et par genre pour l'année 2011.

Figure 1 : Prévalence du VIH par âge et par genre (2011)



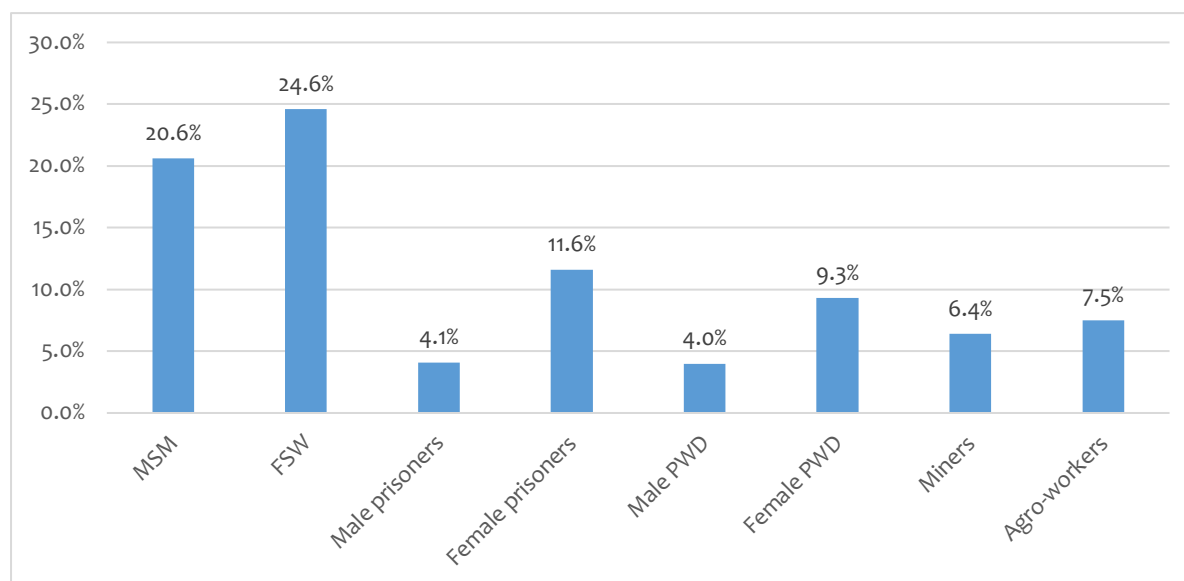
Source : Institut national de la statistique (INS) et ICF International (2012)

Tous âges confondus, la prévalence du VIH était significativement plus élevée pour les femmes que pour les hommes. S'agissant des adolescents et des jeunes âgés de 15 à 24 ans, la prévalence générale atteignait 1,7 %, mais s'élevait à 5 % pour les jeunes femmes. S'agissant de la tranche d'âge des 15-19 ans et des 20-24 ans, on dénombre cinq à six fois plus de filles et de femmes qui ont été infectées que de garçons et d'hommes (2,2 % contre 0,4 % et 3,5 % et 0,6 % respectivement) (INS et ICF, 2012). Des différences similaires transparaissent

également selon les régions. Par exemple, la prévalence du VIH atteignait 8,5 % et 6,5 % chez les adolescentes et les jeunes filles dans les régions du sud et de l'est, respectivement, par comparaison à seulement 1,3 % pour leurs homologues masculins dans les deux régions.

Les données de prévalence du VIH pour d'autres populations clés portent sur différentes périodes et sont issues de différentes sources. La **figure 2** ci-après contient un résumé des informations issues des études, des documents nationaux et des rapports sur le programme afin de fournir une indication générale des tendances de la prévalence.

Figure 2 : Données comparatives sur la prévalence du VIH pour les populations clés et vulnérables



Sources :⁶ Personnes vivant avec un handicap

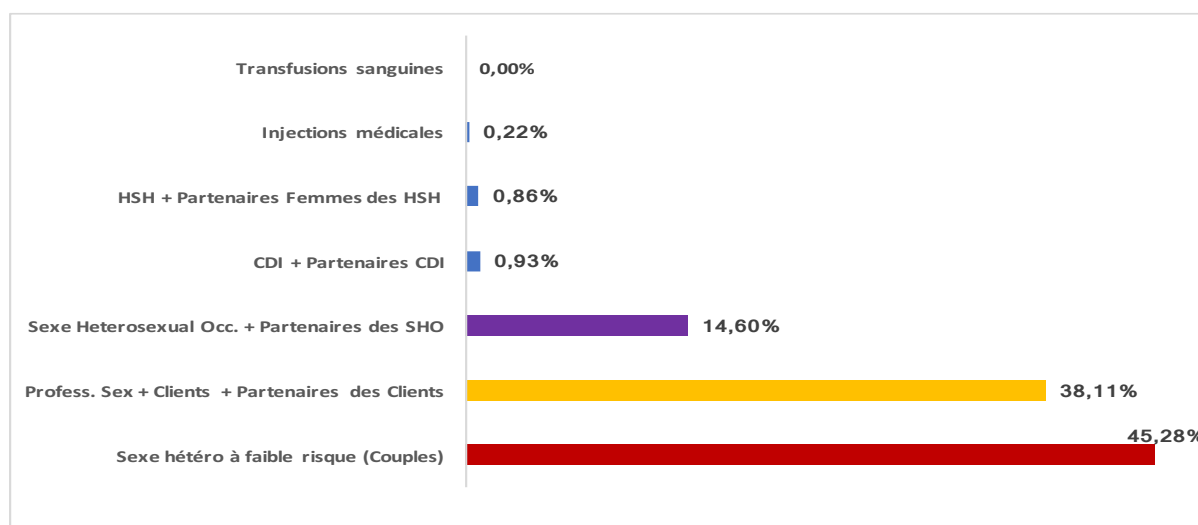
Parmi tous les groupes, la prévalence du VIH était parmi les plus élevées au sein des professionnelles du sexe (il n'existe aucune estimation de prévalence particulière pour les professionnels du sexe masculins), suivi par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En 2016, la prévalence nationale du VIH était de 24,3 % pour les professionnelles du sexe et de 20,6 % pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Toutefois, comme pour les tendances de la prévalence au sein de la population en général, il existait des variations géographiques importantes, de 33 % à Bamenda et 30 % à Douala, à 15 % à Kribi pour les professionnelles du sexe, et de 45 % à Yaoundé et 25 % à Douala, à 3,8 % à Bamenda pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les parties prenantes du pays tentent toujours de comprendre ces variations. En particulier pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, la prévalence du VIH n'a pas changé de manière significative entre 2011 et 2016 à Douala et à Yaoundé (24,2 % par rapport à 25,7 % à Douala, et 43,3 % par rapport à 45,1 % à Yaoundé) (Johns Hopkins University et al., 2017).

⁶ Sources : pour les HSH et les personnes vivant avec un handicap (Johns Hopkins University et al., 2017) ; hommes/femmes vivant avec un handicap (Beudrap et coll., 2017) ; prisonniers de sexe féminin/masculin (GIZ 2013) ; mineurs/travailleurs agricoles (Noeske et coll., 2014).

La prévalence du VIH pour certaines populations clés ou vulnérables est également plus élevée que pour la population en général, notamment les prisonnières,⁷ les femmes vivant avec un handicap, les mineurs et les travailleurs agricoles (Noeske et coll., 2014 ; GIZ, 2013). Les données récentes sur la prévalence du VIH et les comportements vis-à-vis des personnes vivant avec un handicap montrent qu'une vulnérabilité accrue à la violence, y compris la violence sexuelle, des taux élevés de rapports sexuels monnayés axés sur la pauvreté, ainsi que de faibles connaissances sur le VIH et ses risques constituent des facteurs d'augmentation de la prévalence du VIH parmi les femmes vivant avec un handicap (De Beudrap et coll., 2017).

Une analyse des modes de transmission a été réalisée en 2013. La **figure 4** ci-après en résume les résultats :

Figure 4 : Résultats relatifs aux modes de transmission pour l'année 2013 (CNLS, 2014)



HSH = hommes ayant des relations sexuelles avec hommes ; CDI = consommateurs de drogues injectables ; SHO = sexe hétérosexuel occasionnel.

Il est estimé qu'environ 40 % de toutes les nouvelles infections en 2013 touchaient les populations clés, et majoritairement des professionnelles du sexe, leurs clients et leurs partenaires. La part la plus élevée, 45 %, concernait les partenariats hétérosexuels stables. Pour effectuer les estimations de nouvelles infections du VIH, les estimations de taille de la population ont servi de paramètre. Selon les informateurs clés, l'estimation de la taille de la population pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en 2013 était extrêmement faible, 7 000 à l'échelle nationale. Le nombre de nouvelles infections dans ce groupe serait sous-estimé. En outre, la méthode d'analyse des modes de transmission ne prend pas en compte les chevauchements entre les groupes, tels que le nombre d'hommes engagés dans une union hétérosexuelle stable qui seraient également clients de professionnelles du sexe ou des partenaires occasionnels d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Enfin, il n'existe aucune donnée de prévalence du VIH pour les personnes transgenres ou les consommateurs de drogues injectables. S'agissant de la consommation de drogues, il est important de noter que, selon les récentes enquêtes de SBCI relatives aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux professionnels du sexe (hommes et femmes), 9 %

⁷ Les estimations de prévalence pour les prisonnières découlent des données programmatiques sur le dépistage du VIH dans 10 prisons (8 prisonnières sur les 69 ayant accepté le dépistage se sont avérées être séropositives). Ces chiffres doivent donc être interprétés avec prudence. Le rapport ne contient aucune analyse de l'origine de l'augmentation de la prévalence (GIZ 2013).

des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes participant à l'enquête avaient consommé une substance injectable, et 45,8 % d'entre eux ont indiqué avoir partagé des aiguilles. Parmi les professionnelles du sexe, 2 % d'entre elles ont consommé des substances injectables (non définies dans les résultats de l'étude) et 16 % d'entre elles ont indiqué avoir partagé des aiguilles. La consommation à vie des drogues « illicites » (non définies dans les résultats de l'étude) au Cameroun concernait 31,9 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et 59,6 % des professionnelles du sexe participant à l'enquête. Enfin, 16,8 % de professionnelles du sexe et 5,7 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont indiqué avoir eu des partenaires sexuels qui consommaient de la drogue (Johns Hopkins University et al., 2017). Les informateurs clés travaillant avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des professionnelles du sexe et des consommateurs injectables estimaient que la consommation de drogue injectable avait augmenté parmi ces groupes (EIC, avec HSH, PS et CDI dirigeants d'OSC, mai-juin, 2017).

Dans l'ensemble, lorsque les données sont disponibles, la prévalence du VIH est substantiellement plus élevée parmi les groupes de populations clés, particulièrement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnelles du sexe, par rapport aux tendances de la population en général. En plus des faibles accès et recours aux services de lutte contre le VIH, tel qu'examiné ci-après, la situation au Cameroun pour les populations clés s'agissant du VIH est toujours préoccupante.

Tendances actuelles concernant l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH

La couverture et le recours aux principaux services de lutte contre le VIH sont globalement faibles au Cameroun. En 2014, par exemple, soit la dernière année pour laquelle les données sont disponibles, bien que 88 % des hommes et 83 % des femmes savaient où obtenir un dépistage du VIH, seuls 22 % et 25 % respectivement, en avait effectué un au cours des 12 derniers mois. S'agissant des adolescents et des jeunes, 30,7 % des femmes sexuellement actives et 22,5 % des hommes avaient bénéficié d'un dépistage du VIH au cours de la même période.

En 2016, il était estimé que 58 % de l'ensemble des adultes et des enfants vivant avec le VIH avaient connaissance de leur statut (ONUSIDA, 2017). La couverture du traitement d'antirétroviraux a atteint 37 % de l'ensemble de la population vivant avec le VIH, dont 38 % de l'ensemble des adultes et 18 % de l'ensemble des enfants. La couverture de traitement était supérieure pour les femmes (42 %) que pour les hommes (32 %) (ibid.). Parmi toutes les personnes sous antirétroviraux, 52 % avaient une charge virale indétectable, sur la base d'un taux de couverture de 14 % pour la mesure de la charge virale (ibid.). La couverture du programme de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTVME) atteignait 74 % au cours de la même année (Spectrum Estimates ONUSIDA, 2017). Les derniers résultats de l'analyse de cohorte datent de 2015 et indiquaient un taux de rétention de seulement 60 % après 12 mois sous antirétroviraux (CNLS, 2016).

S'agissant des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des professionnelles du sexe, les données sont plus limitées. En 2016, pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 72,5 % avaient déjà bénéficié d'un dépistage du VIH dont 93 % connaissent les résultats ; et 55 % d'entre eux l'avaient effectué au cours des 12 mois. Parmi les 13 % des participants à l'étude qui s'étaient dits vivant avec le VIH, 97 % étaient alors sous antirétroviraux. Toutefois, il est très important de faire remarquer que 60 % des participants dont les résultats du dépistage étaient positifs (données anonymes sur le dépistage du VIH)

avaient indiqué dans le questionnaire qu'ils s'estimaient séronégatifs. Les résultats témoignent donc de l'absence importante de recours au dépistage du VIH pour cette catégorie de population.

Parmi les professionnelles du sexe, les résultats de 2016 étaient généralement similaires, avec un recours accru au dépistage du VIH. Parmi les participants à l'étude, 92 % avaient déjà bénéficié d'un dépistage du VIH et ils en connaissaient presque tous (97 %) les résultats ; 60 % des participants avaient bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois. Parmi les 15 % des personnes ayant indiqué vivre avec le VIH, 81 % d'entre elles avaient indiqué avoir commencé un traitement antirétroviral et étaient toutes encore sous traitement. Cependant, 48 % des participants séropositifs avaient indiqué qu'ils pensaient être séronégatifs. Le résultat semble donc en contradiction avec le fait que le taux élevé des participants ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et pensant connaître leur statut.

Il n'existe pas d'autres données actualisées sur l'accès et les recours aux services pour les populations clés et vulnérables. Il conviendrait de se pencher sur cette situation afin de déterminer plus précisément l'étendue des défaillances dans la fourniture de services et les progrès qui pourraient être réalisés afin d'y remédier en éliminant les obstacles liés aux droits humains et au genre.

Aperçu du contexte du pays pertinent en termes de droits humains – obstacles liés aux services de lutte contre le VIH

Les résultats détaillés sous la présente section contiennent une description du contexte national du Cameroun s'agissant des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH. Ils portent sur les questions juridiques, politiques et stratégiques et contiennent des considérations d'ordre général quant au contexte politique et socioculturel des populations clés et vivant avec le VIH. Bien que les groupes de populations clés et leurs problèmes en matière de droits humains et de genre soient reconnus dans un certain nombre de documents publics clés relatifs au VIH, le contexte juridique et socioculturel plus large reste généralement répressif pour ces groupes et constitue toujours une entrave au nombre croissant d'activités visant à améliorer l'accès et le recours aux services du VIH par ces personnes.

Cadre juridique pour les droits humains en lien avec le VIH

Les droits des citoyens camerounais sont définis dans la Constitution (République du Cameroun, 1996). Bien que le droit à la santé ne soit pas spécialement traité dans la Constitution, le Gouvernement du Cameroun affirme s'engager de manière générale dans la lutte pour ce droit et fait état d'efforts dans ce sens en faveur de ses citoyens (Ministère de la justice, 2016).

Le Gouvernement du Cameroun a signé, ratifié ou adhéré à 42 conventions ou traités internationaux, parmi lesquels tous les principaux instruments relatifs aux droits de l'homme des Nations Unies, ainsi que ceux qui sont applicables dans les États africains au titre de l'Union africaine (Ministère de la justice, 2016). Selon les rapports remis au Conseil des droits de l'homme des Nations Unies et à la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (ACHPR), le pays a réalisé des progrès lents, mais constants, dans l'intégration de ses engagements régionaux et internationaux dans sa législation, ses politiques et ses pratiques (ACHPR, 2013 ; Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, 2013). À l'heure actuelle, le Ministère de la justice met en place un *Plan d'action national de promotion et de protection des droits de l'homme (2015-2019)* dans le but d'accélérer sa progression et de traiter les

préoccupations soulevées par ces entités (Ministère de la justice, 2015). Néanmoins, ce plan ne prévoit pas de dispositions visant à traiter spécifiquement les populations clés touchées par l'épidémie du VIH.

Certaines lois spécifiques régissent la fourniture de services de santé, y compris l'obligation des agents de santé de fournir des services à ceux qui en ont besoin (article 2 du *Décret n° 83-166 du 12 avril 1983 portant code de déontologie des médecins*) et prévoient des sanctions pour ceux qui refusent de s'y plier (article 140 du *Code pénal*). Toutefois, il ressort de l'évaluation qu'il n'existe aucune instance spécifique où des actions en justice ont été engagées au titre de ces dispositions et que ces dispositions n'ont pas été interprétées dans le contexte d'un refus de fournir des services médicaux à des groupes de populations clés.

Outre un cadre juridique général relatif au système de santé (*loi n° 96/03 du 4 janvier 1996 portant loi-cadre dans le domaine de la santé*) qui, en son article 4, prévoit la création de programmes dans le but de lutter contre « les grandes épidémies », y compris le VIH, la tuberculose et le paludisme, et la décision du Cabinet de 2002 prévoyant la création de mécanismes de coordination nationale pour ces trois maladies, y compris le CNLS, il n'existe aucun autre instrument juridique spécifique au VIH au Cameroun. À ce sujet, les informateurs clés expriment des points de vue contrastés. Certains estiment les instruments juridiques spécifiques au VIH non nécessaires (EIC avec les avocats des droits de l'homme, juin 2017). D'autres ne cessent d'insister sur le besoin d'une législation ou d'un cadre juridique spécifique qui protégerait les droits des personnes vivant avec le VIH (EIC avec l'ONUSIDA, et les réseaux de PVVIH, mai-juin, 2017).

S'agissant des dispositions spécifiques à la population qui permettent d'accéder directement ou indirectement aux services de lutte contre le VIH, les éléments suivants ressortent de l'évaluation :

- **Population carcérale :** Les dispositions réglementaires et juridiques régissant la gestion des prisons, ainsi que le traitement des personnes en détention provisoire, stipulent que le Ministère de la justice est en charge de la fourniture d'un accès aux services de santé aux détenus, soit au sein de l'établissement pénitentiaire ou dans des installations publiques adjacentes (articles 32 et 33 du *Décret n° 92-052 du 27 mars 1992 portant régime pénitentiaire au Cameroun* ; et articles 122 et 123 du *Code de procédure pénale*).
- **Consommateurs de drogues injectables :** Bien que le contexte juridique relatif à la consommation de drogue soit très normatif et assez répressif, il existe une disposition, l'article 113 de la *loi n° 97-019 du 7 août 1997 Code des drogues, sur la condamnation pénale qui permet à un accusé de choisir de se soumettre à un programme de traitement de la toxicomanie en remplacement de la peine proposée, ou dans le but de la réduire (toutefois, selon les informateurs clés, ces possibilités sont uniquement proposées dans un centre de Yaoundé)*.
- **Personnes vivant avec un handicap :** Les droits des personnes vivant avec un handicap au Cameroun sont régis par la *loi n° 2010/002 du 13 avril 2010*. Parmi les nombreuses dispositions, la loi leur garantit l'accès à l'ensemble des espaces et services publics, services de santé inclus. L'article 7 précise également que l'État doit prendre des mesures pour protéger ce groupe de maladies épidémiques. Toutefois, il ne contient aucune mention spécifique du VIH ou de la tuberculose. L'article 46 dispose que le refus des services à une personne vivant avec un handicap est un délit.

- **Réfugiés et demandeurs d’asile :** Le Cameroun, selon sa législation et dans le cadre de sa participation aux cadres internationaux et régionaux pour la protection des réfugiés et des demandeurs d’asile, fournit un accès aux services de santé à ces groupes, à la fois lorsqu’ils sont en attente de la détermination de leur statut et une fois qu’ils ont reçu l’asile (article 8 de la *loi n° 2005/006 du 27 juillet 2005 portant statut des réfugiés au Cameroun*). Il n’a pas été possible de déterminer, au cours de l’évaluation, la manière dont ces dispositions s’appliquent dans le contexte de l’accès aux services de lutte contre le VIH ou la tuberculose.
- **Orphelins et autres enfants vulnérables :** Le Cameroun dispose d’un certain nombre de lois qui visent à protéger les enfants, y compris les enfants vulnérables (un enfant est défini comme une personne de moins de 18 ans). Parmi ces lois se trouvent la scolarisation jusqu’à 14 ans, la prévention du travail des enfants, la prévention du trafic d’enfants, le traitement spécial des enfants en cas de conflit avec la loi et des dispositions relatives à la protection de l’État des enfants orphelins et relatives au soutien étatique pour les services sociaux et de santé. Selon les informateurs clés, la capacité de l’État à véritablement faire appliquer ces lois pose toutefois problème.
- **Adolescents et jeunes, y compris adolescentes et jeunes femmes :** Le cadre juridique régissant leur protection est à la fois vaste et contradictoire. S’agissant de la protection, outre les dispositions de protection des enfants susmentionnées, l’âge de la capacité juridique reste à 21 ans dans le pays et le Code pénal contient des dispositions interdisant les relations sexuelles avec des mineurs, particulièrement ceux âgés de 16 à 21 ans. Selon de dernier amendement du Code pénal, le mariage forcé (celui des enfants inclus), la mutilation génitale féminine et le repassage des seins sont érigés en infraction. Toutefois, la portée de la mise en œuvre réelle de ces dispositions à l’échelle du pays reste limitée.

Politiques, stratégies et orientations liées au VIH

Lancés en 2011, les plans stratégiques nationaux (PSN) sur le VIH ont commencé à traiter explicitement les besoins des populations clés et vulnérables, y compris des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des professionnelles du sexe, des consommateurs de drogues injectables et des prisonniers, et incluent un accent sur les interventions ciblées dirigées par les principes d’égalité des genres, le respect des droits de l’homme et l’accès sans obstacle aux services de santé (CNLS, 2010; Mossus-Etounou et coll., 2016). L’accent sur ces points était plus important encore dans les PSN de 2014-2017 (CNLS, 2013).⁸ Les facteurs ayant entraîné ces modifications comprennent avant tout un plaidoyer durable des groupes de populations clés, les résultats des premières enquêtes SBCI effectuées auprès des professionnelles du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes effectuées en 2010-2011, et l’influence du Fonds mondial, du PEPFAR et des partenaires de développement (EIC avec des OSC, mai-juin 2017).

Dans le PSN de 2014-2017, l’accent portait plus sur les aspects des droits humains entravant les activités de lutte contre le VIH pour ces groupes. Ci-après, des exemples de ce que comprennent les priorités stratégiques :

⁸ À mesure que l’évaluation arrivait à sa conclusion, le pays avait lancé une procédure d’élaboration d’un nouveau OSN pour 2018-2022. Les éléments en lien avec les obstacles liés aux droits humains et au genre sont étudiés dans la **section 4.4.1** ci-après.

- renforcement des capacités des établissements de santé (publics, privés et confessionnels) dans le but du respect des droits humains des personnes vivant avec le VIH ;
- réduction du rejet social et de la discrimination des agents de santé à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés ;
- renforcement des capacités des secteurs juridiques et judiciaires ainsi que des médias sur les instruments nationaux et internationaux qui protègent le droit des populations clés à accéder aux services de santé ;
- renforcement des capacités de la Commission nationale des droits de l'homme et des libertés (CNDHL) et d'autres entités juridiques afin de protéger et de promouvoir les droits des populations clés à accéder aux services de santé ; et
- renforcement des capacités des populations clés et des organisations de la société civile (OSC) à défendre et à protéger leurs droits aux services de santé.

Ces interventions et engagements représentaient d'importants progrès par rapport aux précédents PSN en termes de reconnaissance, par le gouvernement, de la question des droits humains pour les populations dans la fourniture de services de lutte contre le VIH. Toutefois, le passage de l'engagement à l'action reste un défi. Bien que les progrès fussent à l'origine limités, depuis 2016, l'impulsion a été donnée plus encore sur certains éléments, particulièrement l'élargissement des services de lutte contre le VIH et la réduction du rejet social et de la discrimination dans ces milieux pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnelles du sexe (ONUSIDA et coll., 2016 ; Nemande, 2017 ; voir également **section 4.4** ci-après). Les résultats de l'évaluation récemment terminée du PSN 2014-2017 indiquent que le progrès principal tenait du soutien des partenaires externes et malheureusement pas du gouvernement (MINSANTE, 2017).

Comme fait remarquer précédemment, bien que les consommateurs de drogues injectables soient inclus en tant que groupe de population clé dans PSN, le document ne comprenait aucune action visant soit à fournir des services spécifiques, soit à inclure ce groupe dans des activités plus larges visant à améliorer la protection des droits humains. Au cours de l'évaluation de la composante du travail sur le terrain, Comité national de lutte contre les drogues (CNLD) a fait part d'une réglementation approuvée en 2015 visant la création de *centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie* dans des hôpitaux de référence désignés.⁹ Entre autres dispositions, la réglementation met en évidence une approche multidisciplinaire du traitement de toxicomanie. En son article 10, elle permet également la création d'autres unités spécialisées à la discrétion du Ministère de la santé. Du point de vue du CNLD, cette réglementation pourrait à l'avenir permettre l'introduction d'approches de réduction des risques, mais aucun plan spécifique n'a été élaboré ou adopté. Au moment de l'évaluation, toutefois, mis à part à Yaoundé, aucun centre n'a été créé dans le pays comme le prévoyait la réglementation, principalement en raison du manque de financement, selon le CNLD.

Il existe un certain nombre de politiques et de stratégies relatives à l'accès aux services en faveur des adolescents et des jeunes, y compris les adolescentes et les jeunes femmes. Outre le contenu des PSN (interventions de prévention ciblées, PTVME et services destinés aux

⁹ Les composantes spécifiques des soins et du traitement n'étaient pas définies. L'approche actuelle est principalement axée sur la désintoxication.

adolescents, par exemple), il existe des politiques et des orientations sur la fourniture de services de santé destinés aux adolescents, bien que cette dernière soit restreinte pour les préservatifs, par exemple. En effet, il est interdit de distribuer des préservatifs dans les écoles et les discussions sur les préservatifs ne sont pas autorisées dans les programmes de santé scolaire pour les étudiants de moins de 16 ans [EIC avec MINSANTE, Division de la santé familiale (DSF) et UNFPA, mai-juin 2017].

Contexte politique et social pour la riposte nationale contre le VIH

Le CNLS dirige la riposte nationale contre le VIH au Cameroun. Les informateurs clés ont des points de vue très variés sur l'efficacité du CNLS et la majorité d'entre eux exprime ses inquiétudes sur le fait que cette entité était de moins en moins en mesure de diriger et de coordonner une riposte efficace contre le VIH au niveau national et régional. Si le financement pour la riposte contre le VIH est un indicateur de l'engagement et de la capacité à diriger du gouvernement, il est important de faire remarquer qu'en 2013, dernière année pour laquelle des données complètes sont disponibles, sur une dépense de 60 millions de dollars US, 70 % étaient financés par des sources externes, comprenant le Fonds mondial (22 %), le PEPFAR (23 %) et d'autres partenaires bilatéraux et multilatéraux (26 %) (CNLS, 2014).

Le contexte sociopolitique plus large pour la riposte nationale contre le VIH et pour la promotion et la protection des droits humains en général représente toujours un défi au Cameroun. Parmi une population de 23 millions d'habitants, 42 % sont âgés de moins de 15 ans et 60 % de moins de 25 ans (PNUD, 2016). Cinquante-cinq pour cent de la population vivent dans des zones urbaines. Des tensions ethniques et linguistiques entre les groupes et régions anglophones et francophones tourmentent toujours le pays, ce qui entraîne notamment des interruptions de la prestation de services publics, y compris des soins de santé dans certaines régions. Les frais de prise en charge constituent le principal mode de financement des services de santé au Cameroun. Malgré les politiques du Ministère de la santé qui prévoient des tarifs standard pour tous les services, ces politiques ne sont toujours pas suivies par les agents de santé et il existe une pratique consistant soit à demander (de la part des agents de santé) soit à offrir (de la part des utilisateurs du système de santé) des paiements supplémentaires pour la prestation de services. Cela dissuade une part significative des personnes et des familles de chercher un accès opportun aux services de santé, y compris ceux liés au VIH (EIC avec les partenaires techniques, mai 2017).

Le Cameroun fait respecter et applique ses engagements intérieurs, régionaux et internationaux envers les normes de droits humains dans ses affaires internes de manière incohérente et parfois controversée [Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP), 2016 ; Amnesty International, 2016 ; Département d'État américain, 2016]. Selon les résultats de l'étude documentaire et les informateurs clés, y compris ceux issus de populations clés et d'organisations de femmes, les défis des droits humains, aussi diverses que soient leurs formes, sont toujours bien présents au sein de la société camerounaise, principalement en raison des actions gouvernementales. Ils comprennent les arrestations et la détention arbitraire et sans jugement, la violence physique et sexuelle perpétrée par les services en uniforme, les conditions inhumaines de détention, l'absence de protection des enfants contre l'exploitation et les abus physiques et sexuels, et plus récemment le rapatriement involontaire de réfugiés (Advocates for Human Rights et CAMFAIDS, 2016 ; Advocates for Human Rights, 2014 ; Advocates for Human Rights et al., 2013 ; Institute on Statelessness, 2016 ; Humanity First et Alternatives-Cameroun, 2016).

Dans ce contexte inquiétant, s'agissant de la fourniture de services de lutte contre le VIH, l'engagement à répondre aux besoins de la plupart des populations clés, à l'exception des consommateurs de drogues injectables, s'améliore au Cameroun. Toutefois, comme indiqué dans les sections suivantes, un certain nombre d'obstacles et de défis existent toujours pour ces groupes qui les empêchent de bénéficier pleinement de ce que le gouvernement et les autres tentent d'atteindre.

Obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH et la rétention dans ces services.

Aperçu

Les résultats de la présente section viennent étoffer les informations issues de l'étude documentaire ainsi que les résultats du travail sur le terrain. Ils illustrent le fait que, s'agissant des services de lutte contre le VIH, il existe un nombre important d'obstacles liés aux droits humains et au genre pour tous les groupes inclus dans l'évaluation qui sont les plus importants pour les populations clés, particulièrement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables et les prisonniers.

Rejet social et discrimination et accès aux services de santé

Le rejet social et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables restent monnaie courante au Cameroun, même si l'on constate des différences selon ces groupes, y compris sur la manière donc cela affecte l'accès aux services du VIH.

La dernière enquête sur l'indice de stigmatisation des PVVIH a été effectuée en 2013 (RÉCAP+ et GNP+, 2013). Il y apparaît que, bien que les personnes vivant avec le VIH font face à un important rejet social dans leurs environnements personnels et sociaux, ils ne connaissent généralement pas de rejet social ni de discrimination dans l'accès aux services de lutte contre le VIH (EIC avec les OSC de PVVIH, mai-juin 2017). Toutefois, l'importance du rejet social communautaire lié au VIH influence de manière négative le recours au dépistage du VIH et à d'autres services pour les personnes vivant avec le VIH, à la fois celles qui connaissent leur statut et celles qui ne le connaissent pas. Comme mis en évidence par l'étude documentaire et confirmé par les informateurs clés, la situation socioculturelle en lien avec le VIH reste toutefois négative (RÉCAP+ et GNP+, 2013 ; EIC avec les représentants de PVVIH, juin 2017). Selon les données de 2014, par exemple, seuls 18 % des hommes adultes et 14 % des femmes adultes au Cameroun indiquaient accepter ce comportement vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH (INS, MINSANTE, UNICEF, 2015). Peu d'éléments suggéraient que la situation avait évolué.

Par conséquent, selon de nombreux informateurs clés, les personnes vivant avec le VIH rencontrent toujours des obstacles lorsqu'elles se présentent en vue d'un dépistage ou de l'accès au traitement du VIH, car elles craignent de connaître leur statut VIH et de le voir divulguer par inadvertance dans leur environnement personnel et communautaire (EIC avec RECAP+, SUNAIDS et d'autres représentants de PVVIH pendant le travail sur le terrain, mai-juin 2017). Les informateurs clés ont fait remarquer qu'au vu de la faible couverture des services de lutte contre le VIH au Cameroun, particulièrement le traitement du VIH, la riposte nationale ne s'attelle pas efficacement au rejet social lié au VIH au sein des communautés, et particulièrement à l'autostigmatisation.

Au sein des sous-groupes des personnes vivant avec le VIH, les cas de rejet social et de discrimination et leurs conséquences sur l'accès aux services diffèrent. Les personnes vivant avec le VIH issues du secteur militaire, par exemple, évoquent des politiques et des pratiques qui les isolent de leurs collègues et alimentent les comportements et les pratiques de rejet social dans le cadre de leurs missions et de leurs tâches, par exemple, ils ne sont pas déployés pour des missions externes. Le dépistage du VIH est obligatoire avant de s'engager dans l'armée et les personnes dont le résultat est positif ne peuvent la rejoindre. Cette exclusion contribue à une atmosphère générale d'intolérance et de déni pour les militaires qui contractent le VIH après leur engagement. Des informateurs clés, y compris des personnes vivant avec le VIH, ont indiqué que nombre de personnes cachaient leur statut par crainte de conséquences négatives sur leur carrière. Ils ont également témoigné d'un non-respect du secret médical et du fait que les personnes vivant avec le VIH souffraient parfois d'un traitement discriminatoire ou abusif au sein des services de santé, particulièrement de la part du personnel pharmaceutique dans certains cas (EIC avec PVVIH des services de l'armée ; EIC avec ACMS ; mais 2017).

Pour d'autres populations clés ou vulnérables, la situation est plus difficile. Les attitudes dominantes vis-à-vis des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont très négatives dans tout le pays. En effet, nombreux sont ceux qui font face au rejet social, à la discrimination et à la violence en raison de leur orientation sexuelle et de leur genre (Humanity First et Alternatives-Cameroun, 2016 ; ONUSIDA et coll., 2016 ; Nemande, 2017 ; EIC avec dirigeants d'OSC de HSH, mai 2017). L'« homophobie politique » (l'utilisation de l'homosexualité par les politiques comme une « menace » pour la société camerounaise) et l'homophobie cautionnée au niveau culturel et religieux (la caractérisation de l'homosexualité comme étant immorale ou une influence occidentale ou de « blancs ») sont toujours d'actualité au Cameroun et sont source d'abus, de violence et de harcèlement verbaux et physiques constants (EIC avec dirigeants d'OSC de HSH et de défenseurs des droits de l'homme, et des avocats des droits de l'homme, mai-juin 2017 ; Humanity First et Alternatives-Cameroun, 2016 ; Advocates for Human Rights et CAMFAIDS, 2016 ; ONUSIDA et coll., 2016 ; Nemande, 2017). Les observatoires et les mécanismes de rapports gérés par les organisations LGBT, y compris la plateforme UNITY, enregistrent sans cesse de tels événements (Advocates for Human Rights et CAMFAIDS, 2016 ; Humanity First et Alternatives-Cameroun, 2016 ; Johns Hopkins University et al., 2017). Bien que les informateurs clés estimaient que les cas de rejet social, de discrimination ou de violence avaient diminué ces 2 ou 3 dernières années, ils ont toutefois fait remarquer que les principaux risques ou facteurs des comportements et croyances négatifs vis-à-vis des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étaient toujours présents, et incluaient notamment les lois pénales et les dirigeants politiques, religieux et culturels homophobes, ce qui signifie que toute amélioration ne pouvait pas être considérée comme permanente (Advocates for Human Rights et CAMFAIDS, 2016 ; Humanity First et Alternatives-Cameroun, 2016 ; ONUSIDA et coll., 2016 ; Nemande, 2017 ; EIC avec dirigeants d'OSC de HSH, des défenseurs des droits de l'homme, et autres, mai-juin 2017).

Dans un tel contexte, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes hésitent à solliciter les services de santé, y compris des services de lutte contre le VIH, par crainte de voir leur identité dévoilée ou de subir une forme de rejet social ou un traitement hostile. Ces faits ressortent des dernières données d'enquête (Johns Hopkins University et al., 2017). La plupart des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne renseignent pas leur identité sexuelle aux agents de santé. En 2016, seuls 8 % l'avaient fait. Par conséquent, peu nombreux

sont ceux qui se sont vu spécifiquement refuser des services de santé ou ont vécu des expériences négatives en raison de leur statut d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Parmi l'ensemble de l'échantillon étudié dans l'enquête de 2017, 5 % s'étaient vu refuser des services de lutte contre le VIH ou d'autres services de santé sexuelle et reproductive et 8 % avaient subi de mauvais traitements (Johns Hopkins University et al., 2017). Les résultats différaient sensiblement selon les régions où l'enquête avait été menée et les rapports de problèmes étaient bien moins nombreux dans les villes où des organisations HSH étaient plus actives (Douala et Yaoundé, par exemple). Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui hésitaient à se rendre dans des établissements de santé craignaient de voir leur orientation sexuelle dévoilée sans leur consentement. En 2016, 13 à 14 % des HSH exprimaient ces inquiétudes (ibid.).

Bien qu'elles fassent face des niveaux importants de rejet social, de discrimination et de violence, les professionnelles du sexe ont relevé peu d'obstacles au recours aux services de santé, principalement parce qu'elles estimaient non nécessaire de dévoiler leur statut de professionnelles du sexe pour bénéficier d'une assistance (EIC avec Horizons Femmes et Renata, mai 2017). Selon les données d'enquête, en 2016, seuls 14 % d'entre elles avaient révélé leur statut de professionnelles du sexe et, parmi tout l'échantillon, seul 1 % avait indiqué s'être vu refuser des services de santé, tandis que 4 à 6 % avaient entendu des remarques discriminatoires ou avaient subi de mauvais traitements (Johns Hopkins University et al., 2017). Solliciter des services en vue de traiter des violences physiques ou sexuelles s'avérait plus compliqué, particulièrement parce qu'elles étaient peu nombreuses à s'attendre à ce que quelque chose de concret soit fait pour elles (Deker et coll. 2016 ; GR avec des représentants des PS, Douala, juin 2017).

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou les professionnelles du sexe vivant avec le VIH vivent en outre des situations de rejet social, particulièrement d'autostigmatisation. Des données d'enquête récente montrent qu'ils sont peu enclins à dévoiler leur statut VIH, même dans leur environnement personnel. Par exemple, seuls 29 % des professionnelles du sexe vivant avec le VIH avaient dévoilé leur statut à leurs partenaires réguliers qui ne les payaient pas. S'agissant des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH, 50 % d'entre eux avaient dévoilé leur statut à leurs partenaires réguliers et 20 % à leurs partenaires occasionnels (Johns Hopkins University et al., 2017). Les informateurs clés ont confirmé ces informations et y ont apporté des explications différentes. Les professionnelles du sexe vivant avec le VIH s'inquiétaient clairement pour leur emploi dans le cas où leur statut VIH serait dévoilé, y compris des réactions et des conséquences négatives d'autres professionnelles du sexe qui pourraient cancaner et dévoiler leur statut sans leur consentement. Elles craignaient également le rejet et l'abandon dans leur vie privée, pour elles et pour leurs enfants (GR avec des représentants des PS, Douala, juin 2017).

Quant aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH, ils étaient nombreux à avoir vécu des réactions négatives de la part d'amis et de partenaires sexuels, principalement parce que le VIH restait grandement stigmatisé au sein des réseaux sociaux HSH, malgré les efforts de longue date de certaines OSC à l'initiative de HSH qui visaient à changer cette vision (GR avec les représentants des PVVIH HSH, Douala et Yaoundé, juin 2017). Ils avaient été socialement exclus, avaient fait l'objet de ragots, avaient vu leur statut dévoilé sans leur consentement et étaient rejetés par leurs amis et leurs partenaires. Bien qu'ils reconnaissent que dévoiler leur statut VIH, même dans des réseaux sociaux relativement fermés, aiderait à lutter contre le rejet social lié au VIH, nombre d'entre eux pensaient que les risques personnels et professionnels étaient trop importants pour le faire

(EIC avec dirigeants d'OSC HSS ; GR avec les représentants des PVVIH HSH à Douala et à Yaoundé, mai-juin 2017). Les organisations de la société civile de HSH sont également victimes de rejet social et réputées travailler uniquement pour les personnes vivant avec le VIH. Les hommes ne participent pas aux programmes ni ne recourent aux services fournis par les organisations car ils craignent, si on les y voit, que les autres pensent qu'ils sont séropositifs (EIC avec dirigeants d'OSC HSH, mai 2017).

Selon les informateurs clés, y compris les représentants de personnes transgenres, ces dernières subissent toujours d'importants rejet social, discrimination et violence, en particulier les femmes transgenres (EIC avec dirigeants d'OSC HSH, mai 2017 ; GR avec des représentants de personnes transgenres, mai 2017). Nombre d'entre elles vivent dans une situation d'isolement profond et ne souhaitent pas se rendre dans des services de santé où elles sont maltraitées et humiliées. En outre, la plupart refusent de contacter des organisations de la société civile offrant des services en faveur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, car elles estiment que leurs besoins ne pourraient pas y être compris ou satisfaits. Les hommes transgenres font face aux mêmes obstacles s'agissant de leurs besoins en matière de santé.

S'agissant des consommateurs de drogues injectables, les connotations sociales et morales de la consommation de drogue sont négatives au Cameroun, particulièrement pour la consommation de drogues injectables. Il existe peu de services de soutien pour les consommateurs de drogues injectables, même au sein des organisations de la société civile qui travaillent avec les populations clés, cela signifie que seul un nombre limité de groupes travaillent sur les obstacles que sont le rejet social et la discrimination, à la fois au niveau sociétal et parmi les consommateurs de drogues injectables. En raison de la criminalisation, les réseaux de CDI sont fermés et secrets et les actions liées au VIH ne les atteignent pas facilement. Les prestataires de services, même ceux en faveur des populations clés, ne comprennent et n'ont que trop peu de connaissances sur les consommateurs de drogues injectables (EIC avec OSC travaillant avec les CDI, juin 2017).

Selon les informateurs clés, d'autres groupes qui font face au rejet social et à la discrimination liés au VIH comprennent les prisonniers, les adolescents vivant avec le VIH et les orphelins et les enfants vulnérables vivant avec le VIH. Même si le Ministère de la justice continue de déployer des services de lutte contre le VIH et la tuberculose dans les prisons, ces derniers ne sont toujours pas disponibles dans toutes les prisons (EIC avec la Sous-direction Santé pénitentiaire et des OSC soutenant les programmes de lutte contre le VIH dans les prisons, mai 2017 ; GIZ, 2013). Comme dans le monde extérieur, dans l'environnement de la prison, le VIH est toujours associé à des comportements perçus négativement, comme l'homosexualité et la consommation de drogues. Dès lors, les prisonniers cachent leur statut VIH. Les services de santé pénitentiaires ne respectent pas suffisamment la vie privée et la confidentialité et les informateurs clés ont fait part de leurs craintes et d'exemples réels où le statut VIH d'une personne avait été communiqué sans son consentement (EIC avec OSC soutenant les programmes de lutte contre le VIH dans les prisons, mai 2017).

Les adolescents et les très jeunes vivant avec le VIH appliquent l'autostigmatisation et craignent de voir leur statut VIH révélé au grand jour. Ils vivent également dans l'isolement, ce qui entraîne des obstacles psychologiques, y compris la dépression [EIC MINSANTE (DSF) et OSC travaillant avec des adolescents et des jeunes, y compris des PVVIH, mai-juin 2017]. Les orphelins et les autres enfants vulnérables qui sont séropositifs luttent pour accéder aux services de lutte contre le VIH et pour y rester, car il leur est difficile de trouver des adultes qui les accompagnent dans les centres. La négligence des besoins de ces enfants s'expliquerait par

le rejet social de ces enfants en raison de leur statut VIH et par le fait que leurs parents sont décédés du sida (EIC avec KidAids et CRS, mai 2017).

Les données rassemblées sur le rejet social et la discrimination réelles ou anticipées, soit dus au statut VIH soit dus à d'autres statuts sociaux, et sur la violence et les abus qui vont de pair révèlent qu'ils constituent de sérieux obstacles pour tous les groupes voulant connaître et acceptant leur statut VIH et, par la suite, recherchant des services de lutte contre le VIH et s'y tenant.

Lois, politiques et pratiques répressives

Comme susmentionné, bien que la Constitution du Cameroun prévoie un engagement envers les droits humains pour l'ensemble des citoyens, certaines populations clés et vulnérables font face à des lois, des politiques et des pratiques répressives. Les lois répressives qui limitent l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH pour ces groupes incluent notamment :

- S'agissant des **hommes homosexuels et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes** (ainsi que des lesbiennes et des personnes transgenres), l'article 347 du Code pénal érige en infraction les relations sexuelles entre les personnes de même sexe. Les sanctions sont renforcées si l'un des participants est mineur. Ces dispositions n'ont pas été modifiées lors de l'adoption de la révision du Code pénal en 2016. En outre, en 2010, une nouvelle loi en matière de cybercriminalité a été entérinée, contenant des dispositions qui érigent en infraction la communication électronique à des fins de contact sexuel entre personnes du même sexe. D'autres sanctions sont prévues si des relations sexuelles ont lieu à la suite de ces communications.
- S'agissant des **professionnels et professionnelles du sexe**, l'article 343 du Code pénal incrimine les personnes qui vendent des services sexuels et celles qui gagnent de l'argent de ces échanges. La loi ne pénalise pas les clients des professionnels du sexe. Des sanctions supplémentaires sont prévues pour les personnes qui gagnent de l'argent si les personnes qui vendent des services sexuels sont âgées de moins de 18 ans.
- S'agissant des **consommateurs de drogues injectables**, les articles 9, 101 et 102 du *Code des drogues* érigent en infraction la possession et la consommation de drogues illicites, quelle qu'en soit la quantité, y compris les substances injectables telles que la cocaïne et l'héroïne. La loi érige également en infraction la possession d'équipement nécessaire à la consommation de drogues, y compris les seringues. Cette loi entrave réellement la possibilité de mettre en œuvre des interventions de réduction des risques, tels que l'échange d'aiguilles ou de seringues ou la thérapie médicalement assistée (méthadone, par exemple).
- Pour les **prisonniers**, puisque l'accès aux soins médicaux et à l'alimentation repose, en pratique, souvent sur le soutien des membres de la famille ou d'autres personnes en dehors de la prison, les dispositions de la législation relatives aux procédures criminelles autorisant les fonctions judiciaires à refuser les visites familiales peuvent parfois mettre en danger l'accès d'un détenu aux soins médicaux, ainsi que d'autres aspects du bien-être.
- S'agissant des **adolescents et des jeunes**, la loi concernant l'âge de la capacité légale entrave l'accès indépendant aux personnes de moins de 21 ans aux services de santé reproductive et sexuelle en exigeant le consentement d'un parent ou d'un tuteur. Un médecin ne peut, par exemple, fournir des soins médicaux sans le consentement parental que dans le cas d'une situation d'urgence.

- S'agissant des **femmes**, dans les régions du nord du pays, le respect du droit coutumier est bien ancré et limite plus encore l'autonomie des femmes et des filles notamment en prévoyant que la demande d'un accès aux services de santé pour elles et leurs enfants, y compris le dépistage et le traitement du VIH ou de la tuberculose, nécessite le consentement de leur époux ou d'un membre masculin de la famille si elles ne sont pas mariées. D'autres dispositions problématiques comprennent les pratiques statutaires et culturelles des violeurs qui épousent leur victime, même mineurs, pour éviter les poursuites.

Enfin, deux autres aspects de la loi en vigueur limitent potentiellement l'accès aux services de lutte contre le VIH bien qu'aucun exemple actuel ne l'illustre. L'article 28 du *Code de déontologie des médecins* prévoit qu'un médecin peut refuser de fournir ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles à condition de ne pas nuire au malade et de fournir des renseignements utiles lorsque les soins sont prodigués. L'article 260 du Code pénal incrimine celui qui, par sa conduite, facilite la communication d'une maladie contagieuse et dangereuse. Bien qu'en théorie cela s'applique à la transmission du VIH, aucune poursuite n'a eu lieu au titre de cette disposition (Anyangwe, 2011 ; EIC avec les avocats des droits de l'homme, juin 2017).

Des dispositions du Code pénal interdisant la prostitution et les relations sexuelles entre personnes du même sexe sont toujours en vigueur au Cameroun et ont entraîné l'arrestation, la condamnation et l'emprisonnement, tous les ans, d'un nombre important d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de professionnelles du sexe. Selon les informateurs clés et les sources de l'étude documentaire, y compris les rapports annuels du Ministère de la justice, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des professionnelles du sexe sont toujours arrêtés, jugés, condamnés et mis en prison, même si leur nombre a diminué au cours des dernières années (Ministère de la justice, 2015 ; Humanity First et Alternatives Cameroun, 2016 ; Advocates for Human Rights et CAMFAIDS, 2016 ; Nemande, 2017). Selon les données d'enquête les plus récentes, en 2016, 33,5 % des professionnelles du sexe ont été arrêtées au moins une fois pour prostitution (chiffre atteignant 63,5 % à Yaoundé). S'agissant des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 14 % d'entre eux ont été arrêtés dans le pays (Johns Hopkins University et al., 2017).

S'agissant des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont été arrêtés, détenus et emprisonnés, certains font de cruels récits d'abus sexuels ou physiques pendant leur séjour en prison, y compris de traitements définis comme de la torture du point de vue des normes internationales (EIC avec des dirigeants d'OSC HSH et avec des avocats des droits de l'homme, mai-juin 2017 ; Advocates for Human Rights et CAMFAIDS, 2016 ; Humanity First et Alternatives-Cameroun, 2016). En outre, les droits fondamentaux de se voir expliquer la nature des accusations, d'être représenté par un avocat et de bénéficier d'un procès juste et rapide ont fréquemment été accordés avec retard ou bafoués. Les informateurs clés relatent des cas d'examen anaux forcés. Toutefois, dans le cas où une représentation juridique adaptée est accordée, toute « preuve » obtenue par le biais de ces examens peut être rejetée pour manque d'intérêt scientifique ou médical (dirigeants d'OSC HSH, défenseurs des droits de l'homme et avocats des droits de l'homme, mai-juin 2017). Alors que l'impact de ces pratiques sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est néfaste, il existe un contexte plus large d'abus politique dans le pays, y compris des cas fréquents d'abus et de torture physiques des détenus. La CNDHL a mis en évidence cette situation qu'elle qualifie de grave sujet de préoccupation (CNDHL, 2016).

Les professionnelles du sexe citent également des cas de harcèlement et d'abus de la part de la police qui refuse aussi parfois d'intervenir, particulièrement lorsqu'elles sont violées (Cange et coll., 2017 ; Decker et coll., 2016 ; Johns Hopkins University et coll., 2017 ; Lim et coll., 2015). Une étude a identifié de faibles taux de dépistage du VIH et de participation aux traitements du VIH pour les professionnelles du sexe qui ont subi des formes de violence (Decker et coll., 2016). Certaines professionnelles du sexe disposent de « protecteurs » à qui elles paient une rémunération hebdomadaire et qui négocient fréquemment avec la police pour que ces femmes soient relâchées (EIC avec des représentants des PS, Douala, juin 2017 ; EIC avec des avocats des droits de l'homme, Yaoundé, juin 2017).

S'agissant des consommateurs de drogues injectables, les trouver avec une seringue peut donner à la police une raison de les harceler ou de les arrêter. Il arrive également que la police malmène et humilie les consommateurs de drogues injectables, même s'ils ne sont pas arrêtés, ce qui inclut également l'extorsion. Les consommateurs de drogues injectables plus pauvres et vivant dans la rue sont plus vulnérables (EIC avec OSC travaillant avec les CDI et avec des avocats des droits de l'homme, mai-juin 2017). Par conséquent, les consommateurs de drogues injectables sont peu enclins à faire appel aux services de lutte contre le VIH, à l'exception des organisations de la société civile fiables. Ces organisations tentent de fournir un moyen de réduction des risques, par exemple, des seringues propres (mais pas d'échange de seringues). Toutefois, elles courent alors un risque et ne sont pas non plus en mesure de bénéficier d'un stock régulier et suffisant.

Les conditions dans les prisons au Cameroun restent un sujet d'intérêt national et international (Amnesty International, 2016 ; CNDHL, 2016 ; Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies, 2013 ; Département d'État américain, 2016). Les garanties constitutionnelles et les législations nationales visant à protéger les prisonniers ne sont pas en appliquées et les normes internationales minimales ne sont pas respectées (CNDHL, 2016). C'est pourquoi l'accès aux services de prévention et de traitement du VIH dans les prisons reste très limité, bien que ces efforts aient été entrepris par le gouvernement et les partenaires techniques pour améliorer les conditions des prisonniers et garantir la fourniture de base des services de santé (EIC avec la Sous-direction Santé pénitentiaire et des OSC soutenant les programmes de lutte contre le VIH dans les prisons, mai 2017 ; Amnesty International, 2016 ; GIZ, 2013 ; Ministère de la justice, 2015 ; CNDHL, 2016 ; Département d'État américain, 2016).

Enfin, s'agissant des personnes vivant avec un handicap, malgré un contexte politique et juridique favorable, les informateurs clés ont indiqué de faibles mise en œuvre et respect des droits humains et d'autres normes en vigueur dans le pays, particulièrement au sein des services de santé, qui s'expliquent, selon les informateurs, par un manque de ressources suffisantes et de volonté politique. Ce n'est que récemment que les vulnérabilités liées au VIH des personnes vivant avec un handicap ont été mieux comprises. Par exemple, le PSN VIH 2018-2022 reconnaît les personnes vivant avec un handicap comme un groupe de population vulnérable, ce qui n'était pas le cas dans les précédents PSN (EIC avec MINAS, mai 2017).

Dans l'ensemble, bien que la fourniture de services de santé pour le VIH se soit développée pour toucher les populations clés et les plus vulnérables dans le pays, le contexte négatif dominant limite l'accès à ces services et leurs bénéfices globaux en matière de santé (Beck, Peretz, Ayala, 2015 ; ONUSIDA et al., 2016 ; Nemande 2017).

Inégalités de genre et violences à caractère sexiste

S'agissant des femmes, y compris des jeunes femmes et des adolescentes, et de la question du genre en général, il existe toujours des obstacles à l'application des droits et des politiques de protection. Les résultats du mécanisme d'examen périodique du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) témoignent de ses inquiétudes selon lesquelles le Cameroun « n'a pas pris de mesures suffisamment durables et systématiques visant à mettre fin aux stéréotypes et pratiques dangereuses qui entraînent la discrimination à l'encontre des femmes, y compris les mariages forcés et des enfants, la mutilation génitale féminine et le repassage des seins. » Le Comité a également formulé des observations sur « la prévalence toujours élevée de la violence à l'encontre des femmes, y compris le viol, et le nombre limité d'enquêtes et de poursuites dans de telles situations », sur « les niveaux généralisés de violence domestique », ainsi que sur « l'existence de dispositions légales qui exemptent les violeurs de condamnation s'ils épousent leur victime » (CEDAW, 2014).

Pour répondre à ces recommandations, le Gouvernement a notamment, comme nous l'avons déjà fait remarquer, érigé en infraction le mariage forcé, la mutilation génitale féminine et le repassage des seins. Néanmoins, les informateurs clés reconnaissent que ces politiques et autres en matière de genre sont peu mis en œuvre dans la réalité et ont donc peu d'impact positif sur la vie quotidienne des femmes et des filles. Le manque de mise en œuvre semble s'expliquer par le manque de ressources, la communication inadaptée des politiques à l'ensemble des parties prenantes qui devraient en avoir connaissance, y compris au niveau communautaire, et le manque de coordination entre les différents ministères et entités traitant des questions du genre, y compris en lien avec le VIH.

L'inégalité de genre et la violence à caractère sexiste restent des questions transversales au Cameroun, tant dans le contexte du VIH qu'en général. Selon les données disponibles, plus de la moitié des femmes (55 %) ont souffert d'abus physiques au Cameroun. On estime que 13 % des Camerounaises ont subi une agression sexuelle et que 500 000 se font violer chaque année. Les abus sont principalement perpétrés par leur conjoint ou partenaire actuel ou récent (Advocates for Human Rights, 2014 ; INS et ICF, 2012).

Les informateurs clés ont souligné le fait que dans l'environnement personnel ou social, la violence sexuelle ne fait l'objet de discussion ni n'est reconnue et que le fait de la dissimuler compromettrait le moyen de la traiter (INS et ICF, 2012). Il arrive que les adolescentes et les jeunes femmes ne sachent pas qu'elles ont été victimes de violence à caractère sexiste, car elles ne savent pas ce que c'est ni n'ont connaissance du cadre juridique qui la régit. Les survivantes peuvent être victimes de rejet social et accusées d'avoir, d'une certaine manière, suscité la violence sexuelle. Malgré l'engagement du secteur de la santé à leur fournir des services complets, toutes les survivantes de violence sexiste ne peuvent y accéder facilement. Il n'existe aucun abri ou refuge, par exemple, ce qui empêche plus encore les femmes de s'exprimer, par crainte de représailles de la part de leur environnement personnel ou familial [EIC avec des OSC travaillant avec des femmes et des filles, et MINSANTE (DSF), mai 2017].

Les informateurs clés évoquent les défis supplémentaires suivants pour les femmes et les filles :

- Des stéréotypes sur la sexualité et l'activité sexuelle persistent pour les adolescentes et les jeunes femmes, principalement le fait qu'elles ne sont pas ou ne devraient pas être sexuellement actives si elles ne sont pas mariées. Cela a un impact sur la disponibilité des services, des informations et de l'éducation sur la santé sexuelle. Dans certains cas, ces jeunes femmes se voient refuser des services de santé (comme la contraception ou le

dépistage du VIH) puisqu'il est présumé qu'elles ne sont pas sexuellement actives ou parce qu'elles font l'objet de rejet social lorsqu'elles le sont (Bureau central des recensements et des études de population, 2015).

- Ces stéréotypes ont la vie dure dans l'environnement familial, où les adolescentes et les jeunes femmes ne peuvent aborder la question de la sexualité ou de la santé sexuelle avec leurs parents ou ne peuvent obtenir de l'aide de la part de leurs parents pour accéder à ces services, soit parce qu'ils refusent de donner leur consentement ou d'en payer les coûts [EIC avec MINSANTE (DSF) et avec des OSC et des partenaires techniques travaillant avec les femmes et les filles, mai-juin 2017).

Des normes sexistes et rigides alimentent également la violence et l'abus à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des professionnelles du sexe et des personnes transgenres. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes considérés comme n'étant « pas suffisamment masculins » font fréquemment l'objet d'abus verbaux et physiques (EIC avec des dirigeants d'OSC HSH ; GR avec des représentants de personnes transgenres à Yaoundé, mai-juin 2017 ; ONUSIDA et coll., 2016 ; Nemande, 2017). Il est considéré que les professionnelles du sexe « méritent » la violence physique et sexuelle (Armisen et Simpole, 2015 ; CAMFAIDS, IGLHRC, Lady's Cooperation, 2014 ; Papworth et al., 2014). En 2016, 16,7 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont indiqué avoir eu des rapports sexuels forcés alors qu'ils étaient 27,3 % en 2014 (l'étude ne comporte pas de réflexion sur la diminution de ce taux). S'agissant des professionnelles du sexe, 32 % d'entre elles ont indiqué avoir eu des rapports sexuels forcés (avec la police ou des clients par exemple), car elles sont des professionnelles du sexe selon 52 % d'entre elles (Johns Hopkins University et al., 2017 ; Papworth et al., 2014).

Quant aux personnes transgenres, les normes sexistes et rigides entraînent des violences physiques et sexuelles, y compris le « viol correctif ». En raison de la stigmatisation et de la discrimination, les personnes transgenres signalent rarement de telles violences, ce qui a souvent de graves conséquences sur leur santé sexuelle et reproductive et le risque d'infection du VIH (Humanity First et Alternatives-Cameroun, 2016 ; GR avec des représentants de personnes transgenres à Yaoundé ; mai-juin 2017). Les lesbiennes et les femmes bisexuelles subissent également la violence physique et sexuelle et ont un accès limité à la prophylaxie post-exposition et à d'autres services nécessaires (Armisen et Simpole, 2015 ; Humanity First et Alternatives Cameroun, 2016 ; ONUSIDA et al., 2016 ; Nemande, 2017).

Enfin, selon de récentes données d'études, les femmes vivant avec un handicap qui sont sexuellement actives courent un plus grand risque de violence sexuelle et celles qui ont été victimes de violence n'ont pas été en mesure ou ont été extrêmement réticentes à demander des soins, car elles craignaient de ne pas être crues ou de ne pas recevoir une assistance adaptée (De Beudrap et coll., 2017 ; EIC avec MINAS, juin 2017).

Les obstacles liés au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH restent considérables au Cameroun pour les femmes et les filles et pour les autres groupes perçus comme transgressant ou défiant les normes restrictives liées au genre.

Obstacles liés à la pauvreté

Les résultats de l'étude documentaire et les informateurs clés ont tous souligné les conséquences de la pauvreté sur l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH parmi l'ensemble des populations clés et vulnérables. Les principales questions et préoccupations soulevées sont les suivantes :

- Bien que certains composants du traitement du VIH, tels que les antirétroviraux, sont gratuits, d'autres ne le sont pas, comme un certain nombre de tests de dépistage requis soit avant ou après le début du traitement ou pour le diagnostic et le traitement d'infections opportunistes. Dès lors, le manque de fonds dissuade les personnes vivant avec le VIH et d'autres personnes à risque de demander un traitement ou les pousse à interrompre les soins.
- Puisque les traitements antirétroviraux sont uniquement fournis dans des hôpitaux de référence désignés dans tout le pays, cela entraîne, pour certaines personnes vivant avec le VIH, d'importants coûts de transport nécessaires pour se rendre aux rendez-vous mensuels. Bien que la fourniture d'antirétroviraux au niveau communautaire et des durées de prescriptions plus longues (3 mois au lieu de 1 mois) soient mises en place, toutes les personnes vivant avec le VIH n'en bénéficient pas encore (EIC avec les représentants de PVVIH, juin 2017).
- Comme déjà mentionné, les prisonniers doivent compter sur le soutien de leur famille ou de leurs amis pour des soins de santé et d'autres besoins dans de nombreux établissements pénitentiaires. Les prisonniers manquant de soutien peuvent ne pas bénéficier de traitement contre le VIH pendant certaines périodes ou peuvent manquer d'argent pour une alimentation adéquate afin d'être en mesure de continuer à suivre le traitement (EIC avec la Sous-direction Santé pénitentiaire et des OSC soutenant les programmes de lutte contre le VIH dans les prisons, mai 2017).
- Les adolescents et les jeunes ne peuvent s'offrir de soins si leurs parents ou leurs tuteurs ne donnent pas leur consentement (EIC avec OSC travaillant avec des adolescents et des jeunes, mai-juin 2017).
- Pour les orphelins ou les enfants vulnérables, les pressions financières sur leurs tuteurs entraînent des retards dans l'accès aux services de santé ou une absence d'accès, y compris pour ceux qui vivent avec le VIH (EIC avec KidAids et CRS, 2017).
- S'agissant des consommateurs de drogues injectables, il est nécessaire d'acheter des seringues et le manque d'argent contribue à l'échange de seringues. Si une personne dépendante disposant de fonds limités ressent le besoin d'acheter de la drogue, il est peu probable qu'elle soit en mesure de payer les coûts du traitement du VIH (EIC avec OSC travaillant avec les CDI, mai 2017).

La pauvreté est une question transversale pour la santé et l'accès aux services de santé pour une grande partie de la population au Cameroun. Cependant, elle a un important impact sur l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH pour les groupes étudiés dans le cadre de la présente évaluation.

Programmes visant à traiter et à lever les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH – des programmes existants aux programmes globaux

Aperçu

Alors qu'il existe de nombreux obstacles aux droits humains et au genre qui entravent l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH et à la rétention dans ces services pour les personnes vivant avec le VIH et à d'autres populations clés et vulnérables au Cameroun, de nombreux efforts ont été entrepris pour les relever. Les sections suivantes comportent un examen des activités spécifiques, ainsi que des approches transversales qui tiennent compte

des composantes des droits humains ou du genre dans des activités programmatiques plus larges. Le Cameroun a récemment mené ou mène des interventions au titre de chacun des sept principaux domaines programmatiques et, dans tous les cas, les informateurs clés ont estimé que ces activités contribuaient à un changement positif. Néanmoins, tous ces efforts rencontrent des obstacles et des lacunes généraux, notamment les suivants :

- il existe toujours des lacunes concernant les données et les connaissances sur des questions clés touchant les populations clés et vulnérables, particulièrement concernant l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH et à la rétention dans ces services. La couverture des traitements antirétroviraux est inconnue, par exemple, et les données essentielles sur les risques du VIH et l'accès aux services de lutte contre le VIH n'ont jamais été collectées pour les consommateurs de drogues injectables et les personnes transgenres ;
- les évaluations régulières des interventions visant les obstacles liés aux droits humains et au genre font défaut, particulièrement s'agissant de la manière dont ces interventions améliorent l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH ;
- de manière générale, il n'existe pas de coordination des interventions et des ripostes aux obstacles liés aux droits humains et au genre, tant de la part du CNLS que parmi les réseaux à l'initiative de populations clés et leurs partenaires et alliés. Certaines organisations de la société civile effectuent des activités similaires qui diffèrent en termes de contenu et d'approches, par exemple, les activités « connaissez vos droits ». Les doublons sont légion et, dans certains cas, la concurrence pour les bénéficiaires est grande pour atteindre les objectifs des contrats de financement (EIC avec des dirigeants d'OSC HSH, mai 2017) ;
- la concurrence en matière de financement est également rude, car de nombreuses petites organisations de la société civile axées sur les populations clés fonctionnent à l'aide de petites subventions assorties de délais, ce qui signifie que les activités sont ponctuelles et à court terme et ne peuvent durer suffisamment longtemps pour aboutir à des changements substantiels. De nombreuses activités sont menées à petite échelle et ont une portée limitée ;
- de nombreuses interventions sont uniquement menées en zones urbaines et n'atteignent pas les populations clés et vulnérables au niveau rural ou dans des régions reculées, y compris dans les régions du nord du pays
- le contexte juridique justifie toujours légitimement ou non le fait que les entités gouvernementales et d'autres n'intensifient pas leurs efforts pour éliminer les obstacles à l'accès aux services de lutte contre le VIH. Cela inclut le CNDHL qui, bien qu'il reconnaisse les défis pour les populations clés (et qu'il s'engage dans la riposte de manière informelle ou « hors de la ligne de mire »), ne traite pas ces obstacles de manière formelle, dans le cadre de programme d'activités, en raison du *Code pénal*. La contradiction est importante, car le CNDHL a formulé des observations sur les conditions des prisonniers dans les établissements pénitentiaires ainsi que des abus dans l'administration de la justice, par exemple ;
- L'accent particulier mis sur le dépistage du VIH et le lien avec le traitement du VIH, dans le cadre des objectifs 90-90-90 du pays, a réduit le contenu et la portée d'une grande partie du travail des organisations de société civile à l'initiative de la population clé, de sorte que les interventions visant à traiter les questions telles que l'autostigmatisation et le renforcement de l'estime de soi et de la résilience ont été laissées de côté ou suspendues

en raison du manque de financement et de la pression pour atteindre les objectifs en matière de dépistage et d'accompagnement.

La discussion ci-après contient les recommandations préconisant de s'atteler à ces vastes obstacles et de se tourner vers une approche globale visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH. En outre, l'**annexe A** contient une liste d'**activités spécifiques** au titre de chaque domaine programmatique, en vue de fournir de plus amples détails sur le contenu d'une approche globale.

Progrès transversaux

Outre les activités menées au titre des sept principaux domaines programmatiques, le Cameroun connaît certains progrès transversaux qui permettent d'améliorer l'accès aux services de lutte contre le VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des professionnelles du sexe :

En 2015, le MINSANTE a créé, sous l'égide du CNLS, un groupe de travail technique (GTT) ad hoc sur le VIH en faveur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des professionnelles du sexe (MINSANTE, 2015). Le groupe se compose de 40 membres dont seulement cinq sont des entités à l'initiative de populations clés. Selon les informateurs clés, la création de ce groupe était plus symbolique que concrète et aucune réunion n'a été convoquée depuis longtemps (EIC avec dirigeants d'OSC HSH, mai 2017).

En septembre 2016, dans le cadre de son intervention à la conférence régionale sur les populations clés tenue à Yaoundé, le Ministre de la santé publique a déclaré « au Cameroun, l'accès aux soins est ouvert à tous qu'importent les orientations sexuelles ou religieuses » (Nemende, 2017).¹⁰ Il s'agissait-là d'une première déclaration d'importance effectuée par un ministre dans le but de soutenir la non-discrimination basée l'orientation sexuelle. Toutefois, l'existence d'une transposition de cette déclaration en politique et en pratique et la manière dont elle est transposée restent floues. Il apparaît dans l'évaluation que les groupes de populations clés n'estiment toujours pas pouvoir être bien traités dans le système de soins de santé.

En 2016 également, le Ministère de la santé a mis en place des changements majeurs dans l'organisation et la fourniture de services de lutte contre le VIH, se concentrant spécifiquement sur l'amélioration de l'accès et du recours au traitement de lutte contre le VIH, y compris au sein des populations clés et vulnérables. L'approche « test and start » a été lancée et la fourniture communautaire d'antirétroviraux a été déployée. Au moment de l'évaluation, de nouvelles données sur la couverture du traitement antirétroviral pour les populations clés et vulnérables n'étaient pas disponibles. Toutefois, les organisations de la société civile travaillant avec les populations clés ont commencé à observer des améliorations dans l'accès et le recours au traitement de lutte contre le VIH et à d'autres services (EIC avec CHAMP, dirigeants d'OSC HSH, PVVIH HSH, autres, mai-juin 2017 ; CAMNAFAW et IPPF, 2017).

Le nouveau PSN VIH 2018-2022 fait des questions des droits humains et du genre des valeurs essentielles, ce qui constitue un autre exemple de soutien accru à l'élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH

¹⁰ « Au Cameroun, l'accès aux soins est ouvert à tous qu'importent les orientations sexuelles ou religieuses. »

pour les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables. Cela souligne le besoin de redoubler d'efforts pour traiter le rejet social et la discrimination et pour prendre des mesures contre et empêcher les abus liés aux droits humains et au genre auxquels font face les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables. Cela met également en exergue le fait que ces groupes doivent être au centre des activités visant l'élimination des obstacles à l'accès aux services de lutte contre le VIH et suscite des recommandations quant au fait qu'un certain nombre d'efforts actuels, tels que les observatoires à l'initiative des populations clés (voir **section 4.4.7** ci-après), soient durables et développés (CNLS, 2017).

Ces progrès sont toutefois contradictoires. Bien que le traitement de la question des droits humains dans le contexte des services du VIH semble bénéficier d'une plus grande attention dans la riposte multisectorielle, la manière dont les actions coordonnées sont mises en pratique n'est pas claire. En outre, il n'existe aucun engagement spécifique pour aborder le contexte élargi, particulièrement des changements politiques et législatifs pour éliminer des obstacles juridiques, tels que les dispositions du Code pénal, ou pour mettre en application des politiques et législations spécifiques visant à protéger les personnes vivant avec le VIH et les populations clés et vulnérables du rejet social, de la discrimination, de la violence et des abus.

Pour renforcer les structures et procédures globales de soutien du travail visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services, les mesures globales suivantes doivent être prises en considération :

- **Étude et suivi des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH pour les populations clés et vulnérables en élargissant le mandat et le nombre de membres du groupe de travail technique (GTT) national sur le VIH.** Le GTT doit jouer un rôle prédominant dans le suivi de la cascade du traitement du VIH par les populations clés et être un espace de réflexion et de planification coordonnée d'actions, comprenant le conseil, sur la manière de traiter et d'éliminer les obstacles liés aux droits humains.
- **Comblent les lacunes en matière de connaissances/données sur les personnes transgenres et les consommateurs de drogues injectables.** Bien que les enquêtes SBCI constituent l'une des méthodes les plus complètes pour collecter des données concernant les populations clés, elles peuvent toutefois s'avérer complexes et nécessiter des ressources considérables. À l'origine, pour le Cameroun, une rapide évaluation de la situation pouvait servir de première étape dans la participation et la gestion d'organisations de la société civile à l'initiative de populations clés, ainsi que de personnes transgenres et de consommateurs de drogues injectables. Ces évaluations devraient inclure toutes les questions pertinentes pour les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services.
- **Évaluer régulièrement des interventions visant les obstacles liés aux droits humains, en mettant l'accent sur leurs impacts sur le recours aux services de lutte contre le VIH et à la rétention dans ces services.** Une consultation nationale devrait être organisée pour identifier un groupe d'interventions « principales » ou prioritaires liées aux droits humains ou au genre à évaluer, ce qui entraînerait l'identification de méthodes adaptées et d'un plan d'action pluriannuel pour entreprendre ces évaluations. Sur la base des résultats, les organisations de la société civile à l'initiative de populations clés et d'autres parties prenantes devraient travailler main dans la main

pour lancer une procédure d'amélioration de la qualité et d'apprentissage continu, incluant l'intégration d'une évaluation régulière dans les autres travaux visant les obstacles liés aux droits humains et au genre.

DP 1 : Réduction du rejet social et de la discrimination à l'encontre des populations clés

Au moment de l'évaluation, les efforts visant à traiter les questions du rejet social et de la discrimination étaient largement concentrées au niveau régional, communautaire ou individuel, sans riposte coordonnée, soit en faveur des personnes vivant avec le VIH soit en faveur d'autres populations clés ou vulnérables. Les types d'activités en cours ou récemment terminées comprennent les suivantes :

Un groupe de travail nommé par le CNLS était en place pour le suivi et la coordination des activités de réduction du rejet social axé sur le VIH. Ce groupe comprenait des personnes vivant avec le VIH, des organisations de la société civile, l'Organisation internationale du travail (OIT), le Ministère de la justice, l'Organisation de la Communauté des États de l'Afrique centrale, le Ministère du travail et de la sécurité sociale et l'ONUSIDA (Nemande 2017). Le niveau d'activité du groupe et les activités spécifiques actuellement coordonnées ne sont toutefois pas apparus clairement au cours de l'évaluation.

Entre 2014 et 2015, l'OIT Cameroun a fourni un soutien au Gouvernement du Cameroun pour une intervention complète visant à réduire le rejet social et la discrimination sur le lieu de travail. Dans le cadre de ce projet, 92 référents et conseillers ont été formés à la promotion des droits des personnes vivant avec le VIH ; des politiques ont été examinées en vue d'intégrer des principes clés de protections de leurs droits dans deux usines importantes (Sosucam et Chantier Naval) ; le personnel médical de 4 établissements de santé a été formé dans le but de protéger les droits des travailleurs vivant avec le VIH ; et 54 membres du personnel de la division de l'inspection du travail du Ministère du travail ont été formés dans 4 régions sur la consignation de violations des droits de l'homme sur le lieu de travail. Au moment de l'évaluation, toutefois, le projet avait pris fin et aucune évaluation n'avait été effectuée pour en mesurer l'efficacité ou pour déterminer les composants du projet qui pourraient être poursuivis en l'absence de financement spécifique. Les informateurs clés estimaient que l'initiative était toutefois importante et que la discrimination liée au VIH sur le lieu de travail était toujours une question cruciale qu'il fallait traiter et résoudre.

Entre 2014 et 2015, l'ACMS et la CAMNAFAW, avec le soutien du Fonds mondial, ont lancé une campagne nationale multimédia de réduction du rejet social, comprenant des spots radio et télévisés, des panneaux d'affichage, des événements, l'utilisation des médias sociaux pour susciter l'intérêt des jeunes, des ateliers de sensibilisation avec le secteur judiciaire et juridique, et le soutien à une troupe de théâtre. Néanmoins, après cette campagne, aucune évaluation n'a été effectuée pour évaluer son impact. Les informateurs clés étaient toutefois d'avis que la campagne était efficace pour la sensibilisation du VIH en tant que question actuelle de santé publique pour le pays et pour la mise en lumière du problème du rejet social et de la discrimination. Ils estimaient également que ce type de travail devait être poursuivi sur une plus longue période afin d'apporter des changements positifs dans la manière dont le public perçoit le VIH et les personnes vivant avec le VIH.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la subvention du Fonds mondial 2016-2017, la CAMNAFAW a organisé des rencontres de sensibilisation dans les villes et les régions disposant de pouvoirs administratifs, de dirigeants communautaires et d'agents de santé afin de traiter proactivement le rejet social et la discrimination et d'autres risques potentiels qu'implique la mise en œuvre d'interventions financées par une subvention, dans le but

d'améliorer l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH pour les populations clés. En guise d'effort supplémentaire dans le cadre du programme du Fonds mondial, en 2014, CAMNAFAW a élaboré un plan complet d'atténuation des risques et a mis en place un comité de gestion des risques pour traiter de manière proactive le rejet social et la discrimination dans l'environnement du programme (CAMNAFAW 2014, 2016). Au moment de l'évaluation, CAMNAFAW n'a pas fait état de conflit ou d'obstacles majeurs dans la mise en œuvre de ses activités soutenues par le Fonds mondial (EIC avec CAMNAFAW, juin 2017).

Des activités d'engagement similaires au niveau local ont été menées, par le biais de bénéficiaires de CAMNAFAW au titre du Fonds mondial, comprenant principalement des ateliers à petite échelle (12 à 15 participants, par exemple) et réunissant les parties prenantes locales telles que les organisations de populations clés, la police, les dirigeants communautaires, les autorités religieuses, les agents de santé et autres, au niveau local.

En 2016 également, Alternatives-Cameroun ainsi qu'Affirmative Action, Humanity First Cameroon, et d'autres ont élaboré le flyer « Je suis Kwandengue » (« Je suis gay » en langage codé utilisé par la communauté LGBT) qui a été distribué à des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes par des éducateurs pairs et mis à disposition dans des centres d'accueil d'organisations concernées. Cette action visait l'autostigmatisation et le renforcement de la résilience et de la fierté du groupe LGBT dans le pays.

Enfin, certaines organisations à l'initiative de populations clés tiennent compte des composantes traitant du rejet social et de la discrimination, particulièrement l'autostigmatisation et le renforcement de la résilience personnelle pour résister au rejet social, dans les programmes de sensibilisation et d'éducation par des pairs, et par le biais de groupes de soutien et d'autres activités en faveur de leurs membres, y compris ceux vivant avec le VIH. Les approches sont des plus diverses et comprennent des conseils par des pairs ; des activités sociales proposées dans les centres d'accueil ; le conseil psychologique ; et la célébration d'événements tels que la journée mondiale de lutte contre l'homophobie et la transphobie, une journée de fierté et de solidarité pour la communauté LGBT, et la participation à des événements sociaux et culturels afin de sensibiliser à la diversité et à l'existence des personnes LGBT dans le pays. En outre, certaines organisations de la société civile offrent également un refuge ou un logement temporaire aux lesbiennes, aux homosexuels, aux bisexuels et aux personnes transgenres qui ont été chassés par leur famille ou qui ont été expulsés de leur logement ou qui sont menacés de l'être.

Parmi ces actions, des lacunes et défis ont été observés :

- Les données complètes sur le rejet social et la discrimination liées au VIH n'étaient pas actuelles. Dès lors, les points de vue étaient contradictoires sur l'ampleur du rejet social et de la discrimination en 2017. Pour certains informateurs clés, cela représentait toujours un défi majeur pour le pays, alors que d'autres estimaient qu'il y avait eu des améliorations, particulièrement depuis 2011, lors de la réalisation de l'*indice de stigmatisation des PVVIH*. Cette absence de consensus constituait un facteur qui contribuait à l'approche pour le moins incohérente des différentes parties prenantes en termes d'action nécessaire pour poursuivre la réduction du rejet social lié au VIH dans le pays.
- Bien qu'importantes, de nombreuses activités telles que le travail au niveau communautaire pour la création d'un environnement favorable à la programmation en faveur des populations clés restaient épisodiques ou ponctuelles et ne comprenaient aucun engagement actuel visant à garantir la durabilité des changements produits et à donner

plus de possibilités aux groupes de populations clés de participer aux programmes ou aux services fournis.

- Les actions à l'initiative des populations clés visant à réduire le rejet social étaient de faible portée et, dans certains cas, indépendantes les unes des autres dans une même zone géographique (par exemple, dans une même ville). La plupart des approches reposaient sur des activités ponctuelles dont les capacités techniques ou financières étaient trop limitées ou absentes pour faire perdurer un programme de travail suffisamment longtemps afin de garantir des changements permanents.
- L'engagement du CNLS d'inclure plus visiblement les personnes vivant avec le VIH dans la fourniture de services de lutte contre le VIH n'a pas été correctement mis en œuvre, selon les informateurs clés. Dès lors, les centres administrant des traitements antirétroviraux ont manqué de nombreuses occasions, par exemple, de fournir des conseils à des pairs et de soutenir des personnes vivant avec le VIH récemment diagnostiquées, en particulier pour réduire l'autostigmatisation.

Une **approche globale** de réduction du rejet social et de la discrimination inclurait les directives générales suivantes dont les interventions plus spécifiques dans ce domaine sont soulignées à l'annexe A :

- **Mise en œuvre de l'indice de stigmatisation des PVVIH** pour l'établissement d'une référence claire s'agissant des niveaux actuels de rejet social au sein de la communauté. Il devrait être mis en œuvre de manière à garantir que la recherche prend en compte des données relatives au rejet social subi par les personnes vivant avec le VIH, les personnes vivant avec la tuberculose et d'autres populations. La mise en œuvre devrait être coordonnée de manière à ce que les personnes formées à la mise en œuvre de l'indice puissent également travailler par la suite en tant qu'éducateurs pairs ou assistants juridiques dans leur communauté en visant notamment la réduction du rejet social et la résolution de problèmes en la matière.
- **Soutien à la création et à la mise en œuvre d'une action pluriannuelle coordonnée qui consolide et renforce les efforts des réseaux de populations clés visant à réduire le rejet social et la discrimination et à faire évoluer positivement les connaissances, les comportements et les pratiques.** Depuis plus d'une décennie, un certain nombre d'organisations de la société civile ont recouru à différentes stratégies dans le but de faire changer l'opinion publique vis-à-vis des groupes dont elles servaient l'intérêt. Il conviendrait de se pencher sur l'élaboration d'une approche pluriannuelle plus consolidée et coordonnée afin de mieux tirer parti de ces efforts. Le point de départ serait une analyse collective de ce qui a fonctionné et de ce qui devrait être inclus dans l'approche pluriannuelle. Des partenaires techniques devraient jouer un rôle dans le soutien à l'élaboration du plan consolidé et fournir d'autres données techniques nécessaires à la garantie de la mise en œuvre efficace dudit plan. Élargir cette tâche est indispensable à l'amélioration de l'environnement du programme pour les services de lutte contre le VIH et pour permettre à plus de personnes issues de populations clés de se présenter auprès des services de santé sans craindre de conséquences négatives.
- **Soutien à l'engagement des personnes vivant avec le VIH, particulièrement celles issues des populations clés, dans la fourniture de tous les services de lutte contre le VIH.** Le programme au titre du CNLS visant à engager des personnes vivant avec le VIH en tant que conseillers psychosociaux dans les centres de traitement du VIH devrait être renforcé afin de garantir que le maximum de personnes qualifiées vivant

avec le VIH soit engagé pour la fourniture de ces services et afin de garantir le recrutement de membres qualifiés issus d'autres populations clés, vivant également avec le VIH. Il conviendrait d'accorder un rôle plus important aux personnes vivant avec le VIH tout au long des services de lutte contre le VIH, y compris pour le dépistage de la maladie et le conseil en la matière. Un nombre suffisant d'entre elles devrait également être formé en tant qu'assistant juridique ou éducateur pairs, dans le domaine juridique, afin de partager des conseils et leurs connaissances en matière de droits humains/de droit ainsi que des conseils en matière de prévention et de traitement.

- **Soutien aux populations clés pour permettre à leurs membres vivant également avec le VIH d'être transparents, de manière volontaire et sûre, vis-à-vis de leur statut VIH au sein de leurs réseaux et en tant que membres d'organisations de la société civile qui fournissent des services de lutte contre le VIH à ces groupes.** Des informateurs clés, dirigeants HSH/LGBT et aussi séropositifs ont souligné que pour traiter le rejet social toujours très fort des HSH vis-à-vis du VIH, il faudrait que ces derniers soient plus nombreux à faire preuve de transparence concernant leur statut VIH au sein de leurs réseaux. Un exemple de défi est le fait que CHAMP a essayé d'engager des HSH en tant qu'agents sur le terrain et intervenants pivots afin d'amener les HSH PVVIH à se faire diagnostiquer et traiter. Au moment de l'évaluation, ils n'avaient pas encore réussi à recruter une personne désireuse de divulguer son statut VIH dans ces fonctions. L'activité devrait rester discrète et n'a pas été élaborée dans le but d'être publique, au sens médiatisée, tournée vers le public, etc. Au contraire, elle supposerait que les OSC dirigées par les populations clés soutiennent plus de membres vivant avec le VIH pour qu'ils deviennent des porte-parole et jouent un rôle de modèles vivant de manière positive et faisant preuve de résilience personnelle au sein des réseaux HSH et dans le cadre d'activités de sensibilisation et de soutien. Bien que les risques de la divulgation soient bien réels pour les PVVIH issues de populations clés, il est possible de les atténuer par exemple en proposant un emploi à temps plein en tant qu'éducateurs pairs ou porte-parole et en apportant le soutien nécessaire à leur sécurité. L'objectif est d'établir le profil des PVVIH comme modèles de vie positive au sein des communautés de populations clés afin d'aider à réduire le rejet social lié au VIH et d'encourager un plus grand nombre de personnes à recourir aux services de lutte contre le VIH.
- **Élargissement des programmes en vue de réduire le rejet social et la discrimination liés au VIH parmi les adolescents et les jeunes, particulièrement parmi les adolescentes et les jeunes femmes, grâce à un renforcement de la coordination et de la collaboration multisectorielles.** Différents ministères, partenaires techniques et OSC entreprennent la tâche importante de réduire le rejet social et les préjugés liés au VIH parmi les adolescents et les jeunes, particulièrement parmi les adolescentes et les jeunes femmes. Le CNLS doit jouer un rôle plus important dans la coordination de ces efforts.
- **Mise en œuvre d'actions visant le rejet social lié au VIH à l'encontre et au sein des personnes vivant avec un handicap.** Sous l'égide du CNLS et du MINAS, des partenaires issus de plusieurs secteurs devraient élaborer des interventions coordonnées visant le rejet social lié au VIH à l'encontre de cette population négligée dans la riposte nationale au VIH.
- **Amélioration des politiques et des pratiques vis-à-vis des PVVIH dans le domaine militaire en vue d'empêcher le rejet social et la discrimination sur le**

lieu de travail et d'améliorer le recours aux services de lutte contre le VIH. Le MINDEF requiert un soutien collaboratif dans le but de créer un environnement favorable et de soutien pour les PVVIH dans ses rangs et d'assumer une plus grande part de responsabilité dans les soins et le soutien accordés à ces personnes ainsi qu'à leur famille.

DP 2 : Formation des agents de santé en matière de droits humains et d'éthique médicale liée au VIH

La formation des agents de santé aux services de lutte contre le VIH relève du MINSANTE. Le programme comprend un contenu général visant le rejet social et la discrimination liés au VIH, mais n'inclut pas de thèmes spécifiques visant les populations clés autres que les personnes vivant avec le VIH. La formation des agents de santé aux besoins de ces populations clés, principalement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnelles du sexe, est organisée par d'autres entités soutenues par le Fonds mondial et le PEPFAR, notamment CAMNAFAW et CARE par le biais du projet CHAMP.

Par exemple, en partenariat avec le CNLS, CHAMP a organisé la formation des agents de santé dans les hôpitaux partenaires (pour la fourniture de traitements antirétroviraux) dans les villes de Bamenda, Douala et Yaoundé sur la fourniture de services de lutte contre le VIH, sans rejet social ni discrimination, aux populations clés autres que celles vivant avec le VIH. Depuis 2016, un total de 60 agents de santé actifs sur des sites offrant des traitements de lutte contre le VIH ont bénéficié de la formation. L'initiative comprenait également la création de réseaux de référence entre les organisations de la société civile à l'initiative de populations clés, y compris celles qui dirigent les centres de bien-être soutenus par CHAMP, et les établissements publics de santé, afin d'améliorer l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH. Dans l'ensemble, les informateurs clés ont fait part d'une grande satisfaction concernant la qualité et l'acceptabilité des soins fournis par les représentants et les agents de santé des populations clés recourant à ces services (EIC avec CHAMP et intervenants pivots et le personnel des centres de bien-être d'Alternatives Cameroun, juin 2017).

En 2016, CAMNAFAW avait formé, par le biais de ses bénéficiaires, 240 agents de santé sur la confidentialité et sur les services exempts de rejet social et de discrimination pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnelles du sexe. Un code de bonne conduite est en cours d'élaboration en vue d'élargir la formation. Les futurs participants y adhéreront une fois la formation terminée.

Enfin, dans un but de suivi de la qualité des services, FIS a lancé en juin 2016 une plateforme interactive appelée « Community Observatory » avec le soutien de GIZ. Par le biais d'un numéro de téléphone gratuit ou d'une plateforme en ligne, les utilisateurs communautaires de services de lutte contre le VIH, la tuberculose ou le paludisme ont la possibilité de faire part de leurs inquiétudes ou de poser leurs questions sur le contenu et la qualité des services reçus, y compris leurs inquiétudes en matière de droits de l'homme et du genre. Les informations collectées servent au processus de dialogue au niveau du pays et au développement de la prochaine demande de financement s'agissant des expériences au niveau communautaire. Au moment de l'évaluation, aucune information actuelle n'était disponible sur la progression et les avantages de cette opportunité de faire état d'expériences négatives dans le domaine des soins de santé pour les membres populations clés n'étaient pas évidents.

Malheureusement, ces actions sont généralement loin de couvrir l'ensemble du secteur et ne touchent pas les consommateurs de drogues injectables (même si, selon les organisations de la société civile qui œuvrent en faveur des consommateurs de drogues injectables, ceux qui vivent avec le VIH peuvent bénéficier des services dans les établissements soutenus par le

CHAMP). Une **approche plus complète** visant à renforcer les capacités des agents de santé en termes de droits humains et d'éthique médicale devrait inclure les éléments suivants (voir annexe A pour des interventions plus spécifiques) :

- **Mesure du rejet social et de la discrimination dans des environnements de soins de santé afin d'obtenir un aperçu de l'ampleur des obstacles actuels.** Elle pourrait être réalisée auprès d'un échantillon représentatif d'établissements de soins de santé qui reflète la situation dans les établissements et dans les environnements en zone urbaine et rurale dans tout le pays. Elle devrait également inclure des données en matière de rejet social et de discrimination, pas uniquement s'agissant du VIH, mais aussi s'agissant de la tuberculose et de l'appartenance à d'autres populations clés.
- **Amélioration de la sensibilisation en matière d'engagement du pays pour garantir l'accès à des services de lutte contre le VIH exempts de rejet social, pour toutes les populations et pour tous les Camerounais, en** 1) soutenant l'élaboration d'une directive politique rédigée par MINSANTE, par le biais du CNLS, afin de garantir que les établissements de santé fournissant des services de santé et de lutte contre le VIH ne refusent pas leur accès à ceux qui le nécessitent et que la non-discrimination soit une valeur fondamentale appliquée dans l'ensemble du système de soins de santé ; 2) sur la base de cette assistance, en élaborant des politiques de non-discrimination au niveau des établissements ; et 3) en soutenant l'élaboration et la diffusion d'informations et de documents sur les droits des patients. Les OSC à l'initiative de populations clés pourraient être habilitées à vérifier la conformité avec ces textes, par le biais de leurs observatoires existants, par exemple, et par le biais des structures du CNLS.
- **Formation et soutien aux agents de santé à la fois dans le cadre de la formation initiale et en cours de formation, afin d'apporter des services de soutien exempts de rejet social aux populations clés.** Sur la base des enseignements tirés du projet CHAMP susmentionné, il conviendrait d'élaborer un plan pluriannuel en matière de formation régulière et de soutenir les éléments qui entraînent un changement durable des connaissances, des comportements et des pratiques.
- **Développement des observatoires pour qu'ils contrôlent également le respect, par les établissements de santé, des codes d'éthique et les directives en matière de prestation de services aux populations clés et vulnérables dans l'ensemble du secteur de la santé.** Des projets actuels pourraient être élargis afin d'inclure cette composante, par exemple, le travail des observateurs des droits de l'homme au sein des communautés, ainsi que le projet entrepris par Positive Generation qui contrôle la qualité des services de lutte contre le VIH fournis aux personnes vivant avec le VIH. Ces activités positives pourraient être développées afin d'inclure un réseau de partenaires de la société civile bien coordonné. Les résultats de ce travail pourraient être utiles au niveau communautaire, dans le soutien à la résolution collaborative de problèmes rencontrés avec les établissements de santé et les agents de santé. Ils pourraient également être consolidés au niveau régional et national afin d'alimenter des brochures et des interventions de conseil.
- **Renforcer les compétences et l'engagement des agents de santé à fournir des services de santé sexuelle et reproductive liés au VIH, exempts de rejet social et ouverts aux jeunes, en faveur des adolescents et des jeunes.** Les activités actuellement menées au sein de différents secteurs et visant à améliorer les services de

lutte contre le VIH et d'autres services de santé en faveur des jeunes et des adolescents, et particulièrement des jeunes femmes, devraient faire l'objet d'une évaluation complète et, sur la base des résultats, devraient être renforcées et élargies afin d'atteindre plus de régions et de communautés où résident des adolescents dans le besoin. Les organisations à l'initiative d'adolescents et de jeunes devraient jouer un rôle actif dans le suivi des changements qui s'opèrent dans l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH et autres, et dans l'utilisation des résultats afin de collaborer avec les établissements et les agents de santé pour aboutir à des améliorations.

DP 3 : sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre

Différentes parties prenantes ont mené des interventions de sensibilisation de la police et du secteur judiciaire en matière de rejet social et de discrimination liés au VIH, ainsi qu'en matière de questions plus spécifiques concernant les populations clés. Ces activités portaient principalement sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnelles du sexe. Aucune d'entre elles ne visait directement les besoins des consommateurs de drogues injectables ou des personnes transgenres.

Avec le soutien du Fonds mondial et le soutien institutionnel du Ministère de la justice, CAMNAFAW a accueilli, par le biais de ses bénéficiaires, des réunions de sensibilisation des magistrats et des juges dans 5 villes (Yaoundé, Buea, Bafoussam, Garoua, Ngaoundere). L'organisation estime que ces réunions ont conduit à une collaboration renforcée entre les bureaux de coordination nationale/régionale de CAMNAFAW et le système judiciaire. En outre, à l'issue de ces réunions, le système judiciaire s'est dit plus disposé à collaborer avec les autorités administratives, la police, les organisations de la société civile et d'autres acteurs, afin de réduire les cas d'abus de la police et de mauvaise gestion de la justice à l'encontre des populations clés (EIC avec CAMNAFAW, juin 2017).

CAMNAFAW et ses bénéficiaires ont également organisé des réunions similaires avec la police, avec le soutien institutionnel du Délégué général de la sécurité nationale et du Secrétariat d'État de la défense de Yaoundé, Douala, Bafoussam, Ngaoundere et Garoua. Cette action a permis la sensibilisation d'un total de 111 policiers. Selon CAMNAFAW, les principaux résultats incluent une meilleure compréhension des avantages de l'éducation par rapport à la répression parmi les populations clés et du rôle de la police et des services de sécurité dans le soutien à l'accès aux services de lutte contre le VIH par ces groupes (EIC avec CAMNAFAW, juin 2017). Aucune information complémentaire n'est toutefois disponible pour étayer le fait que les comportements et les pratiques de la police se sont améliorés du point de vue des populations clés.

Le Ministère de la justice, par le biais de la Sous-direction Santé pénitentiaire, collabore avec un certain nombre d'OSC pour soutenir les programmes de lutte contre le VIH dans les prisons, financés par le Fonds mondial. Cette action est souvent combinée à des interventions qui traitent de la tuberculose (voir section 5.5.12 ci-après). Ces activités comprennent un dépistage du VIH, y compris à l'entrée, et une formation et un soutien aux prisonniers pour qu'ils deviennent éducateurs pairs. En tant que bénéficiaires de CAMNAFAW, ACMS, JAPSSO et GBFC comptent parmi les groupes qui collaborent avec le Ministère de la Justice. L'action inclut une collaboration avec les autorités des prisons locales pour comprendre et soutenir les interventions qui couvrent actuellement 44 des 77 établissements du pays. Elle ne prévoyait toutefois pas la dimension spécifique des droits humains autrement que par des mesures indirectes de réduction du rejet social par le biais d'activités d'éducation par des pairs qui

étaient principalement axées sur l'information et l'enseignement en matière de VIH, l'encouragement du dépistage des prisonniers et le soutien aux PVVIH sous traitement.

Malgré ces efforts, il reste tout de même des lacunes et des défis importants :

- L'accent a été mis sur des activités ponctuelles sans volonté de suivre les changements produits dans le temps. Il n'existait par exemple aucun lien entre ces interventions et celles relevées par les *observatoires* des droits de l'homme (voir description à la section 4.5.8 ci-après) afin de pouvoir mesurer les changements significatifs.
- Il n'existe pas d'actions au niveau institutionnel, par exemple des modifications des programmes de formation pour le recrutement de la police ou pour l'enseignement des magistrats qui permettraient d'inclure de manière formelle et permanente des contenus sur les droits humains en lien avec le VIH pour les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés. Il est pourtant reconnu que, sans modifications du contexte juridique pour la population criminalisée, il sera difficile de parvenir à cet objectif.
- Une grande partie du travail du Ministère de la justice sur le VIH dans les prisons est effectuée par des partenaires externes sans accent particulier sur la question des droits humains. Le Ministère de la justice fait preuve d'une mauvaise coordination et assume peu de responsabilités en la matière. C'est pourquoi il existe toujours de nombreuses lacunes et de nombreux obstacles à la fourniture fiable de services de lutte contre le VIH, y compris le traitement contre le VIH, et l'engagement du Ministère de la justice à traiter cette question de manière prioritaire reste faible. Le fossé se creuse pour les prisonniers vivant avec le VIH à leur libération, car il n'existe actuellement aucune coordination entre le Ministère de la justice et le Ministère de la santé pour assurer la continuité des soins après la libération.

Une approche **complète** du changement des connaissances, des comportements et des pratiques des agents des forces de l'ordre inclurait ce qui suit (voir annexe A pour des actions plus spécifiques) :

- **Assistance à la collaboration intersectorielle/interministérielle entre les secteurs juridiques, judiciaires et de la santé afin de soutenir les programmes de lutte contre le VIH en faveur des populations clés.** Cette tâche essentielle permettrait aux secteurs de mieux comprendre l'importance des interventions de santé publique visant à soutenir les populations clés et à répondre à leur besoin, par exemple, de bénéficier d'un accès aux services de la part de la police et de la justice plutôt que de voir ces dernières représenter un obstacle. Le CNLS a reçu ce mandat et devrait rendre plus de comptes sur son exercice car il peut concerner les niveaux des institutions et des dirigeants, ce qui est indispensable à la garantie d'un changement institutionnel plus grand, parallèle à la poursuite des efforts au sein de la communauté (comme ceux de CAMNAFAW).
- **Développer la formation et la sensibilisation au sein du secteur juridique et judiciaire.** Les organisations effectuant cette tâche devraient collaborer afin d'identifier les meilleures pratiques et, sur cette base, élaborer un programme principal pour la police et la gestion de la police ainsi que pour la justice, qui serait intégré à la formation initiale ou en cours de formation. Dans les deux cas, les faiblesses de ces professionnels en matière de VIH devraient être prises en compte. Ce plan devrait être concentré sur la réalisation de changements institutionnels.
- **Développer les dialogues communautaires et d'autres activités locales qui créent des relations positives entre la police locale, la justice, les dirigeants**

communautaires et les groupes de populations clés. Une telle action est déjà en cours au Cameroun et devrait être pérennisée et étendue à l'échelle du pays. Toutefois, il conviendrait de mettre davantage l'accent sur le suivi et la mesure de l'efficacité de cette action dans la réduction du rejet social, de la discrimination et de l'abus et d'y apporter un plus grand soutien.

- **Élaboration d'une politique relative à la fourniture de services de lutte contre le VIH et la tuberculose dans les prisons.** Il devrait s'agir d'un effort commun entre le Ministère de la justice et le MINSANTE et cette politique devrait clairement mentionner que les deux ministères assument une « responsabilité partagée » en matière de fourniture de services de lutte contre le VIH et la tuberculose ainsi que de tous les services sanitaires, à tous les prisonniers, y compris ceux qui sont en détention préventive/en attente de leur procès. La politique devrait également concerner la transition concernant le traitement du VIH à la libération des prisonniers. Elle devrait clairement faire mention de normes de droits humains en matière de VIH et de tuberculose.
- **Élaborer et diffuser un programme de formation/sensibilisation en faveur des agents pénitentiaires.** Les partenaires techniques et les OSC devraient soutenir le Ministère de la justice dans l'élaboration des documents et dans l'organisation de la formation. Ceux-ci devraient comprendre des sections consacrées au rejet social et à la discrimination, y compris vis-à-vis des populations clés, à la prévention de la violence physique et sexuelle, et au rôle essentiel des agents pénitentiaires dans le soutien aux prisonniers qui recourent aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose.
- **Élaborer et fournir un programme de formation/sensibilisation pour les prisonniers en matière de droits humains liés au VIH et à la tuberculose.** Une fois encore, des partenaires techniques et des OSC devraient aider le Ministère de la justice à élaborer et à mettre en œuvre le programme. Dans l'idéal, il devrait devenir un composant de ce que les éducateurs pairs devraient fournir aux autres prisonniers.
- **Mise en place d'un groupe de travail technique dans le but de renforcer la collaboration entre le Ministère de la justice, le Ministère de la santé, les partenaires techniques et les OSC, afin de proposer des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose dans les prisons.** Le Ministère de la justice, avec le soutien du CNLS, devrait mettre sur pied ce groupe de travail technique. Le suivi de la fourniture des programmes de formation/sensibilisation sur les droits humains ainsi que la mesure de leur impact, par exemple, par le biais d'évaluations régulières telle que celle réalisée par le GIZ en 2013, devraient également relever des fonctions des groupes.

DP 4 : Éducation juridique (« connaissez vos droits »)

Au sein de la communauté LGBT, de nombreuses organisations de la société civile ont mis en place des actions ayant pour objectif de renforcer les connaissances et les capacités des personnes et des communautés en matière de droits humains, d'orientation sexuelle et d'identité de genre (Nemande, 2017). De même, des réseaux de personnes vivant avec le VIH et d'organisations travaillant avec des professionnelles du sexe et des consommateurs de drogues injectables ont également entrepris un travail sur la documentation juridique et en matière de droits humains.

Un exemple récent de ces activités est qu'en 2016, Alternatives-Cameroun a organisé, en soutien avec CHAMP, des ateliers de sensibilisation sur les droits humains en faveur des éducateurs pairs et des dirigeants communautaires travaillant avec des hommes ayant des

rapports sexuels avec des hommes et des professionnelles du sexe à Douala, Yaoundé, Kribi, Limbe et Buea. Au total, 24 éducateurs pairs HSH et 25 éducateurs pairs PS ont été sensibilisés et habilités à former leurs pairs sur les droits humains. Le contenu de la formation incluait la question du VIH et des droits humains, la violence sexiste et le VIH, la différence entre homosexualité et pédophilie, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, la discrimination et la violence liée à l'orientation sexuelle et l'identité de genre, comment vivre sa sexualité en toute sécurité, y compris les conséquences de la révélation de son homosexualité en termes de sécurité et l'égalité judiciaire au Cameroun. Même s'ils s'accordaient sur l'importance de la formation, les informateurs clés ont souligné le besoin en activités de suivi pour les individus des communautés afin de mettre en application les connaissances acquises dans leurs situations personnelles au sein des communautés.

Alternatives-Cameroun, par le biais d'une collaboration avec l'ACAFEJ (Association camerounaise des femmes juristes), RECAP+ et d'autres partenaires, a mené d'autres activités visant à approfondir la réflexion et à sensibiliser plus encore la communauté LGBT aux droits humains. Ces activités comprennent des tables rondes, la célébration de la journée du « Non » (à la discrimination) mise en place par l'ONUSIDA, de la Journée internationale contre l'homophobie et la transphobie, et la participation à une campagne « Support, Don't Punish » pour la promotion de politiques antidrogues qui garantissent le respect des droits humains des consommateurs de drogues injectables. Malgré tout, selon certains informateurs clés, certaines de ces activités ont uniquement abouti à une sensibilisation à court terme sur les réalités des personnes transgenres et des consommateurs de drogues injectables, par exemple, et n'ont pas engendré une plus grande solidarité ou l'inclusion d'autres priorités dans la sensibilisation ou les programmes dirigés par les populations clés au sens plus large.

Enfin, les organisations à l'initiative de populations clés ont également intégré les éléments « connaissez vos droits », tels que des groupes de discussion sur la santé sexuelle et le VIH, des événements socioculturels, et des enseignements par des pairs ainsi que des activités de proximité.

Malgré l'importance de ces activités, il reste des lacunes et des obstacles tout aussi importants, notamment :

- Il n'existe aucun consensus sur ce que comprennent les droits juridiques et humains des populations clés au Cameroun, y compris le rôle des normes internationales en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Au cours de l'évaluation, certains dirigeants de la société civile ont exprimé leurs réserves quant au contenu et aux modalités de leurs interventions et de leur pertinence vis-à-vis des réalités vécues par les personnes qu'ils tentaient d'atteindre. Les droits juridiques et humains de nombreuses populations clés ne sont pas reconnus au Cameroun et, par conséquent, ces personnes sont dans l'incapacité de faire valoir leurs droits dans le contexte juridique national.
- Pour certains groupes de populations clés, par exemple les professionnels du sexe et les consommateurs de drogues injectables, l'intérêt en matière de protection et de promotion des droits juridiques et humains est faible, notamment parce qu'ils n'y ont rien gagné ou parce que toute tentative de susciter l'intérêt a eu des conséquences négatives telles qu'une augmentation de la discrimination et des abus.
- Les programmes de promotion de la connaissance et de la mise en œuvre des droits du patient ont attiré peu d'attention. La mise en place de ces programmes en faveur des personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés, les femmes et les personnes vivant avec un handicap, constituerait un point de départ pragmatique.

Une approche **globale** d'amélioration de la formation juridique devrait inclure les éléments suivants (voir annexe A pour des interventions plus spécifiques en la matière) :

- **Soutien à l'évaluation du contenu et à la mise en œuvre des modalités des activités de formation juridique/sur les droits humains à l'initiative des populations clés et, sur la base des résultats, diffusion des meilleures pratiques.** Les informateurs clés ont clairement indiqué que le travail de formation juridique restait important pour les groupes de populations clés. Toutefois, ils ont également signalé qu'il était nécessaire d'approfondir la réflexion afin de garantir que la mise en œuvre de ces activités entraîne une amélioration de la résilience et des interventions en faveur de ces personnes et encourage leur accès et leur recours aux services de lutte contre le VIH ainsi que la rétention dans ces services.
- **Soutien au développement de cadres des éducateurs pairs sur les droits humains parmi les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables.** Cela peut faire partie du travail des OSC et des réseaux soutenant ces populations. Les éducateurs peuvent être recrutés parmi les agents de santé communautaire pour fournir des informations, à la fois dans le domaine juridique/des droits humains et de la santé, ainsi que pour diriger les personnes vers des assistants juridiques et des avocats. Outre le partage d'informations et de connaissances, leur rôle pourrait être d'aider les communautés à se mobiliser pour la mise en place d'activités, de lois et de droits spécifiques afin de mieux se protéger et d'obtenir un accès aux services de santé.
- **Élaboration et diffusion de documents sur le droit des patients et sur la manière dont les patients devraient être traités lors de la fourniture de soins de santé, ainsi que sur l'endroit où ils peuvent obtenir réparation en cas de mauvais traitement.** Ces documents devraient être largement diffusés dans les établissements de soins de santé et devraient être élaborés de manière à faire concorder la formation des agents de santé et l'élaboration de politiques non discriminatoires dans le contexte des soins de santé, ainsi que le suivi par la société civile de la fourniture des soins de santé.
- **Élargissement des interventions afin d'améliorer les connaissances et la sensibilisation en matière de droits sanitaires et humains en faveur des enfants, des adolescents et des jeunes.** Bien que la loi et les politiques contiennent toujours des limites dans l'accès indépendant aux services de lutte contre le VIH et aux services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes, ces groupes bénéficient néanmoins de droits, dans la loi et les politiques, de bénéficier d'interventions visant leurs besoins. Selon les données d'enquête et les points de vue des informateurs clés, la plupart des adolescents et des jeunes n'ont pas connaissance des droits que leur accordaient la loi et les politiques en matière d'accès aux services de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et reproductive. L'amélioration de la sensibilisation est une étape importante pour mobiliser plus encore cette population, à la fois en matière de recherche de services de lutte contre le VIH, mais également d'appui du changement dans le domaine législatif et politique pour qu'il soit plus favorable à leurs besoins spécifiques.
- **Élargissement des interventions afin de « populariser » les législations et les politiques conçues pour protéger les enfants vulnérables de l'exploitation et des abus et leur garantir l'accès aux services de santé.** Il est nécessaire de mettre en place plus d'activités intersectorielles et collaboratives nécessaires à l'amélioration des

connaissances et de la sensibilisation en matière de cadre juridique et politique pour la protection des orphelins et enfants vulnérables et pour le soutien à l'accès aux services de protection sociale et de santé, y compris ceux de lutte contre le VIH.

DP 5 : Services juridiques liés au VIH

Avec le soutien du Fonds mondial, CAMNAFAW a recruté en décembre 2013 deux avocats, avec la participation de dirigeants d'organisation de la société civile de populations clés, du comité de supervision de la mise en œuvre de leur plan d'atténuation des risques, l'ICN et le CNLS. Les avocats ont depuis lors fourni une assistance juridique aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux professionnelles du sexe, malgré les risques professionnels et personnels.¹¹ L'assistance permet de traiter les questions juridiques en matière de persécution et d'abus fondés sur l'orientation sexuelle et sur l'implication dans la prostitution. Elle n'est pas élargie à d'autres problèmes juridiques. Les avocats ont également participé à des ateliers de sensibilisation avec des membres du secteur juridique et judiciaire. Même si les deux avocats font de leur mieux pour fournir une réponse rapide aux cas d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de professionnelles du sexe détenus par la police et ont permis d'éviter efficacement des poursuites et d'assurer la sécurité lors de la libération des personnes, ils n'ont toutefois pas été en mesure de fournir une assistance à l'échelle du pays (EIC avec avocats des droits de l'homme, juin 2017).

Les organisations de la société civile à l'initiative des populations clés ont fourni à leurs membres et aux utilisateurs de services un accès aux services juridiques. Humanity First a mis en place un numéro de téléphone gratuit pour les personnes nécessitant une aide en urgence, ce qui constitue un exemple d'interventions qui dépassent les centres urbains. Si nécessaire, les appelants peuvent être dirigés vers un des avocats susmentionnés pour bénéficier des informations et des conseils sur la manière de faire face à leur problème juridique. Les informateurs clés ont fait mention d'un certain nombre d'exemples où, dans le cadre des services fournis, il a été fait appel à l'assistance pour sécuriser la libération de prisonniers, par exemple, et Humanity First a en a fait mention dans son rapport annuel sur les droits humains (voir **section 4.5.8**, ci-après).

Au vu de la limite évidente de la portée et de la couverture de cette tâche importante, une approche globale de la fourniture de services juridiques liés au VIH devrait inclure les éléments suivants (voir annexe A pour des actions plus spécifiques pertinentes) :

- **Recrutement, formation et soutien aux assistants juridiques pairs** parmi les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables. Au vu des divers besoins en matière de droits humains et de droits des différentes populations, il sera nécessaire d'établir un cadre d'assistants juridiques pour chaque groupe de population clé. Ils pourraient toutefois être recrutés parmi les agents de santé communautaires, de sorte que, après leur formation en tant qu'assistants juridiques, ils pourraient apporter des informations sanitaires et un soutien juridique. L'ensemble des assistants juridiques aura besoin d'être supervisé par un plus petit nombre d'avocats et d'accéder à leurs services. Ces avocats devront avoir la volonté et être en mesure de travailler avec les populations marginalisées.

¹¹ Les risques professionnels et personnels encourus par les avocats et les défenseurs des droits de l'homme travaillant sur les problèmes des LGBT sont élevés au Cameroun, tant selon les personnes qui effectuent ce travail que selon les observateurs externes (Nemande 2017).

- **Élargir le réseau d’avocats ayant les connaissances et l’engagement nécessaires pour répondre aux besoins juridiques des populations clés et pour superviser les assistants juridiques parmi elles. Les réseaux à l’initiative des populations clés, les avocats et les défenseurs des droits de l’homme devraient collaborer afin** d’augmenter le nombre d’avocats désireux de soutenir les populations clés et de leurs assistants juridiques. Les deux avocats fournissant actuellement cette assistance devraient bénéficier de soutien à l’élaboration d’un programme de formation et à la fourniture d’un mentorat continu. En outre, la formation devrait inclure un soutien en matière de besoins juridiques des consommateurs de drogues injectables et des prisonniers.
- **Soutien à la préservation du numéro de téléphone gratuit de Humanity First.** L’évaluation a permis de mettre en évidence le besoin perpétuel en assistance juridique opportune, particulièrement en dehors de Douala ou de Yaoundé.
- **Soutien aux mécanismes d’intervention rapide en cas de menaces urgentes de la santé ou de la sécurité au sein des populations clés.** Il conviendrait de soutenir le travail continu des organisations à l’initiative des populations clés, dans le but de fournir un lieu sûr ainsi qu’un soutien juridique et psychosocial aux personnes nécessitant une protection et un soutien en urgence. Les organisations de la société civile qui fournissent actuellement un refuge devraient collaborer à la création d’un programme d’assistance essentiel et d’un plan coordonné afin de garantir de meilleurs couverture et accès à ces services indispensables.
- **Élaborer et mettre en place une stratégie d’engagement collaboratif entre les OSC à l’initiative des populations clés et le CNDHL pour renforcer ses capacités techniques et élargir son rôle dans le traitement du rejet social, de la discrimination et de la violence à l’encontre des populations clés et vulnérables et pour promouvoir l’accès de ces dernières aux services de lutte contre le VIH.** Le travail devrait commencer sur une base collaborative entre les populations clés et d’autres partenaires pertinents pour aider le CNDHL à modifier son approche actuelle. Quoiqu’il en soit, le CNDHL devrait adopter une position publique forte contre le rejet social et la discrimination dans la fourniture de services de santé puisqu’il s’agit d’un droit garanti par la législation de tous les citoyens, quel que soit le contenu d’autres lois et politiques.

DP 6 : Examen et réforme des lois, réglementations et politiques liées au VIH

L’activité principale au titre de ce domaine programmatique identifiée au cours de l’évaluation était le suivi et le compte-rendu des abus en matière de droits juridiques et humains relatifs aux lesbiennes, aux gays, aux bisexuels et aux personnes transgenres. Il n’existait cependant pas d’activités nationales en faveur des professionnelles du sexe ou des consommateurs de drogues injectables. Au moment de l’évaluation, deux actions à l’initiative de la population LGBT étaient en cours.

- Alternatives-Cameroun et Humanity First Cameroon, avec le soutien d’Amnesty International, avaient mis en place un réseau d’observateurs dans tout le pays dans le but d’améliorer les documents et les comptes-rendus d’abus des droits humains contre les personnes LGBT. Un premier rapport de violations de droits de l’homme des LGBT a été émis à la fin de 2016 (Humanity First et Alternatives Cameroun, 2016).

- Un autre groupe de 21 organisations, dont certaines sont à l'initiative des populations clés, s'est réuni en octobre 2016 sous la direction de CAMFAIDS afin de créer la plateforme Unity. Il s'agit d'un observatoire national axé sur les abus et les violations en matière des droits humains auxquels font face les personnes LGBT et les défenseurs des droits de l'homme et dont le rapport sur ces problèmes devait être publié en 2017.

Les organisations LGBT ont également été actives dans les mécanismes de l'ONU et du CADHP, y compris l'examen périodique universel, et dans les rapports du pays au titre de la Convention relative aux droits de l'enfant et de CEDAW par exemple.

Afin de traiter les problèmes de doublon et la portée limitée du suivi des interventions, une approche globale de suivi et de réforme des législations et des politiques qui posent problème devrait inclure ce qui suit (voir annexe A pour des interventions plus spécifiques en la matière) :

- **Soutien au combat pour le changement de l'âge du consentement pour l'accès indépendant aux services de santé, afin de donner aux adolescents l'occasion d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH sans consentement parental.** Dans un certain nombre d'autres pays de la région, l'urgence d'améliorer l'accès aux services de lutte contre le VIH en faveur des adolescents, particulièrement des adolescentes plus âgées, a engendré des examens et des modifications de politiques et de législation s'agissant de la capacité juridique à autoriser des services de santé. Au vu de l'augmentation de la charge du VIH sur les adolescentes et les normes socioculturelles en vigueur qui stigmatisent la divulgation de leur activité sexuelle, il est indispensable d'autoriser un accès indépendant aux services de lutte contre le VIH en vue d'améliorer la prévention du VIH et de favoriser un accès précoce au traitement et au soin du VIH.
- **Soutien au suivi et à la dénonciation publique des violations des droits juridiques et humains à l'encontre des populations clés.** Les activités menées actuellement par le biais des observatoires et de la participation aux processus des droits humains de l'ONU et du CADHP devraient être poursuivies sur une période de plusieurs années. Il conviendrait également de consacrer plus d'efforts dans le but d'atteindre un plus large public selon les résultats du suivi. Le CNDHL joue aussi un rôle dans la communication des tendances nationales.
- **Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie visant à améliorer la compréhension et l'engagement des divers secteurs dans un programme de réduction des risques en faveur des consommateurs de drogues injectables.** Un travail intersectoriel coordonné devrait débiter en vue d'enrôler les secteurs législatifs, judiciaires et de la santé dans un processus de renforcement politique, éducatif et d'engagement s'agissant de la réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables. Les organisations de la société civile et les partenaires techniques devraient, avec la participation active des consommateurs de drogues injectables, s'engager dans ces efforts.
- **Élaborer et mettre en œuvre un plan stratégique pluriannuel en vue de changer les connaissances, les comportements et les pratiques des hauts fonctionnaires, des acteurs politiques et des autres dirigeants vis-à-vis de leur circonscription.** Sur la base du travail réalisé dans le contexte du VIH visant à mieux reconnaître leurs besoins et leurs réalités, les organisations à l'initiative des populations clés devraient élaborer et mettre en place un plan d'engagement pluriannuel avec les hauts

fonctionnaires et les acteurs politiques, afin de mieux soutenir les changements politiques et législatifs globaux visant à éliminer les obstacles juridiques et aux droits humains.

DP 7 : Réduction de la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte du VIH.

Un certain nombre de partenaires techniques, de la société civile et du gouvernement se sont engagés dans le traitement des questions liées au genre dans le contexte de l'accès et du recours des services de lutte contre le VIH. Ces activités incluent :

- le travail du MINPROFF, en collaboration avec l'UNFPA, visant à sensibiliser les partenaires sur les politiques et les stratégies liées au genre et à améliorer l'accès des femmes et des enfants aux services, y compris des survivants de violence à caractère sexiste ;
- un soutien économique visant à lutter contre la pauvreté (activités sources de revenus par le biais des Centres de promotion femme et famille, par exemple) (MINPROFF) ;
- le développement de services en faveur des jeunes, comprenant des composants de lutte contre le VIH, par le biais de formation sur les orientations et la mise en œuvre de « Centres Ado » ou de centres de santé pour adolescents [OMS, MINSANTE (DSF) et CAMNAFAW] ;
- un travail d'amélioration des connaissances et de sensibilisation en matière du VIH et de santé sexuelle et reproductive dans les écoles [MINSANTE (DSF), FESADE] ;
- une mobilisation des communautés en vue de s'attaquer à la violence à caractère sexiste (FESADE) ;
- des activités communautaires visant à mobiliser les jeunes, y compris les adolescentes et les jeunes femmes, afin d'améliorer leurs connaissances et de mieux les sensibiliser sur la question du VIH et de la santé sexuelle et reproductive (Presse Jeune) ;
- des activités communautaires visant à faire participer les dirigeants religieux et culturels à la réduction du rejet social et de la discrimination et à promouvoir la prévention du VIH et l'accès aux services de santé parmi les adolescents et les jeunes (Presse Jeune et coll.) ;
- une formation par CHAMP d'éducateurs pairs, de conseillers psychosociaux, de travailleurs sociaux, de cliniciens et d'autres prestataires de services dans trois villes (Douala, Yaoundé et Bamenda) sur les principes de la riposte à la violence à caractère sexiste et la réponse de première intention pour les populations clés (CARE) ;
- des rapports et des conseils continus par le biais des observatoires des droits de l'homme sur les cas de violence à caractère sexiste à l'encontre des LGBT.

La riposte nationale collective à l'inégalité de genre et à la violence à caractère sexiste est toutefois bien plus vaste que ces exemples spécifiques. Une cartographie complète de ces activités dépassait la portée de la présente évaluation. Comme indiqué ci-dessus, une évaluation des questions de genre en lien avec le VIH a été réalisée au Cameroun en 2016 avec le soutien de l'ONUSIDA. Elle comprenait une évaluation des activités en cours visant à éliminer les obstacles liés au genre. Toutefois, au moment de la rédaction de la présente évaluation, les résultats n'avaient pas encore été publiés.

Au vu de ce qui ressort de *la présente* évaluation, il conviendrait d'envisager ce qui suit pour élaborer une approche globale de traitement de la discrimination à l'encontre des femmes et des filles en tant qu'obstacle aux services de lutte contre le VIH :

- **Élaboration et diffusion, par le biais de divers canaux incluant les éducateurs pairs, de versions popularisées des lois et des politiques visant à protéger les femmes et les filles des pratiques culturelles dangereuses et de la violence à caractère sexiste, et promotion de leur accès aux services de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et reproductive.** Il devrait s'agir d'un effort collaboratif entre partenaires techniques, ministères concernés du gouvernement et OSC. Cette action devrait notamment inclure le recrutement d'éducateurs pairs parmi les agents de santé en charge de la prévention et du traitement de santé communautaire qui pourraient être également formés à la communication d'informations sur les droits humains et sur les législations pertinentes pour les femmes et les filles, et donner des orientations en cas de problème. La mutilation génitale féminine et le repassage des seins ont été érigés en infraction avec la mise en application du Code pénal révisé en 2016, par exemple. Toutefois, selon les informateurs clés, les communautés où les femmes et les filles courent plus le risque de subir de telles pratiques n'ont pas eu connaissance de ces modifications. Des activités de plus grande ampleur, collaboratives et bien coordonnées, particulièrement entre le gouvernement et les partenaires de la société civile sont nécessaires pour combler ces lacunes.
- **Soutien aux OSC axées sur les jeunes ou à l'initiative de jeunes en vue de travailler avec d'autres jeunes des communautés sur les connaissances en matière juridique, des droits humains et le rejet social, et en vue de promouvoir l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.** L'engagement entre pairs devrait constituer une composante importante, particulièrement pour les adolescentes et les jeunes femmes et pour les jeunes vivant avec le VIH, ainsi que pour une collaboration avec les agents des établissements de santé afin de réduire les comportements et les pratiques de rejet social empêchant les jeunes d'accéder aux services de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et reproductive.
- **Élaborer un cadre pour les assistants juridiques, représentants de jeunes femmes dans toute leur diversité, afin d'apporter éducation, médiation et assistance juridique.** Le soutien des jeunes femmes devrait constituer une composante importante pour relever les défis du rejet social et de la discrimination à leur encontre en matière de fourniture de services de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et reproductive, ainsi que pour empêcher la violence à caractère sexiste et soutenir les survivants dans l'accès aux services juridiques et de santé.
- **Élargir et poursuivre la formation et l'engagement des dirigeants culturels et religieux locaux en vue de remettre en cause des normes sexistes dangereuses, dans le but d'empêcher la violence à caractère sexiste et d'encourager le recours aux services de lutte contre le VIH.** CAMNAFAW et d'autres mettent actuellement en œuvre de telles activités mais des efforts similaires n'avaient pas encore touché toutes les communautés. Une plus grande attention devrait être apportée au suivi des modifications à mesure que les activités s'élargissent.
- **Élargir des programmes globaux d'assistance aux survivants de violence à caractère sexiste.** Le Ministère de la santé et le Ministère de la justice devraient diriger cette action ensemble, avec une forte participation des OSC et des partenaires techniques.
- **Soutien aux organisations de la société civile travaillant avec les femmes et les filles dans le suivi de la mise en œuvre des dispositions du Code pénal contre des faits tels que le mariage forcé, l'abus et l'agression sexuels, la**

mutilation génitale féminine et le repassage des seins. Les observatoires des droits de l'homme devraient en être un modèle. Il est également possible de consolider et de mieux coordonner les efforts actuels afin de mieux atteindre les communautés rurales et éloignées où les femmes et les filles connaissent moins et sont moins sensibilisées en matière de politiques et de législations protectrices, ont moins de possibilités de chercher à obtenir réparation et, par conséquent, sont plus vulnérables à ce type d'actes criminels.

- **Les organisations de la société civile à l'initiative des populations clés, les partenaires techniques et le CNLS devraient, sur la base des résultats de la phase pilote actuelle, élargir la couverture de l'approche intégrée afin de traiter et d'empêcher la violence à caractère sexiste au sein des populations clés.** De beaux efforts sont déployés par le biais du projet CHAMP et d'autres partenaires locaux afin de proposer une approche globale de la prévention et de la riposte à la violence à caractère sexiste à l'encontre des populations clés. Après l'évaluation de ces efforts initiaux, il conviendrait d'élargir les services en fonction des résultats.

DP 8 : Traiter les obstacles liés à la pauvreté qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH

Au Cameroun, il n'existe aucune approche globale visant les obstacles liés à la pauvreté qui entravent l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH. Le Ministère de la santé a toutefois pris des mesures importantes pour traiter cette question.

En effet, depuis mai 2007, les antirétroviraux sont fournis gratuitement au Cameroun. En outre, le MINSANTE a déterminé des prix réduits pour le diagnostic et le dépistage du VIH, y compris le test de charge virale. Toutefois, même réduit, le prix des services constitue toujours un obstacle pour certaines personnes vivant avec le VIH car, comme indiqué précédemment, le respect du barème standard n'est pas cohérent.

Le CNLS a déployé la fourniture d'antirétroviraux au niveau communautaire par le biais des organisations de la société civile une fois que le traitement a été commencé au niveau des établissements de santé, de manière à apporter le traitement du VIH au plus près des personnes vivant avec le VIH et à décongestionner les centres de traitement du VIH. Les progrès sont toutefois lents et certains informateurs clés ont fait part de leurs inquiétudes sur la structure et le financement du programme qui ont compliqué leur participation.

Le nouveau PSN proposé prévoit un engagement à traiter les populations les plus pauvres vivant avec le VIH par le biais d'un ensemble complet d'outils d'assistance pratique fondée sur les besoins, y compris l'assistance financière. Un engagement similaire avait été pris au titre du PSN 2014/2017 sans succès, en raison, notamment, du manque de financement (MINSANTE, 2017a).

S'agissant du respect des frais de prise en charge réduits pour les utilisateurs de services de lutte contre le VIH au niveau des établissements, l'organisation de PVVIH, Positive Generation, a lancé un outil appelé *Treatment Access Watch* qui permet de contrôler l'accès au traitement de lutte contre le VIH au Cameroun, y compris le respect des coûts standard. Le projet soutient les observateurs qui collectent et transmettent des données sur l'accès aux soins de lutte contre le VIH dans 85 établissements de santé, soit 80 % de l'ensemble des établissements fournissant des services de lutte contre le VIH au Cameroun. Un rapport trimestriel est publié et contient des données sur des indicateurs tels que le pourcentage de CD4 ou les examens de charge virale effectués selon le barème standard. Selon le dernier rapport, par exemple, qui couvrait 39 établissements en février 2017, 100 % des

établissements proposaient le diagnostic de charge virale au prix indiqué de 5 000 CFA, alors que 24 % imposaient des frais supplémentaires pour les tests de CD4, au-delà du prix indiqué de 2 500 CFA (Positive Generation, 2017).

Par le passé, diverses organisations de la société civile avaient reçu un financement pour la fourniture d'une assistance pratique aux personnes vivant avec le VIH, y compris pour le transport. Au moment de l'évaluation toutefois ces programmes ne sont plus mis en œuvre. Seules les organisations de la société civile travaillant avec les orphelins et les enfants vulnérables fournissaient toujours une assistance aux familles ou aux tuteurs afin de garantir l'accès des enfants aux services de santé, y compris celui des enfants séropositifs (KidAids, CRS, Swaa-Littoral).

Une approche plus complète visant des obstacles liés à la pauvreté qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH pourrait inclure ce qui suit :

- **Élargir le travail des réseaux de personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés qui contrôlent l'accès et la qualité des services de lutte contre le VIH pour inclure les pratiques d'application de frais supplémentaires pour des services ou le non-respect des directives de MINSANTE s'agissant des services gratuits ou des prix réduits.** Les organisations de la société civile engagées dans cette tâche devraient régulièrement faire rapport des résultats du suivi et se servir de ces données pour pérenniser et renforcer les efforts de mobilisation de MINSANTE et d'autres visant à éliminer tous les obstacles financiers aux services de lutte contre le VIH et à prévoir une approche complète et coordonnée en vue de traiter les besoins des populations les plus pauvres vivant avec le VIH, y compris ceux de toutes les populations clés. Des efforts ciblés et mieux coordonnés sont nécessaires pour identifier les personnes les plus pauvres vivant avec le VIH ainsi que leur famille et leur foyer et pour fournir un ensemble de mesures d'aide qui veillent à les garder dans les programmes de lutte contre le VIH tout en soutenant la transition vers leur autosuffisance économique.

Investissements jusqu'à présent et coûts du programme global.

S'agissant du financement des interventions en faveur des droits humains, parmi les 30 entités de mise en œuvre à qui il était demandé de fournir des données financières sur les sources de financement et les montants dédiés aux programmes liés aux droits humains et au genre, seules 8 ont répondu au cours de la période de collecte de données. Le **tableau 2** ci-après comprend les montants des financements rapportés au titre de chaque domaine programmatique

Tableau 2 : Financement par domaine programmatique au 16.02.2015

Domaine programmatique	2015 (dollars US)	2016 (dollars US)
Réduction du rejet social et de la discrimination	117 833	126 642
Formation des agents de santé en matière de droits humains et d'éthique médicale	-	18 824
Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	-	84 714
Éducation juridique	-	22 567

Services juridiques	11 765	4 706
Suivi et réforme des lois et des politiques	18 016	12 795
Réduction de la discrimination liée au VIH à l'encontre des femmes	-	-
TOTAL	147 614	270 248

Bien que les sources de financement n'étaient pas systématiquement fournies par les répondants, les donateurs listés comprenaient Amnesty International, Rainbow Fund, African Council of AIDS Service Organisations et Heartland Alliance. Plus généralement, ces subventions consistaient en de petits montants de 10 000 dollars US ou moins. En outre, les sources de financement incluaient le Fonds mondial et le PEPFAR mais les informations servant à identifier les montants dans les allocations au niveau des pays pour chaque donateur étaient insuffisantes (voir ci-après). Les modifications des montants de financement selon les années s'expliquent probablement par l'incomplétude des données plutôt que par des changements de priorités du programme.

Les données ont été collectées pour les allocations au titre du Fonds mondial (et non pas pour les déboursments ou les dépenses) pour 2016 et 2017 selon chaque domaine programmatique. Ces données sont contenues dans le **tableau 3** ci-après.

Tableau 3 : Fonds attribués par le Fonds mondial en 2016/2017

Domaine programmatique	2016 (dollars US)	2017 (dollars US)
Réduction du rejet social et de la discrimination	26 715	396 504
Formation des agents de santé en matière de droits humains et d'éthique médicale	152 131	138 481
Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	85 773	85 773
Éducation juridique	28 136	15 280
Services juridiques	12 863	17 150
Suivi et réforme des lois et des politiques	24 934	1 834
Réduction de la discrimination liée au VIH à l'encontre des femmes	78 006	84 705
TOTAL	408 558	739 726

Entre 2016 et 2017, sur un budget total de 11 millions de dollars US en subvention, 1,2 million de dollars US ont été attribués pour des activités visant à lever les obstacles liés aux droits humains et au genre. L'augmentation significative du financement aux fins de la réduction du rejet social entre 2016 et 2017 s'explique par le soutien à une campagne nationale de réduction de la stigmatisation en 2017. Les différences de niveaux de financements pour d'autres activités ne peuvent être expliquées clairement à partir de ces données. Le Fonds mondial a accordé d'importants investissements en vue de soutenir les activités en faveur des femmes et des filles tout au long des programmes de lutte contre le VIH et pour traiter la violence à caractère sexiste. Ces informations n'apparaissent pas dans le tableau car il est difficile d'extraire les composants spécifiques aux droits humains de ces données. Les montants sont le reflet des activités sur le rejet social lié au VIH menées parmi les adolescents et les jeunes,

particulièrement les adolescentes et les jeunes femmes, et visant la formation des jeunes femmes pour qu'elles deviennent des éducatrices paires.

Entre 2015 et 2016 (absence de données pour 2017), le PEPFAR a alloué 3,2 millions de dollars US (en 2015) et 4,1 millions de dollars US (en 2016) à un ensemble de programmes de prévention et de traitement du VIH en faveur des populations clés (principalement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnelles du sexe) qui comprenait des composantes de réduction du rejet social, de formation des agents de santé, des dialogues communautaires, la fourniture de conseils juridiques et des interventions liées au genre. Toutefois, les montants spécifiques dédiés à chacun de ces éléments n'ont pas été ventilés.

Occasions pour les interventions d'élargissement

Selon les résultats de l'évaluation, il apparaît que la plupart des parties prenantes à la riposte au VIH font preuve d'importants élan et engagement en vue d'améliorer l'accès aux services de lutte contre le VIH pour les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés et vulnérables au Cameroun. Le soutien du Fonds mondial et du PEPFAR, en particulier, a permis de fournir d'importantes occasions de développer et de mettre en œuvre des interventions axées sur les droits humains et, au cours du processus, de renforcer la capacité des parties prenantes dans ce domaine. À l'approche de nouveaux cycles de financement, il existe des occasions de renforcer et d'élargir ce travail.

Les circonscriptions de populations clés sont fortes et résilientes au Cameroun, malgré le contexte socioculturel et juridique répressif. Elles ont manqué de niveaux adéquats d'investissement ainsi que d'engagements de financement pluriannuel qui soutiennent leurs mandats principaux incluant notamment les questions du VIH.

Enfin, le PSN VIH 2018/2022 fournit un contexte politique élargi pour les interventions liées aux droits humains et au genre dans le cadre de la riposte au VIH (MINSANTE, 2017b). Au titre du résultat d'impact 3 qui traite de la création d'environnements favorables, il a été appelé à une meilleure protection des droits juridiques et humains des personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés. En outre, l'importance du rôle de la société civile, y compris des populations clés, dans la mobilisation pour un changement de la législation et des politiques, a été reconnue.

Tout cela représente des occasions d'élargir plus encore les interventions visant à traiter et à éliminer les obstacles liés aux droits humains et au genre. Il conviendrait néanmoins de prendre en considération les éléments suivants afin d'en tirer pleinement profit.

- Mise en place et renforcement des mécanismes de coordination parmi les réseaux et circonscriptions de populations clés.
- Les déséquilibres des structures nationales de réseaux doivent être traités, particulièrement pour les professionnelles du sexe car, à l'heure actuelle, il n'existe aucun réseau ni organisation à l'initiative des professionnelles du sexe au Cameroun.
- Les structures du CNLS doivent être améliorées ou modifiées. Le groupe de travail ad hoc, par exemple, n'a pas fait preuve d'efficacité dans la gestion et la coordination de l'approche nationale visant à faire des populations clés une priorité. Les populations clés ne sont pas efficacement représentées dans les autres structures, particulièrement le GTT sur le traitement du VIH.

- Une assistance technique est nécessaire dans certains domaines, pour la conception et la mise en œuvre d'évaluations et pour l'élaboration d'une stratégie de réduction des risques.

V. Prévisions des besoins en financement pour les programmes globaux de lutte contre le VIH.

Les besoins en financement prévu pour les programmes globaux visant les obstacles liés au genre et aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose sont détaillés ci-après. Les calculs détaillés de la provenance de ces estimations sont inclus à l'**annexe C**. Le **tableau 3** ci-après contient les besoins en financement prévus pour les programmes complets de lutte contre le VIH.

Tableau 3 : Besoins en financement estimés pour les programmes globaux de lutte contre le VIH (dollars US)

Domaine programmatique	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL
Réduction du rejet social et de la discrimination	1 105 987	509 678	844 233	418 535	906 706	3 785 140
Formation des agents de santé en matière de droits humains et d'éthique médicale	223 930	337 335	146 148	97 623	271 217	1 076 252
Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	300 328	134 590	263 240	131 130	263 240	1 092 528
Éducation juridique	70 389	36 661	51 008	52 466	51 008	261 533
Services juridiques liés au VIH	294 639	197 105	197 105	276 566	180 737	1 146 152
Suivi et réforme des lois et des politiques	349 004	247 886	185 038	189 278	151 897	1 123 104
Réduction de la discrimination liée au VIH à l'encontre des femmes	571 946	490 207	431 123	402 452	490 207	2 385 935
Autres activités	8 820	379 774	507 199	379 774	507 199	1 782 766
TOTAL	2 925 043	2 333 236	2 625 094	1 947 825	2 822 211	12 653 408

Selon les données financières limitées collectées pour l'évaluation, il apparaît que le niveau de financement dédié aux actions en faveur des droits humains, provenant d'autres sources que le PEPFAR, atteignait 680 000 dollars US en 2016, en incluant le financement du Fonds mondial et d'autres sources. Ce montant a augmenté en 2017, la part du Fonds mondial atteignant à elle seule 740 000 dollars US. Sur une période de 5 ans, le montant atteindrait 3,5 millions de dollars US, soit environ 25 % des 12,6 millions de dollars US prévus et nécessaires pour mettre pleinement en œuvre une approche globale. Au cours de la période 2018/2020, le pays allouera environ 5 millions de dollars US des ressources du Fonds mondial au soutien à l'élargissement des activités de suppression des obstacles liés aux droits humains et au genre. D'autres investissements du PEPFAR et d'autres donateurs soutenant actuellement cette action devraient progresser pour aboutir à ce montant, ce qui signifie que le pays ferait ainsi un grand pas dans l'utilisation des financements additionnels nécessaires pour garantir la pleine mise en œuvre de l'approche globale dans les années restantes.

VI. Résultats de référence : Tuberculose

Les résultats de l'évaluation pour la composante tuberculose sont présentés ci-après : un aperçu de l'épidémie de la tuberculose au Cameroun, avec une attention particulière accordée aux populations clés et vulnérables comprises dans l'évaluation ; informations sur les tendances en matière d'accès et de recours aux services de lutte contre la tuberculose et le VIH/tuberculose pour illustrer l'ampleur des lacunes actuelles ; un aperçu du contexte général de la riposte contre la tuberculose, avec un accent particulier sur les composantes traitant de la question des droits humains et du genre ; une analyse des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose ; une analyse des activités actuelles visant ces obstacles, y compris les lacunes, les défis, des recommandations relatives à une approche plus globale ; et, enfin, une analyse des possibilités d'élargissement des activités actuelles sur une période de 5 ans.

Globalement, la tuberculose reste un problème de santé majeur au Cameroun. Il existe certains chevauchements dans les épidémies de tuberculose et de VIH, ce qui signifie qu'un certain nombre d'obstacles liés aux droits humains et au genre identifiés sous la composante VIH concerne aussi la tuberculose. La plupart des parties prenantes ne comprennent pas suffisamment les questions de droits humains et de genre dans le contexte de la tuberculose et il est arrivé que l'équipe en charge de l'évaluation peine à obtenir des informations sur les obstacles liés ces droits. Les informations toutefois obtenues mettaient en évidence les défis actuels que représentaient le rejet social et la discrimination au sein des communautés, l'absence de respect des normes sanitaires et de sécurité sur le lieu de travail et le faible engagement dans la gestion de la tuberculose dans les prisons. Certaines activités sont actuellement menées pour relever ces défis. Toutefois, elles restent à petite échelle ou traitent la question des droits humains ou du genre dans le contexte de la tuberculose uniquement de manière superficielle. Les sections suivantes contiennent de plus amples détails sur ces questions.

Charge de la tuberculose au sein des populations clés et vulnérables

En 2015, l'OMS a estimé que le Cameroun comptait 49 000 nouveaux cas de tuberculose (toutes formes confondues) pour une incidence sur la population de 212/100 000 (OMS, 2016). Au niveau national, il existe des disparités entre le nombre de cas estimés et le nombre de cas rapportés, car en 2014, le PNLT a identifié uniquement 26 500 cas ou 49 % des 54 000 cas estimés par l'OMS cette année-là.¹² Les taux de notification de cas de tuberculose étaient les plus élevés pour les villes de Yaoundé et de Douala (PNLT, 2014b).

Au titre du PSN TB, le PNLT a identifié les personnes vivant avec le VIH, les agents de santé, les prisonniers, les réfugiés et les demandeurs d'asile ainsi que les enfants comme étant des populations clés et vulnérables. Les consommateurs de drogues injectables constituent également une population à haut risque pour la tuberculose mais ne sont pas identifiés en tant que telle par le pays. Aucune enquête nationale de la prévalence de la tuberculose n'a été réalisée récemment au Cameroun, ce qui signifie qu'il subsiste d'importantes lacunes dans la compréhension de la manière dont la tuberculose touche les différents groupes dans le pays, y compris les populations clés ou vulnérables. En 2012, selon une étude consacrée à la tuberculose dans les prisons, le taux de détection des cas y est 11 fois supérieur aux chiffres

¹² Les chiffres nationaux proviennent des données programmatiques alors l'estimation de l'OMS est modélisée, ce explique en partie ces écarts.

nationaux comparables, malgré la mise en œuvre de programmes de traitement et de prévention du VIH et de la tuberculose dans les prisons (GIZ 2013 ; Noeske et al. 2014). Il était suggéré dans l'étude que la surpopulation, le manque d'aération et de services de santé (y compris le dépistage et le traitement de la tuberculose) constituaient des facteurs d'explication de ces écarts. Il ressortait également de l'étude que les taux de co-infection du VIH/tuberculose étaient inférieurs dans les prisons qu'au sein de la population en général (11 % contre 32 % au moment de l'étude), ce qui témoignait du rôle important que jouaient les conditions dans les prisons sur la charge élevée de la tuberculose au sein de cette population (dans la population en général, les taux élevés d'infection de la tuberculose sont directement liés aux taux élevés d'infection au VIH).

Le PNLT estime que les cas de tuberculose ont augmenté de 35 % dans la région de l'est entre 2013 et 2014. Cela s'explique par l'afflux de populations réfugiées de la République centrafricaine à cette période. Aucune étude n'a été réalisée sur la question de savoir si les réfugiés avaient été exposés à la tuberculose auparavant ou s'ils l'avaient contractée lors de leur déplacement ou dans des camps. Enfin, le PNLT a estimé qu'en 2013, seuls 4,4 % des 10 % de l'ensemble des cas de tuberculose estimés parmi les jeunes enfants (0 à 5 ans) avaient été diagnostiqués (PNLT, 2014b).

En 2014, la prévalence du VIH était de 36 % parmi les personnes atteintes de tuberculose (toutes formes confondues) et de 32 % pour les personnes atteintes de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée. La prévalence du VIH parmi les patients atteints de tuberculose variait fortement selon les régions, de 18 % à l'extrême nord à 60 % dans le nord-ouest (PNLT, 2014b). Le PNLT effectue toujours un examen des causes de ces différences. En outre, il n'existait aucune donnée consolidée sur la prévalence de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH ni pour les sous-groupes de personnes vivant avec le VIH, tels que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnelles du sexe ou les consommateurs de drogues injectables. La tuberculose reste la cause principale de mortalité liée au VIH dans le pays (Agbor et coll. 2014).

Tendances actuelles concernant l'accès et le recours aux services de lutte contre la tuberculose

Les données sur l'accès et le recours aux services de lutte contre la tuberculose, particulièrement pour les personnes les plus touchées par la maladie, sont presque inexistantes. En 2015, le taux de réussite du traitement variait considérablement dans le pays, atteignant 85 % dans le nord et 45 % à Yaoundé (OMS, 2016 ; PNLT, 2014b). Aucune autre donnée ventilée n'est disponible. Les groupes à l'initiative de populations clés qui soutiennent les centres d'accueil fournissent un dépistage de la tuberculose et des orientations en matière de traitement de la tuberculose, particulièrement pour les personnes vivant avec le VIH dont le diagnostic est récent. Toutefois, aucune donnée programmatique n'est disponible sur la part des personnes diagnostiquées ou traitées pour la tuberculose. L'absence de données constitue un défi pour évaluer l'ampleur des obstacles existants et savoir devant qui ils se dressent, et pour mesurer les efforts visant à les éliminer.

Aperçu du contexte stratégique, politique et social pertinent vis-à-vis des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

Dans l'ensemble, le même cadre juridique global relatif aux questions des droits humains et du genre s'applique pour la tuberculose que pour le VIH au Cameroun. Il n'existe aucune loi

spécifique à la tuberculose qui s'applique aux êtres humains (alors qu'il en existe pour la tuberculose bovine).

Le PSN TB 2015-2019 constitue le document politique d'orientation pour la riposte nationale à la tuberculose. La stratégie ne traite pas complètement la question du genre ou des droits humains dans le contexte de la tuberculose, ce qui a été soulevé à maintes reprises par les porte-parole qui luttent contre la tuberculose (FIS, 2014 ; National TB Community Coalition, 2017 ; EIC avec National TB Coalition, mai 2017). Toutefois, le plan tient bien compte de l'autostigmatisation et du rejet social communautaire constants et soutient la nouvelle enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (voir ci-après) ainsi que le renforcement du rôle des organisations de la société civile au niveau communautaire, ce qui inclut des activités de sensibilisation dans le but d'améliorer les connaissances et de modifier les comportements liés à la tuberculose.

Enfin, il n'existe aucune loi ni politique qui impose le traitement obligatoire de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante. Toutefois, dans le contexte des prisons par exemple, il existe certaines pratiques concernant l'isolement involontaire (voir ci-après).

Les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

Les résultats de la présente section viennent étoffer les informations issues de l'étude documentaire ainsi que les résultats du travail sur le terrain. Ils montrent que les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose sont bien réels et consistent principalement en un rejet social communautaire en raison de la maladie. Cette stigmatisation résulte notamment du manque d'informations sur la tuberculose ainsi que de préjugés négatifs vis-à-vis de la tuberculose, du manque de capacités et d'engagement dans les prisons pour gérer efficacement la tuberculose, ainsi que de la surpopulation carcérale qui est un facteur principal, des obstacles importants liés à la pauvreté et aux coûts des services de santé, et enfin du non-respect de lois et politique en matière de santé et de sécurité, visant à protéger les agents de santé, les agents pénitentiaires, et les autres personnes de l'exposition à et de la transmission de la tuberculose.

Rejet social et discrimination

Les résultats des études documentaires et les informateurs clés ont tous confirmé l'existence du rejet social et de la discrimination liés à la tuberculose au Cameroun. Ils se produisent globalement au sein des environnements personnels et communautaires des personnes touchées par la maladie. Par exemple, il ressort de la récente enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques que plus de la moitié des répondants estimaient que les personnes atteintes de tuberculose étaient rejetées par leur communauté, même par ceux qui avaient des connaissances sur la maladie (Bekang et coll. 2016). Malheureusement, les participants à l'enquête n'avaient en général que peu de connaissances sur la tuberculose. Il ressort d'une autre étude que les idées fausses personnelles sur la tuberculose (que c'est une maladie mortelle) découlent du retard de diagnostic et de traitement (Yakam et coll. 2013). Selon une autre étude encore, les retards similaires seraient le résultat de l'autostigmatisation et des craintes d'un rejet de la part de la famille et de la communauté dans le cas où le statut du malade serait connu (Barnabas 2010).

Du point de vue des informateurs clés, à la fois du PNLT et des porte-parole qui luttent contre la tuberculose, le rejet social communautaire et la stigmatisation dans les environnements personnels et familiaux, ainsi qu'au sein des communautés empêchent les personnes exposées

au risque de tuberculose ou déjà exposées à la maladie d'en reconnaître les signes et symptômes et de demander des soins dans les établissements de santé, y compris dans les centres de diagnostic de la tuberculose (CDT) (EIC avec PNLT et National TB Coalition, mai 2017 ; FIS, 2014 ; National TB Community Coalition, 2017). Les personnes cherchent souvent assistance auprès des tradipraticiens par exemple, avant de se diriger vers les établissements de santé alors qu'ils présentent souvent des symptômes avancés de tuberculose (EIC avec PNLT, mai 2017).

Lois, politiques et pratiques répressives

Un certain nombre d'aspects du contexte juridique répressif décrit à la **section 4.4.3** ci-dessus concerne également la tuberculose, particulièrement l'influence de l'environnement juridique répressif sur le refus des groupes de populations clés de recourir aux services de santé. Les interruptions de traitement contre le VIH dans les cellules de police et dans les prisons touchent également les personnes sous traitement antituberculeux par exemple. Les informateurs clés n'ont pas mentionné d'exemples de détention involontaire de patients atteints de tuberculose qui ont abandonné ou refusé d'accepter un traitement antituberculeux dans tous les environnements, y compris les hôpitaux.

La surpopulation carcérale et l'importante rotation des prisonniers maintenus en détention temporaire créent des conditions idéales pour l'exposition à la tuberculose parmi les prisonniers et le personnel, malgré les efforts du Ministère de la justice d'améliorer la situation avec le soutien de partenaires techniques [EIC avec Sous-direction Santé pénitentiaire (MINJUSTICE) et des organisations de la société civile soutenant les programmes de lutte contre le VIH dans les prisons, mai 2017 ; GIZ, 2013]. La pratique de la ségrégation de prisonniers atteints de tuberculose est monnaie courante, et bien que cela puisse servir les objectifs de contrôle de l'infection lorsqu'il n'existe que peu d'autres options, cela contribue au rejet social et à l'hésitation d'autres prisonniers de demander un dépistage, un diagnostic ou un traitement de la tuberculose [EIC avec Sous-direction Santé pénitentiaire (MINJUSTICE) et JAPSSO, mai 2017].

Enfin, les réfugiés et les demandeurs d'asile n'ayant pas de statut officiel ou de documents réguliers hésitent à faire appel aux services de santé publique, y compris les CDT, ou les services fournis spécifiquement dans les camps de réfugiés par crainte que leur situation ne soit découverte et qu'ils soient arrêtés ou déportés (EIC avec CRS, juin 2017). Au vu du taux élevé de détection de tuberculose dans les régions où le nombre de réfugiés est important, il s'agit là d'un problème particulier (EIC avec PNLT, mai 2017).

Inégalité de genre

Selon les données programmatiques du PNLT et les estimations de l'OMS, la charge de la tuberculose est plus élevée parmi les hommes adultes et que parmi les femmes (PNLT, 2014 ; OMS, 2016). Cela s'explique peut-être par l'incidence élevée de la tuberculose parmi les hommes prisonniers ainsi que par le recours au traitement du VIH plus faible pour les hommes que pour les femmes dans le pays. Toutefois, comme indiqué précédemment, en l'absence d'une enquête sur la prévalence nationale de la tuberculose, les résultats sont limités.

La question du genre et de l'inégalité de genre peut également être un facteur de la faible couverture du dépistage et du traitement de la tuberculose des enfants. Ce sont principalement les mères et les tuteurs qui emmènent les enfants dans les établissements de santé et, dans certaines régions du pays, les femmes doivent obtenir le consentement de leur mari pour se

rendre dans ces établissements ce qui a un impact sur l'accès à ces établissements pour les enfants (EIC avec KidAids, AFASO et CRS, juin 2017).

Pauvreté et inégalités socioéconomiques

Un certain nombre d'obstacles liés à la pauvreté qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH sont identiques pour la tuberculose. Les personnes démunies vivant avec le VIH n'ont pas non plus accès au traitement antituberculeux en raison des coûts (voir ci-après) ou des frais de transport, par exemple, de la même manière que l'accès aux services de lutte contre le VIH est entravé. En outre, les personnes atteintes de tuberculose multirésistante doivent assumer d'énormes coûts liés à la durée du processus de diagnostic et de traitement, ce qui contribue au faible nombre de cas dépistés ainsi qu'à l'arrêt du suivi du traitement après l'avoir entamé (FIS, 2014 ; EIC avec PNLT, mai 2017).

Les études documentaires et les entretiens avec les informateurs clés ont permis d'identifier dans l'évaluation certains autres obstacles spécifiques à la tuberculose liés à la pauvreté. Il s'agit des éléments suivants :

- Le dépistage de la tuberculose n'est pas gratuit (il coûte 1 000 CFA), ce qui influence la décision des personnes de se rendre ou non dans les établissements de santé et le moment où ils s'y rendent selon la progression de la tuberculose. En outre, les coûts du diagnostic, tel qu'une radiographie pulmonaire, entraînent d'autres retards ainsi que l'arrêt du suivi par les personnes dont le dépistage initial de la tuberculose indique une éventuelle présence de la maladie (FIS, 2014 ; EIC avec PNLT, National TB Coalition, mai 2017).
- Certains foyers et communautés sont éloignés des CDT et les coûts du transport constituent un facteur de retard des diagnostics et du traitement (EIC avec PNLT et National TB Coalition, mai 2017).
- Les notifications de cas de tuberculose sont plus élevées dans les régions du pays qui sont en difficultés socioéconomiques, particulièrement parmi les populations pauvres en zone urbaine (EIC avec PNLT, mai 2017).
- Comme indiqué ci-dessus, une alimentation et une nutrition adéquates ainsi qu'un accès aux services de santé externes reposent sur le soutien de la famille pour les détenus. Les prisonniers démunis ou abandonnés par leur famille y ont un accès plus limité et sont fréquemment victimes de malnutrition, ce qui les rend plus susceptibles de contracter l'infection de la tuberculose et a une influence sur la continuité et la réussite du traitement de la tuberculose après leur diagnostic (EIC avec Sous-direction Santé pénitentiaire, PNLT et JAPSSO, mai-juin 2017).
- Enfin, la pauvreté et le manque de financement constituent également une entrave à l'accès aux établissements de santé ou aux CDT pour les orphelins et les enfants vulnérables pouvant être exposés à la tuberculose, parce que leurs tuteurs ne peuvent se permettre de payer les coûts du transport ou les frais de dépistage et de traitement de la tuberculose (EIC avec KidAids et CRS, mai-juin 2017).

Exploitation et conditions de travail dangereuses

L'évaluation a permis d'identifier les principaux problèmes soulevés par les informateurs clés s'agissant des conditions de travail et de la tuberculose :

- les conditions des prisons, particulièrement la surpopulation, les infrastructures de mauvaise qualité, la mauvaise gestion du stock de fournitures et des marchandises (y compris des équipements de protection, tels que des masques) signifient que les agents de

santé dans les prisons et les agents pénitentiaires ont augmenté le risque d'exposition à la tuberculose (EIC avec PNLT et Sous-direction Santé pénitentiaire, mai 2017).

- De même, au sein des établissements de santé, y compris les CDT, la mauvaise infrastructure et la mauvaise gestion des stocks de dispositifs de protection, tels que des masques, ont augmenté le risque d'exposition à la tuberculose pour les agents de santé (EIC avec PNLT, mai 2017).
- Les services de santé inadaptés pour les travailleurs forestiers (longues distances et niveaux de services inadaptés des cliniques mobiles) entraînent de faibles taux de dépistage de la tuberculose et un faible recours au traitement antituberculeux en raison de l'éloignement des établissements de santé, y compris des CDT (EIC avec PNLT et GFBC, mai-juin 2017).
- De même, dans les camps de réfugiés, les niveaux des services de santé ne sont pas adaptés, ce qui entraîne de plus faibles niveaux de dépistage, de diagnostic et de traitement de la tuberculose (EIC avec PNLT et CRS, mai-juin 2017).

Aucune donnée programmatique n'était toutefois disponible pendant l'évaluation pour étayer ces observations.

Programmes visant à remédier aux obstacles liés à l'accès aux services de lutte contre la tuberculose – des programmes existants aux programmes globaux

L'évaluation n'a permis d'identifier que peu d'interventions spécifiques visant à traiter ou à éliminer les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose. Au vu du taux de co-infection dans le pays, les actions visant à traiter les obstacles entravant l'accès aux services de lutte contre le VIH viseront également les obstacles liés à la tuberculose pour les personnes co-infectées. Toutefois, une approche plus globale avait principalement pour limite le fait que la tuberculose était largement prise en considération d'un point de vue médical et non pas d'un point de vue communautaire ou axé sur le patient. Cela signifie que les connaissances et la compréhension des composantes liées aux droits humains d'un programme efficace de lutte contre la tuberculose sont très faibles parmi toutes les parties prenantes.

Malgré l'engagement envers la participation d'organisations de la société civile dans la fourniture de services de lutte contre la tuberculose au niveau communautaire et la mise en place d'une plateforme pour coordonner ces activités avec le soutien du Partenariat « Halte à la tuberculose », leur mise en œuvre est très faible. Les raisons principales en sont le manque de financement (le soutien pour la plateforme n'inclut pas d'actions) et les retards de décaissement des fonds disponibles par le PNLT (pour la composante tuberculose de la subvention du Fonds mondial, par exemple), selon les membres de la National TB Coalition. Cet aspect a été souligné dans le cadre du processus de dialogue au niveau des pays et les participants ont indiqué que le résoudre était une condition préalable à davantage d'engagement dans le processus de la part de National TB Coalition (National TB Coalition, 2017).

Le problème de la tuberculose n'est également pas bien pris en compte dans les activités visant la suppression des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH. Au sein des organisations de la société civile à l'initiative des populations clés,

par exemple, les questions de la tuberculose ne jouent pas un rôle très important dans les activités des droits humains, bien que, dans certains cas, dans le cas des services de santé, le dépistage de la tuberculose et le soutien aux personnes co-infectées pour le traitement antituberculeux soient fournis. Au vu de l'importante prévalence du VIH au sein des populations clés, particulièrement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnelles du sexe et les consommateurs de drogues injectables, on devrait s'attendre également à une importante prévalence de la tuberculose. Toutefois, à titre d'exemple du manque de prise en considération de la tuberculose, les enquêtes SBCI réalisées auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des professionnelles du sexe, par exemple, ne tiennent pas compte des questions ou des indicateurs sur la tuberculose.

Les sections suivantes contiennent une description du nombre limité d'interventions actuelles ainsi qu'une approche complète. En outre, l'**annexe B** comprend une liste d'un certain nombre d'**activités spécifiques** qui contiennent de plus amples informations sur l'approche complète.

DP 1 : Réduction du rejet social et de la discrimination

Le mandat des membres de National TB Coalition prévoit un travail au niveau communautaire visant notamment les questions du rejet social et de la discrimination liés à la tuberculose. Pour cela, il conviendrait d'améliorer les connaissances et de mieux sensibiliser les communautés à la question de la tuberculose. En outre, il faudrait aider les personnes à accéder aux services de lutte contre la tuberculose et à bien suivre leur traitement jusqu'à la fin. Toutefois, les informateurs clés ont indiqué que le financement de soutien à cette tâche n'avait pas été cohérent et, par conséquent, cette dernière ne pouvait être menée à l'échelle du pays (FIS 2016, 2017 ; National TB Coalition, 2017 ; EIC avec PNLT et National TB Coalition, mai 2017).

Les actions visant à traiter le rejet social et la discrimination liés à la tuberculose sont clairement limitées. Une riposte complète devrait comprendre les activités suivantes.

- **Élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action pluriannuel collaboratif visant le rejet social et la discrimination en lien avec la tuberculose, à l'échelle du pays.** Le plan devrait reposer sur des données et sur la compréhension des différentes formes et des différents impacts du rejet social et de la discrimination sur les sous-populations et dans des contextes particuliers (tuberculose dans les prisons ou parmi les enfants vulnérables, par exemple). En outre, il devrait contenir des approches ciblées selon les groupes ou circonstances spécifiques. Les partenaires techniques doivent jouer un rôle de soutien au PNLT dans la simplification de l'élaboration du plan d'action. Comme suggéré dans la section consacrée au VIH, il conviendrait de mesurer le rejet social lié à la tuberculose dans le contexte communautaire et des soins de santé afin de définir l'ampleur des obstacles actuels.
- **Élargir les activités pour renforcer la résilience des personnes atteintes de tuberculose dans les communautés et résister au rejet social.** Les OSC communautaires, y compris les membres de National TB Coalition, qui soutiennent les personnes tout au long du processus de diagnostic et de traitement de la tuberculose ont également la possibilité de mettre en œuvre des activités, incluant un soutien aux dialogues communautaires et entre les groupes, afin d'améliorer la capacité des personnes et des communautés à faire face et à résister au rejet social lié à la tuberculose, y compris l'autostigmatisation et le rejet social communautaire qu'elle crée. Une stratégie complémentaire pourrait consister à encourager les personnes traitées avec succès contre

la tuberculose à partager leur histoire et à s'assurer que les personnes encouragées à narrer leur histoire représentent une large diversité des différentes populations les plus touchées par la maladie.

DP 2 : Formation des agents de santé en matière de droits humains et d'éthique médicale liés à la tuberculose

La formation complète des agents de santé en matière de droits humains et d'éthique médicale et axée sur la tuberculose n'a pas eu lieu. Une organisation, JAPSSO, a inclus des sujets liés à la tuberculose dans son activité de sensibilisation des agents de santé à la réduction du rejet social en lien avec la tuberculose et le VIH.

- **Examen des documents de formation et des orientations en matière de tuberculose pour garantir la prise en compte totale des dimensions du genre et des droits humains ainsi que de l'éthique.** Si ce n'est pas le cas, ces documents devraient faire l'objet d'un examen. L'examen devrait garantir la couverture des questions du VIH et des droits liés au VIH dans les formations sur la tuberculose et la couverture des questions de la tuberculose et des droits liés à la tuberculose dans les formations sur le VIH, particulièrement pour les composantes relatives au traitement des personnes co-infectées.

DP 3 : Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre

À l'heure actuelle, il n'existe aucune intervention visant l'amélioration du soutien aux secteurs législatif et judiciaire pour les programmes de lutte contre la tuberculose, y compris en faveur des prisonniers et détenus. Les recommandations relatives à la manière de traiter ces obstacles dans les prisons se trouvent à la **section 5.5.11** ci-après.

DP 4 : Éducation juridique – « Connaissez vos droits en matière de tuberculose »

À l'heure actuelle, il n'existe aucune intervention visant l'amélioration connaissances juridiques et en matière des droits humains au sein des circonscriptions les plus touchées par la tuberculose, à l'exception des activités avec les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés. Malgré ces efforts, il n'existe aucun contenu spécifique à la tuberculose.

- **Pour remédier à cette faiblesse, le PNLT, la National TB Coalition et les partenaires techniques devraient collaborer afin d'améliorer les connaissances et la sensibilisation en matière de législation et de politiques sur la santé et la sécurité sur le lieu de travail en faveur des populations les plus touchées.** Les agents de santé, les agents pénitentiaires et d'autres devraient être régulièrement sensibilisés en matière de lois et de politiques sur la santé et la sécurité sur le lieu de travail ainsi qu'en matière de non-discrimination et de mécanismes de demande de compensation ainsi que de demandes de réparations en cas de violation de la loi et des politiques.

DP 5 : Services juridiques en lien avec la tuberculose et accès à la justice

À l'heure actuelle, il n'existe aucune activité visant à fournir des services juridiques spécifiques à la tuberculose. Les mesures suivantes devraient donc être prises en compte en vue traiter ce manquement.

- **Les assistants juridiques pairs, les avocats et les réseaux de soutien à la formation juridique et en matière de droits humains et à l'accès à la justice pour les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations devraient**

également porter assistance aux personnes vivant avec la tuberculose. Dans le cadre du renforcement et de l'élargissement de l'accès aux services juridiques pour les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés, il conviendrait d'inclure des composantes spécifiques visant à traiter la discrimination en lien avec la tuberculose. En outre, il conviendrait d'inclure la tuberculose dans les compétences spécifiques à maîtriser dans un réseau d'avocats ou de prestataires de services juridiques (tel que décrit dans la **section 4.5.7** ci-dessus). Ces compétences spécifiques en lien avec la tuberculose devraient comprendre la question de la discrimination sur le lieu de travail, les plaintes contre des employeurs pour conditions de travail dangereuses et absence de mesures de protection, la garantie de l'accès aux compensations et à d'autres bénéfices y compris dans le cas d'un décès dû à la tuberculose, et le traitement des cas d'isolement illégal de patients atteints de tuberculose dans les établissements de santé ou d'autres contextes.

DP 6 : Examen et réforme des lois, politiques et réglementations en lien avec la tuberculose.

À l'heure actuelle, il n'existe aucune activité visant à examiner les lois ou les politiques en lien avec la tuberculose. Les mesures suivantes devraient donc être prises en compte en vue traiter de manquement.

- **Renforcement de la protection en matière de santé et de sécurité sur le lieu de travail pour les agents de santé, les agents pénitentiaires, les travailleurs agricoles et autres.** En collaboration avec des partenaires issus de divers secteurs, y compris la société civile, le PNLT devrait régulièrement évaluer et améliorer les lois, politiques et mécanismes de protection de la santé et de la sécurité des employés travaillant dans des environnements où le risque d'exposition à la tuberculose est élevé.

DP 7 : Traiter les obstacles liés au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

Les actions visant à traiter les obstacles liés au genre qui entravent l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH amélioreront également l'accès aux services de lutte contre la tuberculose, particulièrement pour les personnes vivant avec le VIH. Bien que le PNLT ait identifié le besoin de traiter l'absence de recours aux services de lutte contre la tuberculose pour les hommes, par exemple, aucune intervention spécifique n'avait pourtant débuté au moment de l'évaluation. Les mesures suivantes devraient donc être prises en compte en vue traiter ce manquement.

- **Effectuer une évaluation des questions de genre dans les ripostes au VIH et à la tuberculose à l'aide de l'outil développé par l'ONUSIDA/le Partenariat « Halte à la tuberculose ».** Un plan d'action national devrait être mis en place selon les résultats à de cette évaluation.

DP 8 : Amélioration de la confidentialité et de la protection de la vie privée

Il n'existe aucune activité actuelle visant à assurer la confidentialité et la protection de la vie privée des patients atteints de tuberculose dans les établissements de santé et dans d'autres contextes. Les mesures suivantes devraient donc être prises en compte en vue traiter ce manquement.

- **Effectuer une évaluation de la situation de la confidentialité et de la protection de la vie privée des personnes atteintes de tuberculose dans les établissements de santé et dans d'autres contextes, et élaborer un plan**

d'action selon les résultats. Bien que la question de la confidentialité et de la protection de la vie privée ne soit pas toujours soulevée par les informateurs clés, certains d'entre eux ont suggéré que la prise en charge des patients atteints de tuberculose dans les établissements de santé entraînait une révélation de leur diagnostic à d'autres patients, sans leur consentement. Pour mieux comprendre cette question, le PNLT devrait collaborer avec National TB Coalition pour réaliser une évaluation et élaborer un plan d'action selon les résultats, dans le cas où d'importants problèmes seraient identifiés.

DP 9 : Mobilisation communautaire pour les personnes vivant avec la tuberculose

Outre les recommandations de la **section 5.5.3** ci-dessus, les **groupes de soutien communautaires pour les personnes vivant avec la tuberculose devraient être réunis et associés aux interventions communautaires visant le rejet social et la discrimination** et améliorant les connaissances juridiques et en matière de droits humains.

DP 10 : Amélioration des services de lutte contre la tuberculose dans les prisons

Dans le système carcéral, des organisations telles qu'ACMS, JAPSSO et GBFC apportent leur soutien au Ministère de la justice dans la mise en œuvre d'interventions de lutte contre la tuberculose dans certaines prisons (44 prisons, sur un total 77 prisons ciblées, sont actuellement couvertes). Il reste d'importantes failles dans les autres établissements non couverts par ces interventions. Il conviendrait d'envisager les mesures suivantes pour traiter ces lacunes.

- **Élaborer une politique commune entre le MINSANTE et le MINJUSTICE afin d'assurer à tous les détenus un accès aux services de santé, y compris au traitement de la tuberculose, tout au long de leur détention, même en cellules de police.** Pour traiter ces besoins, des directives plus claires sont nécessaires et une assistance technique et opérationnelle devrait être accrue pour garantir l'accès aux services nécessaires, y compris les médicaments.
- **Intensifier les efforts pour limiter le recours à la détention avant jugement et pour améliorer le processus et les conditions de la détention provisoire.** Les parties prenantes ont mis ce point en évidence en dehors du contexte de la tuberculose. Un plan a été mis en place pour modifier cette pratique, mais sa mise en œuvre devrait être accélérée.

DP 11 : Traiter la pauvreté et les inégalités socioéconomiques

Certains partenaires de la société civile fournissent une aide pratique qui comprend des fonds pour le transport ou un soutien nutritionnel par exemple. Toutefois ces efforts deviennent plus rares en raison du manque de financement adapté à disposition (EIC avec National TB Coalition, mai 2017). La National TB Coalition plaide également en faveur d'une sensibilisation aux coûts du traitement antituberculeux pour les personnes et leur famille et aux conséquences sur l'hésitation à se faire diagnostiquer et à suivre le traitement de la maladie (FIS, 2014 ; National TB Coalition, 2017).

Le PNLT dispose d'un plan visant la réalisation d'une étude sur les « coûts catastrophiques » de la tuberculose pour les personnes et leur foyer. Les résultats permettront de mieux étayer une analyse de la manière dont les coûts de la tuberculose ont un impact sur les foyers pauvres et vulnérables et constituent un obstacle au diagnostic et au traitement efficaces de la tuberculose, particulièrement dans le cas de la tuberculose multirésistante. Il conviendrait

également de s'assurer que le plan de l'étude inclut les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés, particulièrement les consommateurs de drogues injectables.

Une approche complète traitant des obstacles liés à la pauvreté pourrait inclure ce qui suit :

- **Sur la base des résultats de l'étude d'impact des coûts catastrophiques du traitement de la tuberculose, aider la société civile dans sa lutte pour des interventions de protection sociale visant les coûts de la maladie.** Il est largement admis que des schémas d'assistance financière temporaire ou des interventions de soutien pratiques améliorent l'accès et le recours aux services de lutte contre la tuberculose, particulièrement dans le cas de la tuberculose multirésistante.
- **Intensification de la lutte pour la suppression des frais pour les patients de l'ensemble du diagnostic et du traitement de la tuberculose.** De nombreux informateurs clés, y compris le PNLT, estiment que le coût du diagnostic de la tuberculose constitue un obstacle important à l'amélioration de l'accès et du recours aux services de lutte contre la tuberculose. Le PNLT et ses partenaires, y compris les organisations de la société civile travaillant au sein des communautés, devraient collaborer sur une stratégie visant à supprimer les frais, particulièrement au vu de l'urgence d'améliorer le dépistage et le traitement de la tuberculose dans le pays.

Financement actuel de programmes visant à supprimer les obstacles qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

Dans le cadre de l'évaluation, peu d'informations ont été collectées sur les niveaux actuels de financement visant les activités de suppression des obstacles qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose. Un maître d'œuvre, FESADE, a fourni des informations selon lesquelles, entre 2005 et 2006, environ 47 000 dollars US du Fonds mondial ont servi à la formation des agents de santé, des organisations de la société civile, des dirigeants municipaux et d'autres (non précisé) sur les droits humains et sur l'éthique médicale dans le contexte de la tuberculose. En outre, 80 431 dollars US fournis à JAPPSO, provenant également du Fonds mondial, et inclus dans l'analyse de financement du VIH, ont servi au soutien à la réduction du rejet social et à la discrimination pour les composantes VIH et tuberculose.

Les données du Fonds mondial concernant les financements de la tuberculose pour 2016 et 2017 indiquent ce qui suit :

Tableau 4 : Fonds attribués par le Fonds mondial en 2016/2017

Domaine programmatique	2016 (dollars US)	2017 (dollars US)
Réduction du rejet social et de la discrimination	19 816	18 803
Formation des agents de santé en matière de droits humains et d'éthique médicale	46 510	-
Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	12 075	12 075
Éducation juridique	14 293	-
Services juridiques	-	-
Suivi et réforme des lois et des politiques	15 384	20 325

Réduction de la discrimination liée au VIH à l'encontre des femmes	-	-
Améliorer la confidentialité et la protection de la vie privée	-	-
Mobilisation communautaire pour les personnes vivant avec la tuberculose	-	-
Amélioration des services de lutte contre la tuberculose dans les prisons	44 054	6 324
Total	152 131	57 526

S'agissant d'autres investissements possibles, au vu des résultats de l'évaluation s'agissant du faible niveau de connaissance et de compréhension en des droits humains et du genre dans le contexte de la tuberculose, il est probable que ces montants soient très faibles.

Possibilité d'élargissement des interventions

Il existe quelques possibilités limitées mais importantes d'élargissement des interventions visant les obstacles aux droits humains ou du genre dans le contexte de la tuberculose. La principale possibilité est axée sur le rôle de National TB Coalition qui reste actif et engagé dans les priorités que sont les droits humains, malgré l'absence de fonds suffisants. Tirer profit de l'élargissement du travail avec les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés sur les droits humains et du genre dans le contexte du VIH, par le biais de l'introduction de composantes spécifiques à la tuberculose, constitue une autre occasion. Comme ces groupes courent un grand risque de contracter la tuberculose en raison de la charge importante de VIH, inclure ces activités constitue un important pas en avant. S'agissant de la planification stratégique, il est plus que nécessaire d'améliorer la qualité et la quantité de données sur les écarts en matière de charge de la tuberculose au sein des différents sous-populations et groupes. Le projet d'enquête sur la prévalence de la tuberculose sera d'un grand soutien. Il est important de s'assurer que l'étude prend en compte la charge de la tuberculose parmi tous les groupes de populations clés, particulièrement ceux dont la prévalence du VIH est la plus élevée, en sus d'un plus grand nombre de données sur l'accès et le recours aux services de lutte contre la tuberculose pour ces mêmes groupes.

Afin d'engendrer plus de possibilités d'élargissement des activités de droits humains liées à la tuberculose, les mesures suivantes doivent être prises en considération :

- **Renforcer les connaissances et les capacités de l'ensemble des parties prenantes à la lutte contre la tuberculose s'agissant des dimensions des droits humains dans le contexte de l'épidémie de tuberculose au Cameroun et s'agissant des stratégies efficaces visant à traiter et à éliminer les obstacles aux droits humains.** D'excellentes ressources sont maintenant disponibles grâce au Fonds mondial, à l'OMS, au Partenariat « Halte à la tuberculose » et d'autres, afin d'orienter ces activités (Fonds mondial, 2017b ; Partenariat « Halte à la tuberculose », 2015).
- **Développer une approche intégrée pour traiter les obstacles liés au genre et aux droits humains dans l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose.** Cette activité est particulièrement importante au vu du taux de co-infection. Pour étayer cette tâche, il convient de faire des efforts d'amélioration des données sur la charge de la tuberculose au sein des sous-populations en les rendant plus

claires sur les personnes et les groupes dont les taux de co-infection sont plus élevés que d'autres.

En vue de soutenir la mise en œuvre de la riposte complète, les points suivants doivent être traités :

- Le PNLT ne dispose actuellement pas d'une capacité suffisante à diriger et à coordonner un effort de plusieurs parties prenantes.
- Une assistance technique supplémentaire est nécessaire pour renforcer les connaissances et les capacités au sein du PNLT s'agissant des dimensions des droits humains dans le contexte de la tuberculose et pour améliorer les outils et les approches servant à les traiter.
- Des mécanismes de sous-financement doivent être améliorés entre le PNLT et les partenaires communautaires.
- Des systèmes de suivi et d'évaluation doivent être révisés afin d'inclure des indicateurs de rejet social en lien avec la tuberculose et d'autres dimensions des droits humains.

VII. Coûts de programmes globaux visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

Le **tableau 4** ci-après contient les besoins en financement prévus pour les programmes globaux de lutte contre la tuberculose.

Tableau 4 : Besoins en financement estimés pour les programmes globaux de lutte contre la tuberculose (dollars US)

Domaine programmatique	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL
Réduction du rejet social et de la discrimination	392 774	267 705	186 000	267 705	392 774	1 506 957
Formation des agents de santé en matière de droits humains et d'éthique	29 910			29 910		59 821
Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	71 874	-		71 874	-	143 748
Éducation juridique	106 584	88 040	-	106 584	-	301 209
Services juridiques liés à la tuberculose	146 320	146 320	146 320	146 320	146 320	731 600
Suivi et réforme des lois et des politiques	8 820	8 820	8 820	8 820	8 820	44 100
Réduction de la discrimination à l'encontre des femmes dans le contexte de la tuberculose	96 115		-	96 115	-	192 230
Amélioration de la confidentialité et de la protection de la vie privée	-	90 386	-	-	-	90 386
Mobilisation communautaire pour les personnes vivant avec la tuberculose	54 699	54 699	54 699	54 699	54 699	273 494
Amélioration des services de lutte contre la tuberculose dans les prisons	48 767	132 206	-	-	33 077	214 050
Autres activités	-	370 954	-	243 529	-	614 483
TOTAL	955 863	1 159 130	395 839	1 025 557	635 690	4 172 078

Comme mentionné ci-dessus, il n'a pas été possible, dans le cadre de l'évaluation, de collecter toutes les données sur les investissements actuels visant les obstacles aux services de lutte contre la tuberculose. Les données disponibles suggèrent que ce financement n'avait atteint que 150 000 dollars US en 2016. Toutes les parties prenantes sont donc loin de mobiliser le montant d'environ 1 000 000 de dollars US annuels qui sera nécessaire pour pleinement mettre en œuvre l'approche globale proposée et lever les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose.

VIII. Limites et prochaines étapes de l'évaluation de référence

Suivi des progrès

Le suivi des progrès en matière de dimensions des droits humains et du genre dans la riposte au VIH et à la tuberculose exige des composantes à la fois quantitatives et qualitatives. L'**annexe E** fournit l'ensemble proposé d'indicateurs et de références pour la mesure des aspects quantitatifs des progrès en matière d'élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose.

S'agissant des aspects qualitatifs des évaluations ultérieures, les éléments suivants doivent pris en considération :

- une étude documentaire complète prenant en compte de nouvelles sources d'informations sur les activités visant les obstacles liés aux droits humains et au genre, ainsi que sur les défis actuels que rencontrent les populations clés et vulnérables. Une attention particulière devrait être accordée à la prise en compte des résultats des évaluations et aux modèles avérés de meilleures pratiques ;
- entretiens avec des informateurs clés et groupes de réflexion avec des parties prenantes en vue d'étudier :
 - les changements dans l'environnement général du programme et l'amélioration ou la détérioration de la situation ;
 - les changements de niveaux de recours aux services et de rétention dans les services ; et
 - les changements en termes d'expérience grâce à la qualité et à l'acceptabilité des services fournis.

Le cadre conceptuel utilisé pour cette évaluation de référence devrait servir à l'analyse des données et à l'élaboration de recommandations.

Limites

L'évaluation s'est heurtée à certaines limites. S'agissant de la composante de l'**étude documentaire**, très peu voire aucune information sur le genre ou les droits humains n'est disponible pour certains groupes, particulièrement pour les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

S'agissant de la composante « **travail sur le terrain** », les parties prenantes n'étaient pas toutes disponibles pour un entretien au cours de la période de collecte des données. En outre, la collecte de données a principalement été effectuée à Yaoundé et à Douala et, bien que de nombreux informateurs disposaient des connaissances et de l'expérience sur d'autres régions du pays, les expériences directes de ceux qui vivent dans ces régions n'ont pas été collectées.

Enfin, la participation à la **composante « finance et coûts » de l'évaluation** était très limitée. Parmi les 30 parties prenantes à qui il a été demandé de fournir des informations sur les activités en lien avec la question du genre et des droits humains dans le contexte du VIH

ou de la tuberculose, seules 8 ont fourni des informations pertinentes et 3 ont indiqué ne pas vouloir fournir d'informations, et ce malgré les tentatives répétées d'y donner suite et les garanties du respect de la confidentialité des données. Même si les données reçues sont incluses dans les résultats de l'évaluation, nous sommes loin de l'objectif originel de collecte d'informations complètes sur les sources et l'utilisation de financement dans le cadre des activités actuelles visant à éliminer les obstacles aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose.

Malgré ces limites, et à l'exception de la composante financière, nous avons suffisamment de données à disposition pour décrire en détail les tendances au Cameroun s'agissant des obstacles liés aux droits humains et au genre dans l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose, ainsi que pour soutenir les recommandations proposées pour une approche complète du programme visant à traiter et à lever ces obstacles.

Étapes suivantes

La présente évaluation de référence servira de base au dialogue et à la prise de mesures avec des parties prenantes du pays, des partenaires techniques et d'autres donateurs dans le but d'élargir des programmes globaux visant l'élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose au Cameroun. À cette fin, le Fonds mondial organisera une réunion multipartite au cours de laquelle seront partagés les résultats de l'évaluation qu'il conviendrait de prendre en considération et de débattre afin de se servir des occasions existantes pour inclure et élargir les programmes visant à éliminer les obstacles aux services et pour soutenir les partenaires du pays dans l'élaboration d'un plan quinquennal visant à augmenter le niveau actuel des programmes pour aboutir à une approche globale. Il est prévu que, dans le cadre de ce plan quinquennal, le pays définisse des priorités et mobilise d'autres donateurs pour financer entièrement les programmes globaux concernés.

Enfin, dans le but de renforcer la base documentaire s'agissant des programmes de réduction des obstacles aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose, le Fonds mondial fera exécuter des études de suivi à mi-parcours et au terme de la stratégie 2017/2022 dans le but d'évaluer l'impact sur l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose des programmes élargis mis en place au titre du plan quinquennal.

IX. Références :

- Advocates for Human Rights et CAMFAIDS. 2016. Cameroon's Compliance with the Convention on the Rights of the Child: Suggested List of Issues Relating to the Rights of LGBTI Children and Violence Against Girls. Disponible sur : http://www.theadvocatesforhumanrights.org/uploads/cameroon_-_convention_on_the_rights_of_the_child_-_loi_-_july_2016.pdf [consulté le 24.03.2017]
- Advocates for Human Rights, CAMFAIDS, le Réseau des défenseurs des droits humains en Afrique centrale et l'Association pour la défense des droits des homosexuels. Report on the Violation of Rights on the Basis of Sexual Orientation and Gender Identity in the Republic of Cameroon – Under the African Charter on Human and Peoples' Rights in response to the Third Periodic Report of the Republic of Cameroon presented at the 53rd Ordinary Session of the Commission April 2013.
- Advocates for Human Rights. 2014. Cameroon Committee on the Elimination of Discrimination Against Women 57th Session. Disponible sur : http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/CMR/INT_CEDAW_NGO_CMR_16206_E.pdf [consulté le 24.03.2017]
- Agbor, A.A., Bigna, J.J.R., Billong, S.C., Tejiokem, M.C., Ekali, G.L., Plottel, C.S., Noubiap, J.J.N., Abessolo, H., Toby, R. et Koulla-Shiro, S., 2014. Factors associated with death during tuberculosis treatment of patients co-infected with HIV at the Yaoundé Central Hospital, Cameroon: an 8-year hospital-based retrospective cohort study (2006–2013). *PloS one*, 9(12), p.e115211.
- Alternatives Cameroun, Centre for Human Rights de l'Université de Pretoria, Global Rights, Commission internationale de droits de l'Homme pour les gays et lesbiennes. The status of lesbian, gay, bisexual and transgender rights in Cameroon: A shadow report. Disponible sur : http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/ngos/LGBTI_Cameroon_HRC99.pdf [consulté le 24.03.2017].
- Amnesty International. 2016. Rapport 2015/2016. La situation de droits humains dans le monde. Cameroun. Londres : Amnesty International.
- Anyangwe C. 2011. Criminal Law in Cameroon: Specific Offences. Mankon, Bamenda: Langaa Research and Publishing.
- Armisen M, Simpore S. 2015. 16 voix. 16 expériences. Des femmes queer de l'Afrique de l'Ouest et du Cameroun parlent de la violence. Ouagadougou : Queer African Youth Network Centre.
- Association camerounaise pour le bien-être familial (CAMNAFAW). 2014. Plan de gestion des risques liés à la stratégie de mise en œuvre des interventions. Yaoundé : CAMNAFAW.
- Bekang F, Nsangou T, Ntone R. 2016. Enquête Connaissance Attitude et Pratique (CAP) sur la Tuberculose au Cameroun. Yaoundé : PNLT.
- Bureau central des recensements et des études de population (BUCREP). 2015. Rapport de l'enquête d'opinions et connaissances des adolescents sur la santé sexuelle en milieu scolaire dans la ville de Yaoundé. Yaoundé : BUCREP.
- CADHP 2013. 3^e rapport périodique du Cameroun au titre de la charte africaine des droits de l'Homme et des peuples Banjul: CADHP
- CADHP 2016. Communiqué de presse sur la situation des droits de l'Homme au Cameroun, suite aux mouvements de grève des avocats, des enseignants et de la société civile. Banjul: CADHP Disponible sur : <http://www.achpr.org/press/2016/12/d340/> [consulté le 30.03.2017]
- CAMFAIDS, IGLHRC, et Lady's Cooperation. 2014. Violations des droits humains des femmes lesbiennes et bisexuelles et des personnes transgenres au Cameroun – Rapport présenté au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes – 57^e session, février 2014. Disponible sur :

<https://www.outrightinternational.org/sites/default/files/CameroonWCover.pdf>
[consulté le 24.03.2017].

- CAMNAFAW et International Planned Parenthood Federation (IPPF) Africa Region. 2017. Key Populations in Cameroon. A Joint HIV Cascade Assessment by PEPFAR/USAID and the Global Fund. Yaoundé : CAMNAFAW et IPPF.
- CAMNAFAW. 2014. Rapport annuel de la mise en œuvre du plan de gestion des risques liés à la stratégie de mise en œuvre des interventions auprès des populations les plus exposées aux risques (PPER). Yaoundé : CAMNAFAW.
- Cange, C.W., LeBreton, M., Billong, S., Saylor, K., Tamoufe, U., Papworth, E., Yomb, Y. et Baral, S., 2015. Influence of stigma and homophobia on mental health and on the uptake of HIV/sexually transmissible infection services for Cameroonian men who have sex with men. *Sexual health*, 12(4), pp.315-321.
- Cange, C.W., LeBreton, M., Saylor, K., Billong, S., Tamoufe, U., Fokam, P. et Baral, S., 2017. Female sex workers' empowerment strategies amid HIV-related socioeconomic vulnerabilities in Cameroon. *Culture, Health & Sexuality*, pp.1-13.
- Catholic Relief Services. 2016. Social Cohesion Analysis: Cameroun. Yaoundé : CRS.
- CHAMP et LINKAGES. 2016. Meeting the needs of sex workers and men who have sex with men who are victims of violence through HIV programming: Community-based solutions in Cameroon. Yaoundé : CHAMP.
- CNLS. 2013. Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les IST 2014-2017. Yaoundé : CNLS.
- CNLS. 2014. Estimation des ressources et dépenses de la lutte contre le VIH et le sida en 2013. Yaoundé : CNLS.
- CNLS. 2016. Activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Cameroun: Rapport annuel 2015. Yaoundé : CNLS.
- CNLS. 2017. Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les IST 2018-2022. Document préparatoire à la réunion du CNLS. Yaoundé : CNLS.
- Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS). 2010. Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les IST 2011 – 2015. Yaoundé : CNLS.
- Commission nationale des droits de l'homme et des libertés (CNDHL). 2016. Rapport sur l'état des droits de l'Homme au Cameroun (2015). Yaoundé : CNDHL
- Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies. 2013. Rapport du groupe de travail sur l'examen périodique universel. Cameroun. Genève : Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies.
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). 2014. Observations finales concernant le rapport unique (valant quatrième et cinquième rapports périodiques) du Cameroun. Adopté par le Comité à sa cinquante-septième session (10 au 28 février 2014).
- Cumber SN, Tsoka-Gwegweni JM. 2016. Characteristics of Street Children In Cameroon: A Situational Analysis Of Demographic, Socio-Economic And Behavioural Profiles and Challenges. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 8(1):e1-e9.
- De Beaudrap, P., Pasquier, E., Tchoumkeu, A., Touko, A., Essomba, F., Brus, A., du Lou, A.D., Aderemi, T.J., Hanass-Hancock, J., Eide, A.H. et Mont, D., 2016. HandiVIH—A population-based survey to understand the vulnerability of people with disabilities to HIV and other sexual and reproductive health problems in Cameroon: protocol and methodological considerations. *BMJ open*, 6(2), p.e008934.
- Decker MR, Lyons C, Billong SC, et coll. 2015. Physical and sexual violence among men who have sex with men in Cameroon: HIV, access to health, and justice. Presented at the Sexual Violence Research Initiative Forum, Stellenbosch, South Africa.
- Decker, M.R., Lyons, C., Billong, S.C., Njindam, I.M., Grosso, A., Nunez, G.T., Tumasang, F., LeBreton, M., Tamoufe, U. et Baral, S., 2016. Gender-based violence against female sex workers in Cameroon: prevalence and associations with sexual HIV risk and access to health services and justice. *Sexually Transmitted Infections* 0: 1–6.
- Département d'État des Nations Unies. 2016. Cameroon 2016 Human Rights Report. Washington : Département d'État. Disponible sur :

- <https://www.state.gov/documents/organization/265446.pdf> [consulté le 27.03.2017].
- Essomba, E.N., Kollo, B., Ngambi, M.K., Assomba, L., Etang, K., Mapoure, Y. et Lehman, L., 2014. Stigma and discrimination associated with HIV/AIDS in health care settings: a comparative study in two hospitals of different categories in Douala-Cameroon. *Journal of Medical and Biomedical Sciences*, 3(1), pp.14-22.
- Essomba, N.E., Adiogo, D., Koum, D.K., Ndonnang, C., Ngwe, M.I.N., Ayuck, L.N., Lehman, L. et Coppieters, Y., 2015. Seroprevalence, attitudes and practices of the Baka Pygmies of eastern Cameroon towards HIV and AIDS. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 9(08), pp.849-856.
- FIS. 2016. Analyse du système communautaire dans le cadre de la réponse contre le VIH, le paludisme et la tuberculose au Cameroun. Yaoundé : FIS.
- FIS. 2017. Cartographie de la riposte communautaire face à la tuberculose au Cameroun. Yaoundé : FIS.
- Fonds mondial 2016a. *Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017-2021 : investir pour mettre fin aux épidémies*. Genève : Fonds mondial Disponible sur : http://www.theglobalfund.org/documents/board/35/BM35_02-TheGlobalFundStrategy2017-2022InvestingToEndEpidemics_Report_en/
- Fonds mondial 2016b. Manuel sur le cadre modulaire. Genève : Fonds mondial
- Fonds mondial 2017a. *VIH, droits de l'Homme et égalité de genre : Note d'information technique*. Genève : Fonds mondial
- Fonds mondial 2017b. *Tuberculose, genre et droits de l'Homme – Note d'information technique* Genève : Fonds mondial [consulté le 30.03.2017].
- Fonsah, J.Y., Njamnshi, A.K., Kouanfack, C., Qiu, F., Njamnshi, D.M., Tagny, C.T., Nchindap, E., Kenmogne, L., Mbanya, D., Heaton, R. et Kanmogne, G.D., 2017. Adherence to Antiretroviral Therapy (ART) in Yaoundé-Cameroon: Association with Opportunistic Infections, Depression, ART Regimen and Side Effects. *PloS one*, 12(1), p.e0170893.
- For Impacts in Social Health 2014. Advocacy Brief: The Cost of TB Care in Cameroon. Yaoundé : FIS.
- GIZ. 2013. Rapport 2013 : Appui aux activités de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA et de la tuberculose dans les prisons du Cameroun. Yaoundé : GIZ.
- Gruskin S, Waller, E., Safreed-Harmon, K., Ezer, T., Cohen, J., Gathumbi, A. & Kameri-Holland, C.E., Papworth, E., Billong, S.C., Kassegne, S., Petitbon, F., Mondoleba, V., Moukam, L.V., Macauley, I., Ntsama, S.P.E., Yomb, Y.R. et Eloundou, J., 2015. Access to HIV services at non-governmental and community-based organizations among men who have sex with men (MSM) in Cameroon: An integrated biological and behavioral surveillance analysis. *PloS one*, 10(4), p.e0122881.
- Humanity First Cameroon, Alternatives Cameroun. 2016. Rapport annuel de violations 2016 : « chantages, arnaques et extorsions : La loi de la rue. » Yaoundé : Humanity First Cameroon.
- INS, MINSANTE, UNICEF. 2015. *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5), 2014, Rapport de résultats clés*. Yaoundé, Cameroun, Institut National de la Statistique.
- Institut national de la statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Cameroun 2011. Yaoundé et Calverton : INS et ICF International.
- Institute on Statelessness and inclusion et Initiatives de gouvernance citoyenne. 2016. The committee on the rights of the child 75th Pre-Sessional Working Group. Disponible sur : http://www.institutesi.org/CRC_Cameroon_2016.pdf [consulté le 24.03.2017]
- Jacobi, C.A., Atanga, P.N., Bin, L.K., Mbome, V.N., Akam, W., Bogner, J.R., Kropf, S. et Malfertheiner, P., 2013. HIV/AIDS-related stigma felt by people living with HIV from Buea, Cameroon. *AIDS care*, 25(2), pp.173-180.
- Johns Hopkins University, Metabiota Cameroon, CARE USA. 2017. 2016 Integrated Biological and Behavioral Survey among Key Populations in Cameroon: Female Sex

- Workers and Men-who-have-sex-with-men. Preliminary report. Yaoundé : CNLS.
- Lim, S., Peitzmeier, S., Cange, C., Papworth, E., LeBreton, M., Tamoufe, U., Kamla, A., Billong, S., Fokam, P., Njindam, I. et Decker, M.R., 2015. Violence against female sex workers in Cameroon: accounts of violence, harm reduction, and potential solutions. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 68, pp.S241-S247.
- Mbote, P. 2015. Integrating human rights in program evaluation: Lessons from law and health programs in Kenya. In B. Rosenstein & H. Desivilya Syna(Eds.), *Evaluation and social justice in complex sociopolitical contexts. New Directions for Evaluation*, 146, 57–69.
- Médecins sans frontières (MSF). 2016. Prix de l'oubli : Des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte mondiale contre le VIH. Bruxelles : Médecins sans frontières. Disponible sur : http://www.msf.org/sites/msf.org/files/2016_04_hiv_report_eng.pdf [consulté le 30.03.2017]
- Ministère de la justice (MJ) 2015. Plan d'action national de promotion et de protection des droits de l'Homme (2015-2019) Yaoundé : MJ.
- Ministère de la santé (MINSANTE). 2015. Décision n° 1106 du 15 juin 2015 portant sur la création du groupe de travail ad hoc sur la lutte contre le VIH/sida chez les HSH, les travailleuses du sexe et leurs clients au Cameroun. Yaoundé : CNLS.
- MINSANTE. 2017a. Rapport d'évaluation du plan stratégique 2014-2017 de lutte contre le VIH SIDA et les IST. Yaoundé : MINSANTE.
- MINSANTE. 2017b. *Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les IST 2018-2022*. Yaoundé : MINSANTE.
- MJ. 2016. Rapport du ministère de la justice sur l'état des droits de l'Homme au Cameroun (2015). Yaoundé : MJ.
- Mosoko JJ, Macauley IB, Zoungkanyi AC, et al. 2009. Human immunodeficiency virus infection and associated factors among specific population subgroups in Cameroon. *AIDS Behav* 13:277–87.
- Mossus-Etounou, T., Essi, M.J.M., Isseini, A., Souore-Sanda, J., Pa'ana-Elemzo, S.B., Assala, L.C.B. et Mbanya, D., 2016. Évolution des programmes nationaux de lutte contre l'infection à VIH et le sida au Cameroun, de 2000 à 2015. *Health Sciences and Diseases*, 17(1).
- National TB Community Coalition et Cameroon TB Group. 2017. Déclaration des organisations de la société civile. Yaoundé : National TB Community Coalition.
- Nemande S. 2013. Fighting HIV among male/trans sex workers in Cameroon. Disponible sur : <https://76crimes.com/2013/01/03/fighting-hiv-among-maletrans-sex-workers-in-cameroon/> [consulté le 23.03.2017].
- Nemande S. 2017. Cameroun : Une analyse contextuelle de la situation des LGBT en lien avec les droits humains et la santé. Amsterdam : COC Netherlands.
- Noeske, J., Ndi, N., Amougou Elo, G. et Mbondi Mfondih, S., 2014. Tuberculosis incidence in Cameroonian prisons: a 1-year prospective study. *SAMJ: South African Medical Journal*, 104(3), pp.209-211.
- Nsagha DS et Thompson RB. 2011. Integrated Care of Orphans and Vulnerable Children in Ekondo Titi and Isangele Health Areas of Cameroon. *Journal of HIV/AIDS & Social Services* 10(2): 161-173.
- OMS. 2015. Country Fact Sheets: Cameroon. Genève : OMS.
- OMS. 2016. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2016. Cameroun. Genève : OMS.
- ONUSIDA, PEPFAR, LINKAGES & FHI 360. 2016. PEPFAR Gender Analysis in Cameroon: Summary of Key Findings and Recommendations for Key Populations. Disponible sur : <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-cameroon-gender-analysis-2016.pdf> [consulté le 24.03.2017].
- ONUSIDA. 2012. *Programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à renforcer l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH*. Genève :

- ONUSIDA. Disponible sur : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012_o.pdf [consulté le 25.02.2017].
- ONUSIDA. 2017. Country Fact Sheets: Cameroon 2016. Genève : ONUSIDA. Disponible sur : <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/cameroon/>
- Papworth, E., Grosso, A., Ketende, S., Wirtz, A., Cange, C., Kennedy, C. et Baral, S., 2014. Examining risk factors for HIV and access to services among female sex workers (FSW) and men who have sex with men (MSM) in Burkina Faso, Togo and Cameroon. Baltimore: John Hopkins University.
- Partenariat « Halte à la tuberculose ». 2015. Tuberculosis and Human Rights. Genève : Partenariat « Halte à la tuberculose ». Disponible sur : <http://www.stoptb.org/assets/documents/global/hrtf/Briefing%20note%20on%20TB%20and%20Human%20Rights.pdf> [consulté le 30.03.2017]
- PNLT. 2014a. Plan stratégique de lutte contre la tuberculose au Cameroun 2015-2019. Yaoundé : PNL.
- PNLT. 2014b. Situation épidémiologique de la tuberculose au Cameroun. Yaoundé : PNL.
- Positive Generation. 2017. Situation hebdomadaire de l'accès aux soins et traitements des FOSA sous observation. Semaine du 27 février au 3 mars 2017. Yaoundé : Positive Generation.
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) 2016. Rapport sur le développement humain. Cameroun. New York : PNUD.
- RéCAP+ et GNP+. 2013. Indice de stigmatisation des PVVIH : Cameroun. Yaoundé : RéCAP+.
- République du Cameroun. 1996. Loi n° 96/06 La Constitution de la République du Cameroun. Disponible sur : <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/cm/cm005fr.pdf> [consulté le 30.03.2017].
- République du Cameroun. 2015. Rapport national de suivi de la Déclaration politique sur le VIH/SIDA Cameroun. Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde Yaoundé : CNLS.
- République du Cameroun. 2016. Loi n° 2016/007 portant code pénal. Disponible sur : http://www.wipo.int/wipolex/fr/text.jsp?file_id=420195 [consulté le 30.03.2017]
- Timberlake S. 2017. Human rights and gender-related barriers to HIV, TB and malaria services for purposes of the baseline assessments. Version non publiée. Genève : Le Fonds mondial.

X. ANNEXE A : PROGRAMMES GLOBAUX VISANT A REDUIRE LES OBSTACLES LIES AU GENRE ET AUX DROITS HUMAINS QUI ENTRAVENT L'ACCES AUX SERVICES DE LUTTE CONTRE LE VIH

Réf.	Domaine programmatique	Réf.	Activité	Suppositions	Principaux maîtres d'œuvre	Coûts
1	Réduction du rejet social et de la discrimination	1.1	Recommencer l'indice de stigmatisation des PVVIH avec une forte composante tuberculose et population clé	Enquête de suivi dans 5 ans.	Réseaux de PVVIH et partenaires techniques	412 162
		1.2	Élaborer un plan d'action pluriannuel pour les réseaux de populations clés afin de coordonner/renforcer les activités de réduction de la stigmatisation et mettre en œuvre des activités communautaires.	Sessions de planification principale au cours des années 1, 3 et 5. Interventions régionales de réduction du rejet social.	Réseaux de populations clés	662 724
		1.3	Campagnes médiatiques sur les droits humains et le VIH en faveur des PVVIH et d'autres populations clés	2 par an, jusqu'à la 3 ^e année	CNLS, PVVIH et autres réseaux de populations clés	197 673
		1.4	Intégration des questions des CDI dans les interventions et les plans de réduction de la stigmatisation liée au VIH	1 par région par an	PVVIH et réseaux de populations clés, ainsi que CDI	32 595
		1.5	Renforcement d'interventions de soutien psychosocial	1 intervention par région par an.	Réseaux de populations clés	828 656

			pour traiter le problème de l'autostigmatisation			
		1.6	Déploiement d'un plus grand nombre d'éducateurs pairs travaillant sur les droits humains au sein de PVVIH/populations clés, en dehors de Yaoundé/Douala	5 dans 5 régions.	Réseaux de populations clés	442 500
		1.7	Soutien pour que des PVVIH au sein des populations clés jouent un rôle de modèle/porte-parole	2 par région.	PVVIH et autres réseaux de populations clés	151 580
		1.8	Examen des politiques/politiques révisées sur le lieu de travail pour les PVVIH et formation/sensibilisation.	Documents, sessions sur les lieux de travail, formation d'inspecteurs du travail.	Ministère du travail et CNLS.	402 556
		1.9	Gestion et suivi et évaluation de programme			654 694
			SOUS-TOTAL			3 785 140
2	Formation des agents de santé en matière de droits humains et d'éthique médicale	2.1	Campagne médiatique sur l'engagement envers la non-discrimination dans la fourniture de services de santé.	Campagne au cours des années 1 et 3.	CNLS et MINSANTE	197 673
		2.2	Renforcer les composantes des droits de l'homme/d'éthique du	Examen du programme au cours	MINSANTE	78 656

			programme de formation (formation initiale)	de l'année 1 et contrôle au cours de l'année 4.		
		2.3	Formation/nouvelle formation en matière de droits humains/d'éthique médicale (formation continue)	Formation des formateurs (années 1 à 3). 50 par région.	MINSANTE	107 910
		2.4	Réunions communautaires avec des populations clés et des établissements de santé	4 par an, 20 pers., par région	MINSANTE et réseaux de populations clés	80 000
		2.5	Formation des OSC en matière de droits humains/d'éthique médicale	Ateliers dans 5 régions pour 40 pers.	CNLS	70 200
		2.6	Étude des connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé sur les PVVIH et d'autres populations clés (référence et contrôle).	Étude au cours des années 2 et 5. Inclut le plan d'action pour traiter les résultats.	CNLS, MINSANTE, PVVIH et autres réseaux de populations clés	333 506
		2.7	Gestion et suivi et évaluation de programme			208 307
			<i>SOUS-TOTAL</i>			1 076 252
3	Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	3.1	Renforcement de la coordination entre le CNLS, le MINSANTE et le MINJUSTICE pour éliminer les obstacles aux services de lutte contre le VIH.	4 réunions par an, 15 pers.	CNLS, MINSANTE, MINJUSTICE	31 200

		3.2	Mise à jour du programme de formation de la police et organisation de formation.	Élaboration de documents et formation dans 20 districts.	CNLS, MINJUSTICE et partenaires techniques	198 210
		3.3	Mise à jour du programme de formation des magistrats/officiers de justice et fourniture de formation	Élaboration de documents et formation dans 10 régions.	CNLS, MINJUSTICE et partenaires techniques	93 060
		3.4	Formation dans les prisons (de la direction et du personnel) sur les droits humains en lien avec le VIH/la tuberculose	Approche de la formation des formateurs. 1 atelier par région pour 25 pers., pour les années 1 à 3.	MINJUSTICE et partenaires techniques	210 600
		3.5	Activités et dialogues communautaires à l'initiative des populations clés, avec les dirigeants traditionnels, judiciaires et politiques	8 par an, 20 pers, pour chacune des 6 régions	MINJUSTICE et réseaux de populations clés	316 800
		3.6	Rencontres nationales de plaidoyers avec des parlementaires	Réunions de 1 journée pour 30 pers, 2 par an.	PVVIH et réseaux de populations clés, ainsi que CNLS	31 200
		3.7	Gestion et suivi et évaluation de programme			211 457
			<i>SOUS-TOTAL</i>			1 092 528
4	Éducation juridique	4.1	Soutien aux PVVIH et autres réseaux de populations clés pour élaborer un ensemble	Élaboration au cours de l'année 1, examen/révision au cours de l'année 4.	PVVIH et autres réseaux de populations clés	37 910

			commun d'outils/de documents en vue d'améliorer les connaissances juridiques et en matière de droits humains.	Impression/diffusion incluses.		
		4.2	Donner la capacité aux PVVIH et aux éducateurs pairs des populations clés d'organiser la formation en matière de droits des patients/humains, en intégrant si possible des groupes/mécanismes existants	10 éducateurs pairs par région pour la formation des formateurs. Formation au cours des années 1, 3 et 5.	PVVIH et autres réseaux de populations clés	58 500
		4.3	Renforcement des capacités des OSC travaillant avec les prisons sur les connaissances en matière de droits.	Atelier national pour 40 pers. au cours des années 1, 3 et 5.	MINJUSTICE, OSC et partenaires techniques	35 280
		4.4	Enrichissement des connaissances en matière de politiques, réglementation, lois et droits des prisonniers.	Approche de la formation des formateurs. 2 ateliers par région pour 30 pers. pour les années 1 à 5.	MINJUSTICE, OSC et partenaires techniques	81 750
		4.5	Gestion et suivi et évaluation de programme			48 092
			<i>SOUS-TOTAL</i>			261 533

5	Services juridiques liés au VIH	5.1	Formation et soutien à la création des cadres pour assistants juridiques qui sont des PVVIH et/ou d'autres populations clés en vue de la formation et du soutien communautaire sur les lois/réglementations pertinentes, la médiation et la résolution de conflits et le renvoi.	5 par région. Formation au cours de l'année 1, soutien au suivi au cours des années 2 à 5. Soutien juridique à la coordination et à l'appui juridique inclus.	PVVIH et réseaux de populations clés, réseaux juridiques	417 956
		5.2	Formation des dirigeants traditionnels et religieux pour qu'ils connaissent les droits et les lois concernant les femmes, les PVVIH et les populations clés, résolvent les conflits et réduisent la discrimination, la stigmatisation et la violence.	1 session par région pour 20 pers. pour les années 1 à 3.	PVVIH et réseaux de populations clés, réseaux juridiques	39 600
		5.3	Poursuite du soutien aux mécanismes de riposte rapide en faveur des professionnels du sexe, des HSH, des personnes transsexuelles et des CDI, afin de les protéger contre le harcèlement, la violence, l'extorsion, les	0,25 ETP dans 5 régions pour la coordination. Soutien juridique à l'appui inclus.	Réseaux de populations clés	94 544

			arrestations arbitraires – coordination provinciale			
		5.4	Formation et soutien d'un plus grand nombre d'avocats pour qu'ils fournissent une assistance juridique aux PVVIH et aux populations clés, y compris la réduction des risques pour les CDI.	Atelier national annuel pour 40 pers.	PVVIH et réseaux de populations clés, réseaux juridiques	114 800
		5.5	Renforcement des capacités de la Commission nationale des droits de l'homme pour riposter contre les violations des droits humains en lien avec les populations clés et organisation de formations/dialogues	Procédure nationale pour l'élaboration d'un plan d'AT. Engagement des parties prenantes. Notification.	Partenaires techniques, réseaux de populations clés et CNDHL	257 416
		5.6	Gestion et suivi et évaluation de programme			221 836
			<i>SOUS-TOTAL</i>			1 146 152
6	Suivi et réforme des lois et des politiques	6.1	Conseil et élaboration de politiques pour le changement de l'âge de consentement pour l'accès aux services de santé.	Planification, coordination, activités de plaidoyer et documents	MINAS, OSC et partenaires techniques	159 886

		6.2	Pour les CDI, soutien à l'élaboration et à la lutte pour un cadre réglementaire et politique qui soutienne la réduction des risques.	Évaluation de la situation suivie de la planification, de la coordination, d'activités d'orientation et documents. Réunion annuelle de suivi.	Réseaux de populations clés, partenaires techniques, CDI	248 625
		6.3	Élaboration d'une politique de lutte contre le VIH sur le lieu de travail pour le MINDEF – élaboration de politiques	Examen au cours de l'année 4.	MINDEF et partenaires techniques	115 926
		6.4	Soutien coordonné à l'observatoire des droits de l'homme à l'échelle du pays.	Observatoire dans chaque région et coordination nationale et élaboration de rapports annuels consolidés.	Réseaux de populations clés	472 971
		6.5	Soutien à la participation de la société civile dans les procédures CADHP et UPR – rédaction de notes d'informations	Années 2 et 5. Élaboration de notes d'informations et du budget pour les réunions/l'engagement de parties prenantes incluse.	OSC et partenaires techniques	125 696
		6.6	Gestion et suivi et évaluation de programme			269 545
			<i>SOUS-TOTAL</i>			1 123 104
Réduction de la discrimination liée au VIH à		7.1	Élaboration et diffusion de versions popularisées des lois et politiques de protections en faveur	Élaboration de documents, impression/diffusion et mobilisation	MINAS, OSC et autres partenaires techniques	365 910

	l'encontre des femmes		des femmes, des filles et des enfants.	communautaire incluse.		
		7.2	Renforcement des interventions de réduction du rejet social en faveur des adolescents, y compris des adolescentes et des jeunes femmes.	Élaboration d'interventions et coordination nationale. 1 intervention par région.	CNLS, MINAS, OSC et autres partenaires techniques	983 756
		7.3	Élaboration d'un cadre d'assistants juridiques pairs pour les jeunes femmes et les femmes – documents et description du programme	5 par région. Formation et soutien au cours de l'année 1. Soutien au suivi au cours des années 2 à 5 ans.	OSC, partenaires techniques et réseaux juridiques	313 828
		7.4	Élargissement des efforts en vue d'engager des dirigeants culturels et religieux et de traiter les normes de genre néfastes, y compris la violence fondée sur le genre, et d'encourager l'accès aux services de lutte contre le VIH.	Formation de 40 dirigeants et soutien au dialogue.	CNLS	96 640
		7.5	Déploiement d'une approche intégrée fondée sur les droits en vue de traiter et d'empêcher la violence à	Développement d'un guide de programme. Approche de la formation des formateurs. 1 atelier	Réseaux de populations clés	68 710

			caractère sexiste parmi les populations clés.	dans 5 régions pour 20 pers.		
		7.6	Soutien à l'examen des normes juridiques et des lois, y compris les rapports/commentaires des professionnels du sexe et de CEDAW – élaboration de notes d'information	Années 2 et 5. Élaboration de notes d'informations et du budget pour les réunions/l'engagement de parties prenantes incluse.	OSC axées sur le genre et partenaires techniques	95 296
		7.7	Gestion et suivi et évaluation de programme			461 794
			SOUS-TOTAL			2 385 935
8	Autres activités	8.1	Soutien aux évaluations d'interventions pour traiter les obstacles aux droits humains.	Évaluations de projet au niveau national et local à partir de l'année 2.	Tous les partenaires	1 483 816
		8.2	Organisation d'un groupe de travail technique sur les droits humains pour suivre/guider la mise en œuvre d'une approche globale	Réunion annuelle pour 30 pers.	CNLS, PVVIH, autres réseaux de populations clés et partenaires techniques	44 100
		8.3	Réalisation d'évaluations de référence pour le suivi à mi-parcours et à la fin de la période	Années 3 et 5.	ICN	254 850
			SOUS-TOTAL			1 782 766
			TOTAL			12 653 408

XI. ANNEXE B : PROGRAMMES GLOBAUX VISANT A REDUIRE LES OBSTACLES LIES AU GENRE ET AUX DROITS HUMAINS QUI ENTRAVENT L'ACCES AUX SERVICES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Réf.	Domaine programmatique	Réf.	Activité	Suppositions	Principaux maîtres d'œuvre	TOTAL
1	Réduction du rejet social et de la discrimination	1.1	Nouvelle étude sur les connaissances, attitudes et pratiques	Étude et plan d'action au cours de l'année 1. Répétition au cours de l'année 5.	PNLT et partenaires techniques	333 506
		1.2	Campagnes médiatiques nationales visant à réduire le rejet social en lien avec la tuberculose	1 au cours des années 2 et 4.	PNTL et National TB Coalition	131 782
		1.3	Élargissement des interventions communautaires pour traiter le rejet social et la discrimination	1 par région.	National TB Coalition	750 000
		1.4	Gestion et suivi et évaluation de programme			291 669
			<i>SOUS-TOTAL</i>			<i>1 506 957</i>
2	Formation des agents de santé en matière de droits humains et d'éthique	2.1	Renforcer les composantes des droits de l'homme/d'éthique du programme de formation (formation initiale)	Années 1 et 4.	PNLT	29 910
		2.2	Renforcer les composantes des droits humains/d'éthique du programme de formation (formation continue)	Années 1 et 4.	PNLT	29 910
			<i>SOUS-TOTAL</i>			<i>59 821</i>
3	Sensibilisation des législateurs et des agents des forces de l'ordre	3.1	Élaboration d'une politique en vue du dépistage/traitement de la tuberculose parmi les détenus en	Élaboration d'une politique et diffusion par le biais d'une réunion nationale pour 40 pers.	PNLT et MINJUSTICE	115 926

			cellule de détention – élaboration de politiques	Examen au cours de l'année 4.		
		3.2	Gestion et suivi et évaluation de programme			27 822
			<i>SOUS-TOTAL</i>			143 748
4	Éducation juridique	4.1	Activités de renforcement des connaissances et de la sensibilisation en matière de lois et de politiques sur la santé et la sécurité sur le lieu de travail dans le contexte de la tuberculose – élaboration de documents.	Élaboration de documents. Diffusion par le biais de 2 ateliers par région pour 30 pers. Examen au cours de l'année 4.	PNTL et National TB Coalition	242 910
		4.2	Gestion et suivi et évaluation de programme			58 298
			<i>SOUS-TOTAL</i>			301 209
5	Services juridiques liés à la tuberculose	5.1	Pérennisation et élargissement des services juridiques en faveur des personnes vivant avec la tuberculose – recrutement et formation d'assistants juridiques	Inclus au titre du point 5.1 de la composante VIH.	National TB Coalition	590 000
						141 600
			<i>SOUS-TOTAL</i>			731 600
6	Suivi et réforme des lois et des politiques	6.1	Soutien aux réunions annuelles de National TB Coalition, du PNLT et des partenaires techniques en vue de fournir un suivi.	3 réunions d'une journée par an, pour 30 pers.	National TB Coalition et PNLT.	44 100
			<i>SOUS-TOTAL</i>			44 100

7	Réduction de la discrimination liée à la tuberculose à l'encontre des femmes	7.1	Réalisation d'une évaluation sur le genre dans la riposte au VIH/à la tuberculose à l'aide des outils de l'ONUSIDA. Élaboration d'un plan d'action selon les résultats.	Évaluation et plan d'action au cours de l'année 1. Suivi au cours de l'année 4.	CNLS et PNLT	155 024
		7.2	Gestion et suivi et évaluation de programme			37 206
			<i>SOUS-TOTAL</i>			192 230
8	Amélioration de la confidentialité et de la protection de la vie privée	8.1	Réalisation d'une évaluation de la situation et élaboration d'un plan d'action selon les résultats.	Étude et plan d'action au cours de l'année 2.	PNTL et National TB Coalition	72 892
		8.2	Gestion et suivi et évaluation de programme			17 494
			<i>SOUS-TOTAL</i>			90 386
9	Mobilisation communautaire pour les personnes vivant avec la tuberculose	9.1	Création/pérennisation de groupes de soutien en faveur des personnes vivant avec la tuberculose	3 pour 20 districts, 12 réunions par an, 10 pers.	National TB Coalition	59 760
		9.2	Soutien aux personnes vivant avec la tuberculose, pour qu'elles deviennent porte-parole/modèles au sein des communautés.	2 pour chacun des 20 districts.	National TB Coalition	160 800
		9.3	Gestion et suivi et évaluation de programme			52 934
			<i>SOUS-TOTAL</i>			273 494
10	Amélioration des services de lutte contre la tuberculose dans les prisons	10.1	Orientations et élaboration de politiques en vue de la réforme de la détention avant jugement	Élaboration d'une politique au cours de l'année 1. Orientations au cours de l'année 2.	PNLT, OSC travaillant avec les prisons et partenaires techniques	79 943

		10.2	Élaboration d'une politique commune à MINSANTE/MINJUSTICE relative au VIH/à la tuberculose dans les prisons	Élaboration d'une politique au cours de l'année 1. Sensibilisation régionale concernant les prisons au cours des années 1 et 4.	MINSANTE, MINJUSTICE et partenaires techniques	92 678
		10.3	Gestion et suivi et évaluation de programme			41 429
			<i>SOUS-TOTAL</i>			214 050
11	Autres activités	11.1	Évaluations du programme	5 grandes/petites évaluations au cours des années 2 et 4.	Tous les partenaires	487 058
		11.2	Enquête sur les coûts catastrophiques de la tuberculose	Enquête au cours de l'année 2.	PNLT	127 425
			<i>SOUS-TOTAL</i>			614 483
			TOTAL			4 172 078

XII. ANNEXE C : COUTS DE L'APPROCHE GLOBALE

[voir pièce jointe distincte.]

XIII. ANNEXE D : VALEURS ET INDICATEURS DE REFERENCE POUR LA MESURE DU PROGRES

Le **tableau 5** ci-après fournit l'ensemble proposé d'indicateurs et de références pour la mesure des aspects quantitatifs des progrès en matière d'élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès et le recours aux services de lutte contre le VIH. Les indicateurs proposés contiennent en outre les indicateurs de couverture et de recours aux services de lutte contre le VIH, tout au long du traitement, ainsi que les interventions de réduction des risques, ventilés par âge, sexe et par groupe de population, tel que requis ou recommandé par le Fonds mondial aux pays bénéficiaires de ses subventions (Fonds mondial, 2016b).

Tableau 5 : Références et indicateurs liés au VIH

Indicateur	Valeur de référence	Source/année
Rejet social et discrimination		
% de la population indiquant s'être vu refuser un service de soins de santé (ventilé par population)	HSH = 5 % Professionnelles du sexe = 1 % CDI = absence de données Personnes transgenres = absence de données PVVIH = 2 % à 5 %	Johns Hopkins University et al., 2017; RéCAP+ et GNP+ 2013
% de la population indiquant avoir reçu un mauvais traitement dans les services de santé, y compris le non-respect de la confidentialité (ventilé par population)	HSH = 8 % Professionnelles du sexe = 4 % à 6 % CDI = absence de données Personnes transgenres = absence de données PVVIH = 4 %	Johns Hopkins University et al., 2017; RéCAP+ et GNP+ 2013
% de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui font état de comportements discriminatoires vis-à-vis de personnes vivant avec le VIH.	Hommes = 86 % Femmes = 82 %	INS, MINSANTE, UNICEF, 2015
Violence et abus		
% de la population faisant état de cas de violence physique au cours des 12 derniers mois (ventilé par population)	HSH = 22,6 % Professionnelles du sexe = 33,5 % CDI = absence de données Personnes transgenres = absence de données PVVIH = 12 % Adolescentes et jeunes femmes = 27 %	Johns Hopkins University et al., 2017; RéCAP+ et GNP+, 2013 ;INS et ICF, 2012
% de la population faisant état de cas d'abus/d'extorsion par la police au cours	HSH = 14 %	Johns Hopkins University et al., 2017;

des 12 derniers mois (ventilé par population)	Professionnelles du sexe = 33 % CDI = absence de données Personnes transgenres = absence de données PVVIH = 0,5 %	RéCAP+ et GNP+, 2013
---	--	----------------------

Formation et activités de sensibilisation

Nombre et % d'agents de santé formés au professionnalisme/à l'éthique médicale	Aucune donnée consolidée.	La présente évaluation.
Nombre et % de policiers formés dans le domaine juridique et des droits humains des PVVIH et d'autres populations clés.	Aucune donnée consolidée.	La présente évaluation.
Nombre et % d'officiers de justice formés dans le domaine juridique et des droits humains des PVVIH et d'autres populations clés.	Aucune donnée consolidée.	La présente évaluation.

Accès à la justice

Nombre de personnes ayant bénéficié de services ou de conseils juridiques pour relever des obstacles juridiques/liés aux droits humains.	Aucune donnée consolidée.	La présente évaluation.
Nombre d'avocats/d'assistants juridiques/de conseillers formés à la fourniture d'une assistance juridique	Aucune donnée consolidée.	La présente évaluation.

Réforme législative et politique

Nombre et type de lois et de politiques promouvant/protégeant les droits des PVVIH et d'autres populations clés et vulnérables s'agissant du VIH.	Aucune politique spécifique pour les populations clés.	La présente évaluation.
---	--	-------------------------

Le **tableau 6** ci-après fournit l'ensemble proposé d'indicateurs et de références pour la mesure des progrès en matière d'élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès et le recours aux services de lutte contre la tuberculose. Les indicateurs proposés contiennent en outre les indicateurs de couverture et de recours aux services de lutte contre la tuberculose, tout au long des services de lutte contre la tuberculose, tel que requis ou recommandé par le Fonds mondial (Fonds mondial, 2016b).

Tableau 6 : Références et indicateurs liés à la tuberculose

Indicateur	Valeur de référence	Source/année
------------	---------------------	--------------

Rejet social et discrimination

Nombre et pourcentage de personnes diagnostiquées tuberculeuses ayant vécu une situation de rejet/discrimination dans le contexte des soins de santé. Absence de données

Nombre et pourcentage de personnes diagnostiquées tuberculeuses ayant reçu un mauvais service, y compris le non-respect de la confidentialité Absence de données

Nombre de personnes indiquant avoir dû interrompre leur traitement dans des contextes de la police ou de la prison. Absence de données

Formation des agents de santé

Nombre et % des agents de santé formés aux droits humains et à l'éthique dans le contexte de la tuberculose. Aucune donnée consolidée.

Services juridiques et accès à la justice

Nombre d'avocats/assistants juridiques formés et prêts à fournir des services juridiques en lien avec la tuberculose Absence de données

Nombre de personnes diagnostiquées tuberculeuses ayant fait appel à un service juridique au cours de 12 derniers mois Absence de données

Nombre de personnes diagnostiquées tuberculeuses ayant vécu une situation de discrimination sur leur lieu de travail Absence de données

Nombre de personnes ayant vécu une situation de discrimination qui ont cherché à obtenir et ont obtenu réparation Absence de données