



ÉVALUATION DE LA PRISE EN COMPTE DU GENRE DANS LA RIPOSTE AU VIH/SIDA AU CAMEROUN

Rapport final

Octobre 2025

Sommaire

Sommaire.....	2
Liste des sigles et abréviations.....	3
Liste des tableaux.....	5
Préface.....	6
Remerciements.....	7
Résumé exécutif.....	8
Introduction générale.....	12
Chapitre 1 : Etat des lieux du genre et du VIH au Cameroun.....	22
Chapitre 2 : Prévalence et incidences du VIH/SIDA selon le genre.....	32
Chapitre 3 : Genre et réponse nationale au VIH/SIDA.....	50
Chapitre 4 : Analyse des écarts et identification des leviers d'action.....	70
Chapitre 5 : Recommandations et interventions prioritaires fondées sur des données probantes	73
Plan d'action des interventions prioritaires.....	75
Estimation des coûts des interventions prioritaires répondant aux résultats de l'évaluation genre	80
Conclusion générale.....	81
Références bibliographiques.....	83
Annexes.....	86
Table des matières.....	91

Liste des sigles et abréviations

AFJF	: Adolescentes, Filles et Jeunes Femmes
AOC	: Afrique de l'Ouest et du Centre
CEDEF	: Convention sur l'Élimination de toutes les Formes de Discriminations à l'égard des Femmes
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CPFF	: Centre de Promotion de la Femme et de la Famille
CV	: Charge Virale
GC7	: Grant Circle 7
GTC	: Groupe Technique Central
GTR	: Groupe Technique Régional
DH	: Droits Humains
HSH	: Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
INS	: Institut National de la Statistique
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MINAS	: Ministère des Affaires Sociales
MGF	: Mutilations Génitales Féminines
MINPROFF	: Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
MINSANTE	: Ministère de la Santé Publique
OBC	: Organisation à Base Communautaire
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Organisation des Nations Unies pour le Programme Commun de Lutte contre le Sida
PEC	: Prise en Charge
PEP	: Prophylaxie Post Exposition
PNG	: Politique Nationale Genre
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Professionnel(les) du Sexe
PSN	: Plan Stratégique National

PrEP	: Prophylaxie Préexposition
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH
SIDA	: Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SSR	: Santé Sexuelle et Reproductive
TB	: Tuberculose
TG	: Transgenre
TS	: Travailleuses de Sexe
TSM	: Technical Support Mechanism
UDI	: Usagers de Drogues Injectables
UNFPA	: United Nations Population Fund
VBG	: Violence Basée sur le Genre
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux et encadrés

Tableau 1 : Récapitulatif de la constitution de l'échantillon	16
Tableau 2: Tableau de prévalence par âge et par sexe.....	31
Tableau 3: Taux de prévalence des populations clés	32
Tableau 4: Connaissance complète du VIH par sexe et par âge	34
Tableau 5: Connaissance complète du VIH chez les jeunes.....	34
Tableau 6: Connaissance sur la transmission mère-enfant	34
Tableau 7: Distribution des préservatifs et lubrifiants depuis 2021	35
Tableau 8: Utilisation du préservatif chez les hommes et les femmes	36
Tableau 9: Utilisation du préservatif chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes	36
Encadré 1: Recommandations issues de l'évaluation du PSN 2021-2023	29

Préface

La lutte contre le VIH/Sida est un enjeu crucial de santé publique au Cameroun. Bien que des avancées aient été accomplies au cours de ces dernières années pour réduire les nombreux cas de nouvelles infections et assurer ainsi une prise en charge optimale, les statistiques restent préoccupantes : à titre purement illustratif, selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2018, la prévalence du VIH parmi les femmes et les hommes âgés de 15 à 49 ans est de 2,7% (3,4% chez les femmes et 1,9% chez les hommes). Parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans, 1,3% sont séropositifs au VIH, avec une légère prédominance chez les femmes (1,5%) par rapport aux hommes (1,1%).

En effet, chaque année, un nombre considérable de vies s'éteignent, engendrant non seulement une douleur immense au sein des familles touchées, mais également un fardeau socio-économique pour notre pays. Face à cette réalité préoccupante, le Cameroun s'est pleinement engagé depuis une décennie dans la dynamique internationale de lutte contre le VIH/Sida, en adoptant les objectifs de l'ONUSIDA et ceux du Plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida 2024-2030. Dans ce contexte national et international où la réduction de la féminisation de cette pandémie est devenue un enjeu majeur de la riposte, un plan sectoriel Femmes-Familles a été élaboré par le MINPROFF couvrant ainsi la période de 2021 à 2026 avec pour objectif principal de réduire de 50 le nombre de nouvelles infections à VIH chez les femmes d'ici à 2026. Les résultats obtenus bien qu'encourageants n'ont pas été pleinement atteints malgré les efforts déployés ; il est donc impératif pour le pays de poursuivre ces efforts en se dotant d'une autre feuille de route qui orientera les actions des acteurs sur le terrain

La présente évaluation de la prise en compte du genre dans la riposte nationale au VIH/SIDA est le fruit d'un travail participatif et inclusif impliquant un ensemble d'acteurs du secteur public et privé en général, des réseaux d'associations et organisations de la société civile et des partenaires techniques et financiers. Elle a été réalisée avec l'appui technique de l'ONUSIDA et du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS).

Cette évaluation met en lumière les principaux déterminants genres et VIH dans l'accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH/Sida et les incidences comportementales incluant les cibles les plus vulnérables et les populations clés à prendre en compte dans la lutte contre le VIH/Sida dans notre pays. Elle précise les orientations stratégiques et les interventions à haut impact les plus efficaces qu'il faudra mettre en œuvre pour prévenir et faire face à cette pandémie. Elle servira donc de boussole à tous les acteurs impliqués dans cette lutte ; elle est enfin le creuset où doivent converger tous nos efforts et nos énergies si nous voulons atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés.

Nous invitons donc toutes les parties prenantes, qu'elles soient gouvernementales, non gouvernementales, communautaires ou individuelles, à se l'approprier puis à travailler de manière concertée pour des interventions plus efficaces au bénéfice de nos cibles.

Remerciements

Au nom du Système des Nations Unies au Cameroun, je souhaite exprimer ma profonde gratitude à toutes les institutions, organisations et individus qui ont contribué à la réalisation de l'étude sur l'**évaluation de la prise en compte du genre dans la riposte au VIH/SIDA au Cameroun**.

Cette étude, d'une importance capitale, met en lumière les dynamiques complexes entre le genre et la santé, et révèle les inégalités structurelles basées sur le genre qui persistent dans l'accès à la prévention, au traitement et aux soins liés au VIH/SIDA. Elle souligne avec force la nécessité d'intégrer une approche véritablement sensible au genre dans toutes les dimensions de la riposte nationale dans sa multisectorialité. En révélant les obstacles spécifiques auxquels sont confrontées les femmes, les jeunes filles, ainsi que les hommes et les personnes issues de groupes clés, elle nous invite à repenser nos stratégies pour qu'elles soient plus inclusives, équitables et efficaces.

Je salue le leadership du **ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille** dont l'engagement constant a permis de faire avancer cette initiative ambitieuse, ainsi que le **ministère de la Santé Publique**, le **Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS)** et les **autres départements sectoriels gouvernementales** dont l'appui technique et institutionnel a été déterminant pour garantir la rigueur de cette évaluation et la pertinence de ses résultats et recommandations.

Je rends également hommage aux **organisations de la société civile et aux groupes communautaires** dont la mobilisation, la proximité avec les communautés et la capacité à porter la voix des plus vulnérables ont enrichi cette étude de perspectives essentielles représentant les réalités vécues et les solutions attendues. Leur rôle est crucial pour faire vivre les principes d'équité et de justice sociale sur le terrain.

Mes remerciements vont aussi aux **experts nationaux et internationaux**, aux **chercheurs** et aux **consultants**, qui ont su conjuguer expertise scientifique et sensibilité humaine pour produire une analyse fine, contextualisée et porteuse de recommandations concrètes.

Enfin, je remercie chaleureusement les **agences des Nations Unies**, particulièrement **ONUSIDA**, **ONU Femmes**, ainsi que toutes les autres entités partenaires – pour leur appui technique, financier et stratégique. Leur engagement indéfectible en faveur de l'égalité de genre et de la santé pour tous est une source d'inspiration et de progrès.

Cette étude n'est pas une fin en soi, mais un point de départ. Elle nous appelle à l'action. Ensemble, engageons-nous à traduire ses recommandations en politiques publiques ambitieuses, en programmes transformateurs et en résultats tangibles pour les populations. Œuvrons pour un Cameroun où chaque individu, indépendamment de son genre, puisse vivre libre de toute discrimination, avec un accès équitable à la santé, à la dignité, à la protection sociale et à la sécurité.

Avec toute ma considération,

M. ISSA SANOGO

Coordonnateur Résident des Nations Unies au Cameroun

Résumé exécutif

Contexte

Au Cameroun, les femmes, les adolescentes, les jeunes filles, les travailleuses de sexe, les consommateurs de drogue injectable et d'autres populations clés figurent parmi les couches sociales les plus affectées par le VIH, en raison de leur vulnérabilité socialement construite. Du fait de leur statut sociologique, elles sont soumises à des contraintes qui non seulement les exposent davantage au virus que le reste de la population, mais également qui limitent leur demande et leur accès aux interventions de lutte contre le VIH, instaurant au passage des inégalités sociales.

Dès lors, et même s'il concerne tout le monde, le VIH s'impose de fait comme la maladie des inégalités sociales. Lutter contre le VIH revient alors à lutter contre les inégalités sociales. Pour mieux le prévenir et le traiter, il faut promouvoir l'égalité des chances, en s'attaquant aux disparités qui affectent certains, principalement à cause du sexe, de l'orientation sexuelle et de la consommation des substances psychotropes. C'est ce à quoi la présente étude entend contribuer, en procédant à une évaluation rigoureuse de la prise en compte du genre dans la riposte nationale au VIH/SIDA.

Objectif

L'objectif de l'étude est de faire une évaluation complète et approfondie des barrières qui entravent la prise en compte du genre dans la riposte nationale au VIH dans le but de fournir une compréhension des lacunes et goulots d'étranglement qui empêchent la mise sur pied d'une riposte nationale efficace et efficiente qui tiendrait compte des besoins et spécificités (approche intersectionnelle) de chaque catégorie de bénéficiaires (approche inclusive) des différents groupes identitaires (femmes, hommes, adolescente.s, PVVIH, travailleur.ses de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, usager.es de drogue injectable, etc.).

Méthodologie

Pour parvenir aux objectifs de la mission, l'étude a fait recours l'outil GAT version 2025 développé par l'ONUSIDA. Il repose sur cinq principales étapes :

- Préparation à l'évaluation basée sur le genre : cette première étape a permis de créer un cadre pour l'évaluation, par la mise en place d'une équipe, la recherche de la participation des pouvoirs publics, la mobilisation des ressources et une collecte des données documentaires et primaires.
- Connaissance de l'épidémie de VIH et de son contexte : au cours de cette étape, il s'est agi de produire des données épidémiologiques sur le SIDA au Cameroun. Par ailleurs, un sondage en profondeur du contexte, a été fait, par l'interrogation des normes socio-culturelles, des rapports genre, des violences basées sur le genre, bref, l'ensemble des éléments du social qui influence la lutte contre le VIH/SIDA.
- Connaissance de la riposte nationale au VIH : il a été question de prendre connaissance des programmes et stratégies de lutte contre le VIH/SIDA, en prêtant une attention sur l'égalité genre. La connaissance de la riposte nationale revient aussi à interroger les mécanismes de coordination et de participation entre les différents acteurs impliqués

dans la lutte contre le VIH, ainsi que des investissements et des dotations financières qui y sont dédiés.

- Analyse et utilisation des résultats de l'évaluation basée sur le genre pour une riposte au VIH transformatrice en matière de genre : cette analyse des résultats est à l'origine de la mise sur pied d'un Plan d'action assorti des mécanismes de suivi-évaluation.
- L'exercice de calcul et coût : cette étape a permis de quantifier les ressources nécessaires à la mise en œuvre des interventions prioritaires de transformation de genre issues de l'évaluation, afin de garantir une allocation budgétaire efficace pour répondre aux recommandations formulées par rapport aux lacunes détectées.

Pour suivre ces cinq étapes, une collecte des données a été nécessaire. Celle-ci s'est faite à travers des sources primaires et secondaires. La rencontre des sources primaires a été effectuée par la réalisation des entretiens et des focus group sur la base d'un échantillon à choix raisonné. Les entretiens individuels ont été menés au niveau central avec les acteurs à différents paliers : décideurs, partenaires techniques et financiers, leaders des organisations de la société civile. Les focus groups ont été menés avec les différents groupes bénéficiaires des interventions VIH dans les localités de Bertoua dans la région de l'Est et Kribi dans la région du Sud : femmes rurales infectées, adolescentes infectées, hommes infectés, travailleuses de sexe, usagers de drogue et minorités sexuelles. Si les données primaires ont été essentiellement qualitatives, les données secondaires quant à elles, ressortent du quantitatif. Elles ont été puisées dans des documents ayant un fort ancrage statistique. Le travail d'analyse de ces données a débuté par une transcription des entretiens et focus groups discussions. Ces données ont fait par la suite, l'objet d'une catégorisation et d'une codification et soumises à une analyse de contenu, qui a permis de dégager les écarts et les disparités genre, de relever les barrières qui entravent l'accès à la prévention et au traitement des principales populations bénéficiaires. Les données quantitatives tirées des documents statistiques ont appuyé ces analyses en donnant dans certains cas une possibilité de mesure des constats effectués.

Conclusions et lacunes

Au terme de ce travail de collecte et d'analyse, les lacunes suivantes ont été observées à différents niveaux : prévention combinée ; égalité de genre ; dépistage et traitement ; rôle des communautés ; transmission verticale, droits humains, financement et ressources et budgétisation sensible au genre.

VIH, santé, droits sexuels et reproductifs Faible usage des préservatifs par les populations clés : Faible connaissance complète du VIH chez les hommes par rapport aux femmes. Plus de la moitié dans le cadre des rapports sexuels avec le partenaire irrégulier ; Faible usage du préservatif par rapport aux hommes ; Usage très faible du préservatif chez les hommes ayant les rapports avec d'autres hommes ; Connaissance complète relative deçà de 50% de la population ; Faible connaissance des hommes de la transmission mère à l'enfant ; Faible accès des minorités sexuelles au traitement ; Maitrise relative de la prise en charge genrée.

Droits humains (stigmatisation et discrimination) : Discrimination, stigmatisation et rejet des usagers de drogue ; Discrimination et stigmatisation des minorités sexuelles dans les formations hospitalières; Non reconnaissance des minorités sexuelles comme catégorie genrée ; Perception déviante et délinquante des populations clés au détriment d'une considération de

patient ; Manque de structures de prise en charge des usagers de drogues ; Absence de catégorisation spécifique de personnes handicapées.

Participation et leadership des femmes : Faible présence des organisations dirigées par les jeunes filles ; Absence d'organisations formelles des usagers de drogues.

VBG et violences basée sur l'orientation sexuelle : Faible protection des personnes vulnérables et des catégories considérées comme déviantes (travailleuses de sexe); Dénégation de la transphobie et de l'homophobie et mise en exergue de la pénalisation.

Normes sociales : Mise en quarantaine des PVVIH (rupture de contact) ; La prégnance des normes de genre (refus du droit à l'éducation ; à l'opinion ; à la terre ; à l'héritage) en violation de la loi.

Financement et mobilisation des ressources : Dépendance de la riposte aux financements extérieurs ; Financement interne dédié exclusivement aux cibles prioritaires (jeunes filles ; adolescentes, femmes) ; Faible budgétisation sensible au genre.

Cadre légal et politique : Pénalisation des pratiques usuelles des populations clés/vulnérables (usage des drogues, homosexualité et prostitution) et impunité des auteurs de violence sur les personnes vulnérables.

Autonomisation de la femme : Pauvreté de la femme ; violence économique et recours au sexe comme activité génératrice de revenus.

Recommandations

Ces constats ont donné lieu aux recommandations suivantes à différents paliers :

VIH, santé, droits sexuels et reproductifs : Améliorer la connaissance de toutes les populations sur le VIH et renforcer la sensibilisation sur l'usage des préservatifs pour tout rapport sexuel à risque ; Renforcer le pouvoir de décision des femmes à l'usage du préservatif.

Normes sociales : Lutter contre la stigmatisation et la discrimination (externes et internalisées) envers les personnes vivant avec le VIH en tenant compte des inégalités liées au genre et des normes sociales qui les alimentent ; Lutter contre la déscolarisation précoce de la jeune fille et encourager sa scolarisation jusqu'à la fin du cycle secondaire ; Mettre en œuvre des programmes de prévention des violences basées sur le genre dans la programmation des interventions liés au VIH au bénéfice des travailleuses de sexe et des groupes marginalisés.

Participation et leadership des femmes : Soutenir la participation des organisations dirigées par des femmes, des adolescentes et des jeunes femmes aux plateformes de planification et de prise de décision en matière de VIH ; Soutenir la participation des organisations dirigées par des femmes, des adolescentes et des jeunes femmes aux plateformes de planification et de prise de décision en matière de VIH.

Autonomisation de la femme : Autonomiser économiquement les femmes et particulièrement les femmes vivant avec le VIH et promouvoir leur accès aux ressources productives, à la formation professionnelle, et aux opportunités de financement ; Renforcer le leadership des organisations des femmes et des jeunes filles vivant avec le VIH dans la mobilisation des ressources et le renforcement des capacités de leurs leaders.

Droits humains (stigmatisation et discrimination) : Reconnaître le droit à la santé comme un droit inaliénable et sanctionner la stigmatisation et la discrimination comme une violation du droit fondamental à la santé ; Mettre en place des mécanismes juridiques et institutionnels de protection des droits humains et renforcer la sensibilisation des prestataires et des communautés sur les VBG, l'égalité de genre et l'inclusion, et garantir l'accès à la justice pour les femmes, personnes vivant avec le VIH, les personnes en situation de handicap et les populations clés ; Mettre fin à l'impunité pour tous les auteurs des violences faites aux femmes, à la jeune fille, aux adolescentes et aux populations clés.

Financement et mobilisation des ressources : Intégrer la budgétisation sensible au genre dans toutes les interventions de lutte contre le VIH et travailler à une augmentation substantielle des financements internes en élargissant aux populations clés ; Fournir une assistance technique et en formation pour soutenir l'élaboration de budgets sensibles au genre, l'évaluation de genre et consulter les organisations dirigées par les femmes sur les plans et budgets.

Introduction générale

1.1. Contexte et justification

Les inégalités de genre demeurent l'une des formes de discriminations les plus répandues dans le monde. Elles ont une incidence sur la capacité des femmes et des jeunes filles à prévenir le VIH, notamment celles appartenant aux populations clés ou aux couches les plus vulnérables ; les femmes ayant plus de difficultés que les hommes à accéder aux soins de santé, à l'emploi, à l'éducation, et plus exposées aux Violences Basées sur le genre (VBG)¹.

En ce qui concerne le VIH, le profil des estimations démontre que l'épidémie est de type mixte (généralisée et concentrée), avec une prévalence estimée à 2,6 % dans la population générale âgée de 15 à 49 ans en 2022. Cette prévalence a été marquée par une baisse progressive mais lente entre 2004 (5,4%), 2011 (4,3%), 2015 (3,6%) et 2018 (2,7%), mais toujours élevée, plaçant le Cameroun parmi les pays de la région Afrique du Centre et de l'Ouest (AOC) qui portent le poids de l'épidémie. Même si l'évolution décroissante est similaire dans les deux sexes, le différentiel femmes/hommes persiste depuis 2004. Des disparités significatives sont observées et les femmes de 15 à 49 ans sont touchées de manière disproportionnée par rapport aux hommes de la même tranche d'âge (3,4% chez les femmes versus 1,9% chez les hommes de 15-49 ans). La prévalence du VIH augmente très rapidement chez les femmes âgées de 35-39 ans pour atteindre un maximum de 6,5%². Au sein de la population des femmes et des filles, celles présentant une vulnérabilité additionnelle sont particulièrement exposées et affectées par le VIH, à l'instar des travailleurs (ses) de sexe, usagers de drogues, réfugiées, déplacées internes, handicapées³. Ces dernières ont également un difficile accès aux différents moyens de lutte contre la pandémie du VIH.

Cette situation interpelle au plus haut point car les femmes et les filles constituent un poids démographique significatif ainsi qu'un capital humain dont la contribution est nécessaire à l'atteinte des objectifs nationaux de développement inclusif. En plus de mettre en évidence certaines limites de la riposte jusqu'ici menée contre le VIH et le Sida, elle commande une analyse plus rigoureuse des insuffisances liées à la prise en compte du genre dans la lutte contre ces pandémies, conformément aux orientations politiques et stratégiques en vigueur.

En effet, le gouvernement camerounais s'est engagé en faveur de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes, à garantir l'accès équitable de tous les camerounais à la santé à travers son adhésion aux instruments juridiques internationaux et régionaux, et s'est doté d'un cadre institutionnel favorable ainsi que de documents d'orientations politiques et stratégiques y relatifs. Les programmes de transformation du genre mis en œuvre au Cameroun ces 20 dernières années ont montré qu'ils pouvaient contribuer à améliorer les normes de genre, à s'attaquer aux aspects néfastes de la masculinité et à réduire la violence sexiste⁴.

¹Vaneza Flores, Stella Heras and Vicente Julian: Comparaison de modèles prédictifs avec des classes équilibrées à l'aide de la méthode SMOTE pour la prévision du décrochage scolaire dans l'enseignement supérieur, 2022.

² PSN 2024-2030 Cameroun, p.15.

³ HandyVIH PSV, People with disabilities are at increased risk of HIV infection and adverse sexual health outcomes : results of HandyVIH study (ANRS 12302), 2017.

⁴Global sexual and reproductive health package for men and adolescent boys. New York: UNFPA; 2017. (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/IPPF_UNFPA_GlobalSRHPackageMenAndBoys_Nov2017.pdf).

Dans la même veine et s’inscrivant en droite ligne des préconisations du Fonds Mondial et de l’ONUSIDA (Stratégie du Fonds Mondial pour la période 2023-2028 : combattre les pandémies et bâtir un monde plus sain et plus équitable, Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026) ainsi que des ODD, et en phase avec les orientations de la SND30, le Cameroun s’est doté d’un Plan Stratégique National de Lutte Contre le VIH, le sida et les IST (PSN) 2024-2030, dont les rapports annuels de mise en œuvre font entre autres état de la persistance du différentiel genre dans la propagation de la maladie, de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes, du nombre élevé de nouvelles infections chez les jeunes filles et femmes, et de nombreux autres gaps à résorber pour garantir l’atteinte des objectifs nationaux d’élimination de l’épidémie.

La présente évaluation trouve sa justification en ceci qu’elle fournit des informations détaillées qui mettent en évidence les barrières à la prise en compte du genre et des droits humains dans la riposte nationale au VIH. Elle met ainsi en évidence les lacunes programmatiques et budgétaires qui empêchent d’atteindre efficacement les objectifs de la lutte contre l’épidémie de VIH. Elle propose également des recommandations qui serviront à mettre en œuvre des interventions spécifiques et définies de manière participative et consensuelle, impliquant les communautés et groupes identitaires, les organisations de défense des droits de la femme, les partenaires techniques et financiers, sans oublier les institutions étatiques. Elle débouche sur un plan d’action budgétisé pour une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des populations bénéficiaires dans le respect du genre, de l’équité et des droits humains.

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

L’objectif principal de l’étude est de faire une évaluation complète et approfondie de la prise en compte du genre dans la riposte nationale au VIH/SIDA. Le but est de fournir une compréhension des lacunes et goulots d’étranglement qui empêchent la mise sur pied d’une riposte nationale efficace et efficiente qui tiendrait compte des besoins et spécificités (approche intersectionnelle) de chaque catégorie de bénéficiaires que sont les PVVIH, les femmes, les adolescentes, et les populations clés (approche inclusive).

1.2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques consistent à :

- Déterminer les lacunes programmatiques à la prise en compte du genre dans la prévention et le traitement du VIH ;
- Déterminer les entraves à l’efficacité des interventions et des soutiens possibles à la mise en œuvre des programmes qui répondent aux besoins spécifiques des PVVIH, des populations clés et d’autres groupes identitaires ;
- Déterminer les obstacles à la mise en place d’une coordination efficace des actions qui prend en compte la spécificité des besoins des personnes atteintes et celles à risque ;
- Recommander des interventions prioritaires pour informer et soutenir l’élaboration, le suivi et la révision des plans stratégiques afin de rendre la riposte transformatrice de genre et équitable en termes des droits humains

- Proposer un plan d'action budgétisé qui détermine les coûts et les dépenses des interventions recommandées afin d'évaluer leur faisabilité à courts et à moyens termes.

1.3. Résultats attendus

- Prendre en considération les normes, les rôles et les relations de genre pour les femmes, les hommes et les autres genres et population clés qui affectent l'accès et le contrôle des ressources ;
- Prendre en considération les besoins spécifiques des femmes, des hommes et des autres genres et travailler à la transformation des rôles, des normes et des relations de pouvoir préjudiciables aux genres. Inclure des stratégies visant à favoriser des changements progressifs dans les relations de pouvoir entre les femmes, les hommes et les autres genres ;
- S'attaquer aux structures, politiques et normes sociales sous-jacentes qui perpétuent les inégalités fondées sur le sexe et les inégalités croisées dans le contexte de l'épidémie de VIH ;
- Aborder les inégalités multidimensionnelles et répondre aux inégalités liées aux différentes identités (genre, sexe, identité de genre, orientation sexuelle, classe, handicap, race, ethnicité, état de santé, religion, statut migratoire, âge et opinions politiques ou autres) qui affectent l'accès aux droits, aux opportunités et aux services.

1.4. Cadre méthodologique

1.4.1. Type d'étude

L'étude adopte une démarche qualitative qui combine la revue documentaire et les entretiens individuels et de groupe. La recherche documentaire a permis de prendre connaissance de l'épidémie de VIH et de son contexte. Au cours de cette étape, il a été question de produire des données sur le contexte épidémiologique du VIH/SIDA au Cameroun, sur la situation du genre et de la manière dont son appropriation par les politiques publiques, impacte significativement la riposte nationale au VIH. Les entretiens avec les informateurs clés et les focus group avec les populations bénéficiaires ont de façon générale, permis de recueillir des informations approfondies sur les obstacles qui empêchent la prise en compte du genre et des droits humains dans la riposte nationale au VIH. De façon plus spécifique, ces entretiens ont permis de comprendre comment les normes socioculturelles influencent la lutte contre le VIH, de prendre connaissance des programmes et stratégies de riposte face à la maladie, des mécanismes de coordination et de participation entre les différents acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH, ainsi que les différents investissements et dotations financières qui y sont dédiés.

1.4.2. Sites de la collecte des données

La collecte des données s'est déroulée dans trois villes du pays à savoir : Yaoundé, Bertoua et Kribi. Yaoundé a été choisie comme site de collecte des données parce qu'étant le siège des institutions, elle abrite les acteurs étatiques et les partenaires techniques et financiers impliqués dans la lutte contre le VIH. Quant à Bertoua (régions de l'Est) et Kribi (région du Sud), le critère de séroprévalence a été déterminant dans leur choix, car ce sont des villes qui

se trouvent dans les deux régions présentant les taux les plus élevés au Cameroun⁵. Par ailleurs, ce choix a également été fonction de la cartographie des Organisations à Base Communautaire travaillant avec les populations clés recherchées (TS, UDI, HSH, etc), en dehors des PVVIH, des femmes et des adolescentes. Cette cartographie mise à disposition par CARE, a révélé une forte concentration de ces associations dans les villes de Bertoua et Kribi. De ce fait, ces villes bénéficient de la présence de nombreux programmes de lutte contre le VIH, et de nombreux partenaires pouvant permettre une mise en œuvre rapide des recommandations de cette étude.

1.4.3. Population cible

➤ Constitution de l'échantillon

L'étude présente un échantillon diversifié porté sur trois catégories d'acteurs, à savoir : les acteurs tertiaires, les acteurs secondaires et les acteurs primaires (notamment les bénéficiaires). Les acteurs tertiaires constitués des personnels des services centraux institutionnels et des partenaires techniques et financiers ont été interrogés à Yaoundé. Les acteurs secondaires constitués des responsables des services institutionnels déconcentrés et des leaders d'association ont été interrogés à Bertoua et à Kribi, de même que les acteurs primaires que sont les populations bénéficiaires dans leurs diverses composantes.

Tableau 1 : Récapitulatif de la constitution de l'échantillon

Catégories d'acteurs	Profils des participants
Acteurs primaires	<ul style="list-style-type: none"> - PVVIH (Principales bénéficiaires) - Femmes rurales - Adolescentes - Populations clés (Travailleuses de sexe, Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, Usager.es de drogue injectable)
Acteurs secondaires	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonnateurs CNLS (GTR), - Responsables délégation régionale/départementale MINPROFF, - Responsables délégation régionale/départementale MINSANTE - Professionnels de santé - Leader d'association
Acteurs tertiaires	<ul style="list-style-type: none"> - Responsables des services centraux institutionnels (MINPROFF, CNLS (GTC), MINSANTE) - Responsables partenaires techniques et financiers (OMS, CARE, ONUSIDA, UNICEF ; UNFPA ; etc)

Source : Données de terrain

⁵ Selon EDS 2018, le taux de séroprévalence au Sud, est de 5,8% et à l'Est de 5,6%. Il n'y a pas de données récentes par région jusqu'à ce jour.

- Critères d'inclusion et de non inclusion
- Critères d'inclusion

Les participants aux entretiens individuels devaient occuper depuis au moins 2 ans, un poste leur permettant d'être en mesure de fournir des informations clés sur la riposte au VIH. Quant aux participants aux FGD, ils devaient être résidents des villes de Bertoua et Kribi depuis au moins 2 ans ; être âgé d'au moins 15 ans révolus au moment de l'enquête ; avoir reçu un diagnostic de VIH positif ou négatif (connaître son statut sérologique) dans les 6 derniers mois précédents l'enquête ; être ou non sous traitement antirétroviral et donner son consentement éclairé pour participer à l'étude.

- Critères de non inclusion

En revanche, était automatiquement exclue de l'enquête toute personne ayant une incapacité mentale l'empêchant de participer à l'étude ; ignorant son statut sérologique depuis au moins 6 mois avant le début de l'enquête ; ayant un conflit d'intérêt avec l'étude ; n'étant pas disposée ou refusant de participer à l'étude pendant la période de la collecte des données.

- Stratégie de recrutement

La méthode par choix raisonné a permis de sélectionner les répondants aux entretiens individuels. Quant aux participants aux FGD, leur sélection a été facilitée par l'intermédiaire des associations travaillant avec les femmes, les PVVIH, les TS, les UDI et les HSH localisées à Bertoua et Kribi. Ces organisations à base communautaire ont été identifiées au préalable grâce à la cartographie des OBC. Les contacts des responsables ont été fournis grâce aux bénéficiaires et sous-bénéficiaires du Fonds Mondial (CARE, CHP, AFFIRMATIVE). Une concertation a été menée en région avec chaque responsable en vue de sélectionner les personnes remplissant les critères pour participer à l'étude. Cette stratégie a permis de réunir les participants en toute confiance.

- Taille de l'échantillon

A Yaoundé, l'échantillon était essentiellement constitué de participants aux entretiens individuels. A Bertoua et Kribi, il a été formé à la fois de participants aux entretiens individuels et de participants aux FGD. Au total, 05 entretiens ont été réalisés à Yaoundé avec les acteurs centraux institutionnels et les partenaires techniques et financiers. 10 entretiens ont été menés en région avec les responsables des délégations régionales (Bertoua) et départementales (Kribi) des MINPROFF et MINSANTE, avec des professionnels de santé et des leaders d'association, à raison de 05 entretiens à Bertoua et 05 entretiens à Kribi. 14 FGD ont été modérés en communauté avec les bénéficiaires, à raison de 07 FGD par ville (Bertoua et Kribi). Chaque groupe (femmes rurales, adolescentes, PVVIH, TS, UDI, HSH) était constitué de 06 participants, faisant un total de 42 personnes ayant pris part aux discussions. Chaque groupe répondait à l'exigence de spécificité identitaire pour une meilleure compréhension des besoins liés à chacun d'eux. C'est donc un total global de 57 personnes (15 participants aux EI et 42 participants aux FGD) qui ont été mobilisés pour la collecte des données.

1.4.4. Outils de collecte des données

L'étude a utilisé le Gender Assessment Tool (GAT) développé par l'ONUSIDA. Cet outil a permis de concevoir les guides d'entretiens semi-directifs et de discussion de groupe afin de répondre aux objectifs de la mission. Les outils de collecte des données tenaient compte de la particularité de chaque catégorie de répondants à qui ils étaient administrés. Ils présentaient donc ainsi des similitudes sur des questions de généralités communes à tous, notamment le contexte et les normes socioculturelles, mais des spécificités sur des aspects de la prise en charge et de la prévention du VIH, notamment pour les acteurs institutionnels et partenaires techniques, de même que pour les PVVIH et les populations clés.

Par ailleurs, la revue documentaire a permis de prendre connaissance de l'épidémie de VIH et de son ampleur, ainsi que du contexte de la riposte. Elle a également permis de collecter des données sur les violences basées sur le genre, les inégalités de sexes et autres aspects sociodémographiques en matière de santé. Cette revue a facilité le recueil d'informations quantitatives pertinentes qui ont alimenté l'évaluation nationale basée sur le genre.

1.4.5. Comité de pilotage

Un comité de pilotage a été mis sur pied pour superviser l'étude et apporter une contribution stratégique au processus de mise en œuvre de la mission. Outre le personnel de l'ONUSIDA, le comité réunissait des représentants du gouvernement, des partenaires techniques et financiers, et des représentants des OBC et de la société civile. Le comité de pilotage a examiné le protocole de recherche et les outils de collecte des données à soumettre au comité éthique lors de l'atelier de démarrage. Il s'est ainsi assuré que l'étude respectait la démarche administrative d'obtention de la clairance éthique, qu'elle prenait en compte les exigences méthodologiques dans le choix des sites de collecte des données, et que les objectifs de recherche étaient en phase avec les attentes nationales en matière de santé et les considérations éthiques. Le comité de pilotage a ainsi formulé des recommandations dans ce sens avant la collecte des données.

1.4.6. Clairance éthique et autorisation administrative

Conformément aux dispositions qui encadrent la recherche en santé au Cameroun, un protocole de recherche, des formulaires de consentement, une notice d'information et les outils de collecte des données ont été soumis au comité national d'éthique de la recherche en santé humaine (CNERSH) pour examen afin de s'assurer du respect du code éthique de la recherche sur les sujets humains. Quelques jours après la soumission, une réponse du comité éthique demandant au consultant d'apporter quelques modifications mineures au protocole a été reçue. Deux jours après réception de la réponse, le protocole a été retourné au comité éthique avec les corrections intégrées pour approbation, et la clairance éthique a été obtenue pour le démarrage de la mission.

Par ailleurs, des lettres administratives délivrées par le MINPROFF ont été mises à la disposition des consultants afin qu'ils puissent bénéficier d'un accompagnement formel auprès des services déconcentrés et opérationnels dudit département ministériel, notamment la

délégation régionale, la délégation départementale, les centres de promotion de la femme et de la famille (CPFF).

1.4.7. Déroulement de la collecte des données

L'équipe de consultants constituée d'un consultant principal et d'un consultant adjoint a supervisé la collecte des données. Chaque consultant est descendu dans une ville, à savoir Kribi pour la consultante principale et Bertoua pour le consultant adjoint. Au regard des contraintes de temps et de la lourde charge de travail, deux assistants ayant une expérience avérée dans la recherche qualitative étaient mis à disposition afin d'administrer les guides d'entretiens et modérer les FGD de façon efficiente. Les rendez-vous étaient négociés deux jours avant pour permettre aux participants de se rendre disponibles le jour dit, et aux responsables des associations d'avoir le temps de contacter les personnes répondant aux critères d'inclusion afin de les briefer sur les enjeux de la mission. Avant d'administrer les outils, une brève présentation des objectifs de la mission aux informateurs était requise et leur l'anonymat garanti. Les entretiens semi-directifs duraient en moyenne 50 minutes, tandis que les FGD duraient en moyenne 1h10mn. Un espace à l'abri des regards indiscrets et des bruits était choisi pour mener à bien les discussions afin de garantir la confidentialité des déclarations des participants. La parole était accordé à celui ou celle qui voulait la prendre, et les relances permettaient de la passer à quelqu'un d'autre qui voulait rebondir avec des informations complémentaires. La fin de l'entretien se faisait par un mot de remerciement à l'endroit des répondants.

1.4.8. Processus d'analyse des données

Les données collectées ont fait l'objet d'un traitement manuel. Le travail d'analyse a débuté par une transcription des données qualitatives issues des entretiens et des focus groups discussions. Ces données ont fait par la suite, l'objet d'un dépouillement à l'aide de grilles élaborées à cet effet, puis d'une catégorisation et d'une codification. Des grilles Elles ont été soumises à une analyse de contenu, qui a permis de dégager les écarts et les disparités genre, de relever les barrières qui entravent l'accès à la prévention et au traitement des principales populations bénéficiaires. Les données statistiques tirées des documents ont appuyé ces analyses en donnant dans certains cas une possibilité de mesure des constats effectués.

1.4.9. Confidentialité et considérations éthiques

Avant l'administration des outils, il était nécessaire d'obtenir le consentement des participants après que ceux-ci aient été informés des objectifs de la mission. Il était également utile de les rassurer sur la manière dont les données seraient utilisées et sur le fait que leur identité resterait strictement confidentielle, car certains participants appartenaient à des groupes identitaires condamnés par la loi camerounaise. Un terme générique a donc été adopté pour désigner les personnes interrogées.

1.4.10. Difficultés rencontrées et limites de l'étude

➤ Difficultés rencontrées

Le long processus dans la mise en place du comité de pilotage et du lancement officiel de la mission par l'atelier de démarrage a eu impact considérable dans le début de la collecte

des données qui n'a commencé que le 10 août 2025, tout juste à 21 jours de la fin du financement accordé au projet. Cette situation a constitué la principale difficulté de cette étude.

➤ Limites de l'étude

Comme limites de l'étude, la collecte des données n'a couvert que trois villes du Cameroun (Yaoundé, Bertoua et Kribi), or la pandémie du VIH est un problème de santé publique nationale. De plus, elle n'intègre pas d'autres couches sociales vulnérables, à l'instar des personnes incarcérées, des personnes déplacées internes (PDI), des personnes handicapées, des personnes réfugiées, des personnes âgées, des populations autochtones vulnérables, lesquelles présentent également un risque plus accru de contracter la maladie.

Le présent rapport est structuré en cinq chapitres qui présentent de manière cohérente la situation du VIH au Cameroun, les réponses mises en œuvre, ainsi que les perspectives d'amélioration intégrant la dimension genre.

Le chapitre 1 intitulé « Etat des lieux du genre et du VIH au Cameroun », décrit le contexte général de l'épidémie et analyse les inégalités liées au genre dans la vulnérabilité, l'exposition et l'accès aux services VIH.

Le deuxième chapitre focalisé sur la « Prévalence et incidences du VIH/SIDA selon le genre », présente les principaux indicateurs épidémiologiques disponibles, en mettant en évidence les disparités et les évolutions observées au fil des années.

Le troisième chapitre propose une « Analyse genre de la réponse nationale au VIH » rend compte des politiques, stratégies, programmes et interventions mises en œuvre par les différents acteurs nationaux et partenaires dans le cadre de la lutte contre le VIH et le Sida.

Le quatrième chapitre qui porte sur « L'analyse des écarts et l'identification des leviers d'action », procède à une analyse diagnostique selon l'approche FFOM (forces, faiblesses, opportunités et menaces) afin d'identifier les défis, les atouts, les contraintes et les perspectives de la prise en compte du genre dans la réponse nationale.

Enfin, le cinquième chapitre portant sur les « Recommandations et les interventions axées sur les résultats », propose des orientations stratégiques des actions prioritaires pour renforcer l'efficacité, l'équité, et la durabilité de la riposte au VIH, en intégrant la dimension genre.

Chapitre 1 : Etat des lieux du genre et du VIH au Cameroun

Ce chapitre fournit un panorama clair de la situation du genre et du VIH au Cameroun, en examinant comment les différences de genre influencent l'exposition à la maladie.

1.1. Indicateurs sociodémographiques, économiques et sanitaires du pays

1.1.1. Opérationnalisation du concept genre et revue de la littérature

Selon la Politique Nationale Genre du Cameroun, le genre désigne :

Des rôles et responsabilités socialement construits et attribués aux femmes et aux hommes dans une culture et un contexte donné. Ces rôles sont influencés par des perceptions et des attentes issues des facteurs culturels, politiques, sociaux et religieux, ainsi que par les coutumes, le droit, la classe sociale, l'ethnicité et les préjugés individuels et institutionnels. Les attitudes et comportements liés au genre sont appris et peuvent évoluer ou être modifiés⁶.

Cette définition éclaire sur la manière dont les rôles sociaux, les attentes culturelles et les rapports de pouvoir influencent la vulnérabilité, l'exposition, l'accès aux services en matière de santé et notamment chez les femmes.

En effet, les femmes et les jeunes filles constituent les groupes les plus touchés par le VIH au Cameroun. Selon Lavaud⁷, on pourrait qualifier l'épidémie de « féminine » en raison de la surreprésentation des femmes parmi les personnes vivant avec le VIH. Cette situation s'explique par des facteurs biologiques, économiques, socioculturels et structurels⁸.

Le manque d'alphabétisation, la pauvreté, la précocité de la sexualité, les partenariats multiples, la dépendance économique, les normes traditionnelles et les violences basées sur le genre sont identifiés comme les principaux déterminants de la vulnérabilité des femmes face au VIH⁹. Le profil genre du Cameroun¹⁰ relève que les jeunes filles sont trois fois plus touchées par le VIH que leurs homologues masculins.

L'analyse des inégalités de genre dans le contexte du VIH au Cameroun nécessite de croiser données épidémiologiques, politiques publiques, études sociologiques et sources institutionnelles. Les rapports annuels du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS, 2016–2023) constituent une base incontournable pour comprendre la dynamique actuelle de l'épidémie. Ils documentent les taux de prévalence selon le sexe, l'âge et les régions, révélant une féminisation persistante du VIH. Ces constats sont confirmés par les données de l'Enquête Démographique et de Santé du Cameroun¹¹, qui montrent que les jeunes femmes sont significativement plus touchées que les jeunes hommes, soulignant l'importance d'une lecture genrée de l'épidémie.

⁶ MINPROFF, 2020.

⁷ Lavaud, P, Le sida au féminin en Afrique subsaharienne. Population et Sociétés, 1999, 346, 1-4.

⁸ Desclaux, A, Genre et vulnérabilité au VIH/sida en Afrique : Une approche anthropologique. Sciences Sociales et Santé, 2011, 29(2), 65-85.

⁹ Mbuagbaw, L., Thabane, L., & Ongolo-Zogo, P, Barriers to HIV prevention among rural women in Cameroon: A cross-sectional study. BMC Public Health, 2016, 16, 10-45.

¹⁰ Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, Cameroun Profil Genre-Pays 2020.

¹¹ Institut National de la Statistique (INS) & ICF, Enquête Démographique et de Santé du Cameroun, 2018.

Pour comprendre les causes structurelles de cette inégalité, les travaux d'A. Desclaux¹² et de P. Lavaud¹³ offrent une analyse approfondie des mécanismes sociaux et culturels qui exposent les femmes à un risque accru. Desclaux, en particulier, met en lumière la vulnérabilité des femmes dans les rapports sexuels et économiques, tandis que Lavaud qualifie le sida de "féminin", insistant sur la surreprésentation des femmes parmi les personnes infectées. Ces constats sont également renforcés par le rapport de Girls Not Brides, qui dénonce le mariage précoce comme l'un des facteurs majeurs d'exposition des adolescentes au VIH, en raison de rapports non consentis, de grossesses précoces et de décrochages scolaires.

L'approche institutionnelle est analysée dans les travaux de Eboko, Abe et Laurent¹⁴, qui retracent les tensions entre les politiques nationales et les injonctions internationales. Leur étude démontre que, malgré la volonté affichée des gouvernements africains, les réponses à l'épidémie restent souvent techniques et biomédicales, au détriment d'une véritable approche genre. Cette critique rejoint l'analyse de Choundap Limbepe¹⁵ et de Chindji-Kouleu, qui interrogent les conditions de mise en œuvre de la gratuité des antirétroviraux (ARV) au Cameroun, soulignant les inégalités d'accès liées au genre, à la pauvreté et à la ruralité. L'étude de Mbuagbaw et collaborateurs, illustrent d'ailleurs concrètement cette inégalité d'accès : les femmes rurales, peu alphabétisées, peinent à bénéficier pleinement des services de prévention et de traitement.

Sur le plan qualitatif, la thèse de Nsangou Mbouemboue apporte une dimension précieuse en décrivant les itinéraires thérapeutiques des femmes vivant avec le VIH. Elle met en évidence les discriminations dans les centres de soins, le poids de la stigmatisation, mais aussi les résistances et stratégies d'adaptation développées par les patientes. Cette perspective micro-sociale rejoint celle de Meli Meli qui étudie l'engagement associatif des jeunes face au VIH et insiste sur le rôle central des femmes dans les dynamiques de prévention communautaire.

Les institutions internationales offrent un cadre d'analyse plus global. Le rapport mondial d'ONUSIDA (2023) et les World Health Statistics de l'OMS (2023) permettent de situer le Cameroun dans le contexte global de l'épidémie et de rappeler que les progrès réalisés restent fragiles en l'absence d'une réponse systémique intégrant les inégalités de genre. De même, le Gender Equality Index de l'ONU Femmes (2022) et les données de l'UNESCO (2023) mettent en lumière le lien entre éducation, autonomisation et santé reproductive, facteurs essentiels pour prévenir la transmission du VIH chez les jeunes filles.

Sur le plan socio-économique, les World Development Indicators de la Banque mondiale (2024) et le Rapport sur le développement humain du PNUD (2023) montrent que les femmes camerounaises restent désavantagées dans l'accès à l'éducation, à l'emploi formel et aux ressources économiques. Ces inégalités créent un terrain propice à la dépendance

¹² Desclaux, A, Genre et vulnérabilité au VIH/sida en Afrique : Une approche anthropologique. Sciences Sociales et Santé, 2011, 29(2).

¹³ Lavaud, P, Le sida au féminin en Afrique subsaharienne. Population et Sociétés, 1999, 346, 1-4.

¹⁴ Eboko, F., Abe, C., & Laurent, C, *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida : Évaluation de l'expérience camerounaise*, 2010, ANRS

¹⁵ Choundap Limbepe, S, La gratuité des antirétroviraux au Cameroun : Entre volonté politique et contraintes économiques. Cahiers d'Études Africaines, 2007, 187, 515-540.

économique et aux rapports de pouvoir déséquilibrés, augmentant la vulnérabilité au VIH. L'article de Mbanya et al. (2017), quant à lui, examine les barrières culturelles et sociales à la prévention, notamment le rôle des normes patriarcales, du silence autour de la sexualité et du manque de pouvoir de négociation des femmes.

Enfin, il est important de s'interroger sur la manière dont les politiques publiques camerounaises prennent en compte la dimension genre. La Politique nationale genre du MINPROFF (2022–2030) constitue un pas important vers une meilleure intégration de l'égalité entre les sexes dans les stratégies sectorielles, y compris la santé. Toutefois, la faible participation des femmes à la prise de décision, illustrée par les données de l'Union interparlementaire (2024), reste un obstacle à une véritable transformation structurelle.

Par ailleurs, en dépit du fait qu'elles fassent partie des cibles prioritaires du plan stratégique National de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST 2024-2030, les populations clés que sont entre autres les travailleuses de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les usagers de drogues injectables, les personnes transgenres, font face aux articles suivants du code pénal :

Article 96 : « *Seront punis d'un emprisonnement de 5 à 10 ans et d'une amende de 100 000 à 50 000 000 F CFA, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions légales concernant l'usage des drogues à quelque titre que ce soit, En cas d'offre ou de cession à une personne en vue de sa consommation personnelle, l'emprisonnement sera de 6 mois à 2 ans et l'amende de 50000 à 1 000 000 F CFA* » ;

Article 101 : « *L'usage hors prescription médicale des drogues sous contrôle est interdit. Toute drogue trouvée en la possession d'une personne qui en fait usage de manière illicite est saisie et sa confiscation sera ordonnée par l'autorité judiciaire compétente même si ladite personne ne fait pas l'objet de poursuites* » ;

Article 343. Prostitution (1) : « *Est punie d'un emprisonnement de 06 mois à 05 ans et d'une amende de vingt mille (20 000) à cinq cent mille (500 000) francs, toute personne de l'un ou de l'autre sexe qui se livre habituellement, moyennant rémunération, à des actes sexuels avec autrui.*(2) *Est puni des mêmes peines celui qui, en vue de la prostitution ou de la débauche, procède publiquement par des gestes, paroles, écrits ou par tous autres moyens, au racolage de personnes de l'un ou de l'autre sexe* ».

Cet environnement juridique ne facilite pas toujours les interventions spécifiques. Ces interventions sont incluses dans le paquet de services complets sans prise en compte des spécificités à l'exception du projet CHAMP "Community HIV/AIDS Mobilization and Prevention" qui a permis d'avoir des interventions ciblées pour les lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels (LGBT), les travailleuses de sexe et les usagers de drogues.

1.1.2. Situation de l'égalité des sexes

Selon la constitution du Cameroun du 18 janvier 1996, les hommes et les femmes sont tous égaux devant la loi. Il n'y a donc pas suivant ce principe, des rapports de domination/sujétion entre l'homme et la femme, mais plutôt des rapports égalitaires dans lesquels l'homme et la femme sont soumis aux mêmes droits et devoirs. Le droit positif camerounais établit ainsi une

égalité entre homme et femme. Dans le traitement de ses citoyens, l'Etat n'aménage pas de domaine réservé. Tous sont traités par la même mesure en termes d'obligations et de droits. Le traitement salarial très souvent un indicateur illustratif des discriminations de genre, est égalitaire. La plupart du temps sous d'autres cieux, pour le même travail et les mêmes compétences, les femmes gagnent moins que les hommes. Au Cameroun, à compétences égales, salaire égal. Les femmes peuvent également prétendre à la succession. Ainsi, les femmes ont une ouverture qui leur permet de participer à la vie sociale sans souffrir d'injustice et de discrimination. Cependant, ce cadre légal qui se veut égalitaire ne met pas les femmes à l'abri des situations d'infortune comme cela sera démontré dans la suite du travail. Ce décalage entre la loi et la pratique justifie le ranking bas du Cameroun au niveau mondial sur l'indice d'égalité entre les sexes. Cet indice est de 0,693 plaçant le Cameroun au 97^e rang en 2024¹⁶.

Au Cameroun l'organisation de la société par le droit positif n'est pas une garantie absolue. Les droits et devoirs établis par la règle de droit ne prennent pas aussi facilement leur marque. Les interactions quotidiennes ne se font pas toujours selon un cadrage défini par la loi. La loi est parfois absente, parce que généralement en avance sur la société. Les pratiques et les habitudes plébiscitées au sein de la société entrent régulièrement en contradiction avec la loi. Alors que l'égalité entre les sexes au Cameroun est juridiquement établie, des barrières s'érigent cependant, empêchant à des femmes notamment, de pleinement se mouvoir. L'éducation est aujourd'hui reconnue comme la clé d'une vie sociale épanouie. Sans éducation, il est presque impossible de trouver sa place dans la société. Par exemple, il n'est pas évident de s'insérer professionnellement sans éducation. Pour des tâches exclusivement manuelles, il est encore possible d'avoir droit au chapitre. Mais quand il s'agit des tâches qui requièrent des ressources intellectuelles dispensées dans des circuits éducatifs divers, il devient presque illusoire d'y prétendre. Malgré ce constat, l'éducation demeure un luxe pour de nombreuses personnes de sexe féminin, même lorsqu'elle est obligatoire comme l'enseignement primaire suivant le préambule de la constitution. 32,6% femmes sont sans instruction, contre 18,1% des hommes¹⁷. C'est dire qu'au niveau secondaire et universitaire, la situation est plus difficile pour les femmes. Au niveau supérieur, elles représentent 8,3%, pour 15,2% d'hommes¹⁸. Beaucoup de pesanteurs sociales entravent l'accès des femmes à l'éducation. La jeune fille quand elle n'est pas en marge du système scolaire, elle se voit éjectée précocement. Par rapport aux jeunes garçons, le pourcentage des filles qui achève le premier et le second cycle de l'enseignement secondaire est plus faible. Leurs chances de réussite s'en trouvent réduites.

L'emploi est un autre secteur où se creusent les inégalités entre les sexes. L'argent est le principal moyen d'échanges des biens et des services dans les sociétés actuelles. L'échange est au cœur de la vie en société. L'échange des biens et des services en constitue une part significative sinon majoritaire. Ne pas échanger, signifie en réalité ne pas avoir la vie, ne pas participer à la vie. Pour éviter cette mort sociale, il faut absolument avoir l'argent, en menant une activité qui devient une source de revenus. Si les activités peuvent se mener de manière entrepreneuriale, il reste que ces activités passent de plus en plus par la voie de l'emploi. Il y a peu d'entrepreneurs, pour de nombreux demandeurs d'emplois. Ce faisant, l'essentiel des

¹⁶ Rapport Global Gender Gap Index, World Economic Forum, 2024.

¹⁷ MINPROFF, INS, ONU Femmes, Cameroun Profil Genre-pays, 2020, p. 28.

¹⁸ Ibid.

revenus va transiter par l'emploi. Celui qui n'a pas d'emploi a de faibles revenus ou quasiment inexistant. C'est la raison pour laquelle la pauvreté monétaire est particulièrement accentuée dans des sociétés qui ont un taux de chômage élevé ou un tissu d'emplois décent faible.

Pour diverses raisons (considérations patriarcales, niveau d'éducation faible ou modeste des femmes), les hommes sont ceux qui captent en grande partie les emplois disponibles et les mieux rémunérés sur le marché, confinant les femmes à des emplois peu rentables et précaires. Faute de revenus, elles développent une forte dépendance à leur entourage ou à leur conjoint : *« grand nombre de femmes se disent que si elles ne sont pas mariées, en fait, mariage à tout prix. Et quand je parle de mariage à tout prix, ça veut dire quoi? Tu vas te laisser aller avec un monsieur qui va te dire, je vais t'épouser »*¹⁹. Cette dépendance les fragilise très souvent et les expose à des traitements parfois dégradants. Dès lors l'accès aux revenus des femmes constitue l'une des clés du rééquilibrage des rapports de genre. L'autonomisation de la femme est un antidote suffisamment éprouvé contre les injustices, les discriminations et même les violences. Mais au Cameroun, avec un taux de chômage des femmes évalué à 20,9% contre 11% chez les hommes²⁰, ces souffrances demeurent prégnantes.

Malgré l'adhésion du Cameroun à plusieurs conventions internationales pour l'égalité des sexes, les inégalités persistent. En 2019, l'Indice d'Inégalité de Genre (IIG) du Cameroun était de 0,560, le classant 141e sur 162 pays²¹. Le taux de mortalité maternelle a baissé de 651 décès pour 100 000 naissances en 2000 à 438 en 2020²². De même, la fécondité des adolescentes est passée de 128 pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans en 2010 à 108 en 2020²³.

Les disparités éducatives persistent, malgré une parité atteinte dans le premier cycle du secondaire en 2023²⁴. Le taux d'alphabétisation des femmes adultes reste inférieur à celui des hommes (73,1 % contre 83,4 %) ²⁵. Le mariage précoce touche 30 % des filles avant 18 ans²⁶ (Girls Not Brides, 2018).

En 2023, 33,9 % des sièges parlementaires étaient occupés par des femmes²⁷. Cependant, les femmes continuent d'occuper majoritairement des emplois vulnérables et sous-rémunérés²⁸. Elles consacrent en moyenne 3,5 fois plus de temps aux travaux domestiques non rémunérés que les hommes²⁹.

1.1.3. Taux de mortalité maternelle, prévalence contraceptive et taux de fécondité

La santé maternelle au Cameroun présente plusieurs facettes. Certaines facettes prêtent à l'inquiétude, d'autres donnent à espérer. Sur la mortalité maternelle, le Cameroun affiche l'un des

¹⁹FGD Femmes rurales, Bertoua.

²⁰Ministère de la Promotion de la femme et de la famille-INS, Les femmes et les hommes, les filles et les garçons au Cameroun 2024, p. 78.

²¹ ONU Femmes, 2022, Gender Equality Index.

²² Organisation Mondiale de la Santé, World Health Statistics, 2023.

²³ Organisations des Nations Unies pour le Développement, Rapport sur le développement humain, 2023.

²⁴ UNESCO, Rapport mondial de suivi sur l'éducation, 2023.

²⁵ Ibid.

²⁶ Girls Not Brides, 2018, Cameroon country profile : Child marriage.

²⁷ Union Interparlementaire, Les femmes dans les parlements nationaux : Situation au 1er janvier 2024.

²⁸ Banque mondiale, World Development Indicators, 2024.

²⁹ Banque mondiale, Gender equality and development : Time use survey data. Banque mondiale, 2024.

taux les plus inquiétants. Entre 2018 et 2019, le taux de mortalité maternelle au Cameroun est estimé à 406 décès pour 100 000 naissances vivantes³⁰. Les projections de l'OMS d'une mortalité nulle pour les naissances, reste un objectif très audacieux pour le Cameroun qui paraît à la limite hors de portée. La gestation représente un réel risque au vu de ce nombre élevé de décès. Elle peut à ce titre insuffler la peur aux femmes. Dans certains cas, les experts préconisent la contraception pour épargner du pire. La contraception n'est pas juste un moyen d'espace et de contrôle des naissances pour faire face à la pauvreté. Elle est aussi une méthode pour sauvegarder la vie. En 2024, le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCM) au Cameroun était de 19,2 %³¹. Un chiffre qui illustre qu'il existe encore une forte adhésion à la natalité. En effet, le taux de fécondité est de 4,32 enfants par femme en 2023. Il faut relever que c'est le taux le plus bas depuis les années 1960³².

1.1.4. Situation sociopolitique : migration, conflits politiques, violence et criminalité (violence des gangs) et situations d'urgence causées par des catastrophes naturelles

Depuis plusieurs années la situation socio-politique du Cameroun est marquée par une multiformité de crises dont certaines sont plus enflammées que d'autres avec des impacts conséquents. Les crises politiques, économiques et sécuritaires se sont incrustées durablement dans le vécu des camerounais. Elles se succèdent sans répit depuis près de quatre décennies avec leurs lots interminables de chagrins et de souffrances qu'elles génèrent. Les calvaires que provoquent ces crises sont en effet indénombrables : ralentissement de la vie économique, destruction des biens, assassinats, enlèvement, violences diverses. Des effets qui ne sont pas propices à créer un cadre de vie rassurant et serein. Face à cette situation, certains optent de partir à la quête des environnements propices à leur épanouissement dans d'autres localités du pays ou à l'étranger. D'où l'apparition depuis un certain temps du phénomène dit des populations déplacées internes, qui rappelle le phénomène des réfugiés auquel le pays était coutumier. Ces déplacements forcés affectent un peu plus les couches de populations vulnérables à l'instar des femmes. Le changement contraint du milieu de vie les expose davantage à la précarité. S'installer dans un environnement nouveau commande parfois à tout recommencer. Cela signifie une perte des acquis. Un véritable saut vers l'inconnu. De nombreux déplacés internes qu'on recense également ces dernières années sont des victimes des catastrophes naturelles.

Dans la région septentrionale du pays, les catastrophes naturelles sont très récurrentes. Presque chaque saison pluvieuse provoque des désolations avec des inondations particulièrement dévastatrices. Rien ou presque, ne survit à la furie des eaux qui emportent tout sur leur passage y compris quelquefois des vies humaines. Les dégâts causés installent ces localités dans la nécessité absolue, appelant à des interventions humanitaires d'urgence. Cependant, les moyens mobilisés ne sont pas toujours à la hauteur des besoins. Pour changer la donne, des investissements massifs à l'instar d'un Plan Marshall sont esquissés comme solution définitive. L'action humanitaire étant jugée insuffisante et incapable de changer durablement la donne. Le Gouvernement a déclaré ces régions comme zones économiquement sinistrées. Il

³⁰ EDS-C, 2018-2019.

³¹ Cameroun. Aperçu des indicateurs de FP 2030 : Rapport de mesure 2024.

³² Encyclopédie Universalis 2025.

a par cette occasion crée des incitations pour attirer les investisseurs. Tout de même, il a lancé un plan d'urgence économique. Toutes ces mesures visent bien à endiguer les effets de l'extrême pauvreté dus à une conjoncture de facteurs et qui affectent énormément la gente féminine.

1.2 Situation épidémiologique du VIH au Cameroun

Au Cameroun, la coordination de la réponse nationale au VIH/Sida est assurée par le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique. Cette instance regroupe des représentants des administrations publiques, de la société civile, du secteur privé ainsi que des partenaires techniques et financiers. Le Groupe Technique Central (GTC), au niveau central, et les Groupes Techniques Régionaux (GTR), aux niveaux déconcentrés, constituent les bras opérationnels de cette réponse nationale, assurant la cohérence et l'efficacité des interventions sur l'ensemble du territoire.

Le Plan Stratégique National (PSN) 2024–2030 constitue le principal instrument d'orientation de la lutte contre le VIH, le Sida et les infections sexuellement transmissibles (IST). Ce plan s'inscrit dans la continuité de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016–2027 et ambitionne d'éradiquer l'épidémie d'ici 2030, conformément aux Objectifs de Développement Durable (ODD). Il repose sur trois piliers fondamentaux : la prévention des nouvelles infections, l'accès universel au traitement antirétroviral, et la réduction de l'impact socio-économique de la maladie sur les populations.

Les premiers cas de VIH au Cameroun ont été diagnostiqués en 1985 au Centre Pasteur de Yaoundé³³. L'introduction des antirétroviraux (ARV) en 2000 fut initialement réservée aux populations les plus aisées, en raison du coût élevé des médicaments³⁴. Grâce au soutien international et à la volonté politique nationale, la gratuité des ARV a été instaurée en mai 2007³⁵.

D'après l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2018, l'épidémie est de type mixte, avec une transmission essentiellement hétérosexuelle. La prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans a connu une baisse significative, passant de 5,4 % en 2004 à 2,7 % en 2018³⁶ (INS & ICF, 2020). Toutefois, cette diminution reste insuffisante, et le Cameroun demeure le pays le plus affecté d'Afrique centrale et de l'Ouest selon ONUSIDA³⁷ en 2023.

Le rapport annuel du CNLS en 2023 signale une diminution de 26 % des nouvelles infections et de 16 % des décès liés au VIH par rapport à 2022. Ces résultats sont le fruit d'une synergie d'acteurs et d'interventions multisectorielles. Le PSN 2024–2030 a été élaboré sur la

³³ Eboko, F., Abe, C., & Laurent, C, Accès décentralisé au traitement du VIH/sida : Évaluation de l'expérience camerounaise, 2010, ANRS.

³⁴ Chindji-Koulev, F, L'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud : L'expérience camerounaise. Médecine Tropical, 2005.

³⁵ Choundap Limbepe, S, La gratuité des antirétroviraux au Cameroun : Entre volonté politique et contraintes économiques. Cahiers d'Études Africaines, 2007, 187, 515-540.

³⁶ Institut National de la Statistique, Enquête Démographique et de Santé du Cameroun, 2018.

³⁷ ONUSIDA, Rapport mondial sur l'épidémie de sida 2023. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2023.

base des enseignements tirés du PSN 2021–2023 et intègre un processus participatif impliquant les acteurs nationaux et infranationaux.

Les données issues des études bio-comportementales indiquent une forte prévalence du VIH parmi les populations clés. En 2016, la prévalence s'élevait à 24,3 % chez les travailleuses de sexe (TS) et à 20,7 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)³⁸. La séropositivité chez les usagers de drogues injectables (UDI) atteignait 18,2 % en 2024³⁹ (CNLS, 2025). Concernant les personnes transgenres, bien que les données soient limitées, les taux de séropositivité observés en 2024 atteignaient 24,3 %⁴⁰

La cartographie programmatique réalisée en 2018 révèle une forte concentration des populations clés dans les zones urbaines, notamment à Yaoundé et Douala. Ces données soulignent l'urgence d'adapter les politiques de prévention et d'accès aux soins à la réalité de ces groupes vulnérables.

1.3. Evaluations antérieures sur le VIH et l'égalité des sexes et progrès réalisés à ce jour

1.3.1. Aperçu des évaluations passées du VIH sous l'angle du genre et d'autres évaluations de programmes liés au VIH et au genre

Ces dernières années l'évaluation majeure dans la lutte contre le VIH est celle du Plan Stratégique National 2021-2023 réalisée au cours de l'année 2023. Cette évaluation a notamment révélé que 3 formations sanitaires sur 4 recevaient les populations clés sans stigmatisation et discrimination⁴¹. On apprend aussi que les violences envers les populations clés avaient doublé passant de 2084 cas en 2020 à 4116 cas en 2021⁴². Malgré ces constats déplorables, l'évaluation note cependant qu'au cours des cinq années précédentes, le Cameroun avait réalisé des progrès considérables en matière d'intensification des programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH grâce à leur élargissement géographique aux populations clés. Cet élargissement touchait désormais 21 districts des 10 régions pour les HSH et les PS, 10 villes pour les UD/UDI et dans une moindre mesure, 02 districts pour les personnes transgenres avec les subventions du Fonds mondial⁴³.

1.3.2. Recommandations de l'évaluation du PSN 2021-2023 et mise en œuvre

L'évaluation du PSN 2021-2023 a abouti à plusieurs recommandations. Celles-ci sont reprises dans l'encadré ci-contre.

³⁸ Comité National de Lutte contre le Sida, Enquête bio-comportementale intégrée sur les infections sexuellement transmissibles et le VIH chez les populations clés au Cameroun, 2017, Yaoundé.

³⁹ Comité National de Lutte contre le Sida, enquête bio – comportementale intégrée (IBBS) chez les populations clés (PC) au Cameroun et cartographie des lieux de vulnérabilité au VIH, des services et programmes en direction des PC, 2025.

⁴⁰ Idem.

⁴¹ Rapport Revue PSN 2021-2023, p. 69-70.

⁴² Rapport Revue PSN 2021-2023, p. 71.

⁴³ Rapport Revue PSN 2021-2023 p.73.

Encadré 1:Recommandations issues de l'évaluation du PSN 2021-2023

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

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

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

1. Mettre à jour le plan quinquennal de suppression des obstacles liés aux droits humains liés au VIH et à la Tuberculose budgétisé avec des indicateurs de mesures de la performance. Ce plan devra avoir des activités à haut impacts et cohérentes entre elles
2. Recruter un consultant et faire l'étude sur l'index de la stigmatisation et la discrimination du VIH
3. Renforcer les programmes de suivi au niveau communautaire existants en soutenant leur mise à l'échelle ; en veillant à ce que les pairs assistants juridiques deviennent des observateurs qui signalent les cas ; et en les reliant aux comités d'atténuation des risques afin de garantir que des situations spécifiques soient traitées rapidement.
4. Intégrer le suivi dirigé par la communautaire (CLM) à l'observatoire et au RAIL géré par la plateforme UNITY aux programmes de prestation de services VIH par l'intermédiaire de pairs éducateurs, d'assistants juridiques et de volontaires communautaires travaillant dans les établissements de santé, et veiller à ce que les résultats soient utilisés pour remédier aux comportements ou pratiques problématiques le cas échéant.
5. Élaborer un plan de plaidoyer pour commencer à lever les principaux obstacles politiques, règlementaires et juridiques aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose destinés aux populations clés et vulnérables. Ce plan doit identifier des objectifs de plaidoyer réalisables à court terme, et définir une stratégie à plus long terme pour lutter contre les effets préjudiciables de la criminalisation des populations clés.
6. Intensifier les efforts visant à « rendre plus populaires » et vulgarisées les lois et les politiques destinées à protéger les adolescentes et les jeunes femmes contre les pratiques sociales et culturelles néfastes. Des efforts plus importants, collaboratifs et bien coordonnés, notamment entre le gouvernement et les partenaires de la société civile, sont nécessaires pour combler cette lacune.
7. Soutenir les organisations communautaires qui travaillent avec les femmes et les jeunes filles pour surveiller la mise en œuvre des dispositions du code pénal interdisant des actes tels que le

mariage forcé, les abus sexuels et les agressions sexuelles, les mutilations génitales féminines et le repassage des seins.

8. Les organisations communautaires, les partenaires techniques et le CNLS devraient étendre la couverture de l'approche intégrée de la prise en charge et de la prévention de la violence basée sur le genre parmi les populations clés et vulnérables.

Source : Rapport PSN 2021-2023, p. 76-78.

Pour la mise en œuvre de ces recommandations dans la lutte contre le VIH, un nouveau Plan Stratégique National a été rédigé pour la période 2024-2025. Ce plan est actuellement implémenté et permettra à court terme de mesurer les progrès réalisés.

Chapitre 2 : Prévalence et incidences du VIH/SIDA selon le genre

Ce chapitre met en lumière les disparités entre hommes et femmes, et entre les populations clés et leurs déterminants. L'objectif est d'orienter des stratégies de prévention et de prise en charge adaptées.

2.1.Prévalence, prévention et données comportementales

Comme la plupart des pays africains, le Cameroun est considérablement affecté par la pandémie du VIH/SIDA. Le gouvernement, avec le soutien de ses partenaires a très tôt pris la mesure du problème et a entrepris de mettre sur pied depuis plus de deux décennies, des interventions diverses pour barrer la voie à la propagation de cette maladie⁴⁴. Des efforts qui ont été couronnés de succès. En effet, le taux de prévalence par rapport au début de la décennie 2000 a significativement baissé. En 2004 le taux de prévalence se situait à 5,4% de la population. Il est passé à 4,3% en 2011. La plus récente évaluation faite en 2018 situe ce taux à 2,7%⁴⁵. En près de deux décennies le taux de prévalence a diminué de moitié. Ces résultats augurent des lendemains meilleurs. L'objectif d'une élimination du VIH/SIDA à brève échéance semble réaliste. Cette ambition pour qu'elle se réalise, demande d'appréhender ce taux par désagrégation. Celle-ci aide à comprendre que si la maladie relève d'une question de santé publique, c'est-à-dire qu'elle menace toute la population et peut affecter tout individu, il reste toutefois que certaines couches de la population sont plus exposées et plus affectées que d'autres.

Les données issues du PSN 2024-2030 montrent que les femmes sont quasiment deux fois plus affectées que les hommes. En outre, la variable âge permet de mieux étayer ce fait lié aux inégalités de sexe comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 2: Tableau de prévalence par âge et par sexe

Tranche d'âge	Prévalence	
	Hommes	Femmes
Sexe		
15-19 ans	0,7%	0,8%
35-39 ans	3,6%	6,5%
45-49 ans	1,8%	4,9%
50-64 ans	1, 9%.	4, 8%.

⁴⁴ Décision N°0498 /D/MINSANTE/SG/CNLS/GTC/SP du 04 avril 2019, fixant les modalités d'accès et de suivi des populations aux services de dépistage et de prise en charge du VIH/Sida dans les formations sanitaires publiques et leurs Organisations à base communautaire affiliées. Projet Community-Led Monitoring (CLM) Cameroun porté par le Réseau Camerounais des Associations des personnes vivant avec le VIH par le RéCaP+2021-2023).

⁴⁵ CNLS, Plan National Stratégique VIH 2024-2030, p. 12.

Source : CNLS, Plan national stratégique VIH 2024-2030, p. 13

Ce qui prive en conséquence, les femmes vivant avec le VIH/SIDA non seulement de leur santé, mais aussi des opportunités socio-économiques. Ainsi, même si le taux de prévalence est continuellement en baisse depuis plus de deux décennies, le VIH/SIDA parce qu'il frappe fortement certaines couches de la population ne peut que préoccuper. Tous les individus doivent jouir d'une bonne santé. Dès lors, le fait qu'une partie de la population aussi minime soit-elle, soit vulnérable à la maladie suscite de vives inquiétudes. Surtout que cette maladie fauche énormément de vie car selon les statistiques de l'OMS⁴⁶, les décès liés au VIH/SIDA indiquaient que 3 220 nouveaux cas tandis que le CNLS⁴⁷ rapportaient 2 320 cas positifs entre janvier et novembre 2024.

2.1.1 Populations clés et tendances géographiques caractérisant les sous-groupes vulnérables

Le VIH étant une épidémie mixte, il est donc à la fois généralisé et concentrée dans certains groupes de la population. Notamment chez les populations clés à haut risque d'infection et dans des endroits spécifiques. Il existe également une importante disparité entre les sexes, les jeunes femmes et les adolescentes de 15 à 24 ans étant neuf fois plus infectées par le VIH que leurs homologues masculins⁴⁸.

Les taux de prévalence de ces groupes sont tous à deux chiffres contrairement aux grands ensembles où la prévalence oscille en un chiffre, en dessous du nombre 5 pour la plupart. A cet effet, le rapport Index Stigma 2.0 montre tout d'abord que : « *les femmes représentent 62,6% et les hommes 37,5% des participants ce qui est en adéquation avec la féminisation de l'épidémie au Cameroun* »⁴⁹.

Pour ce qui est des populations clés, il ressort du rapport l'IBBS, *Enquête bio-comportementale intégrée chez les populations clés (PC) au Cameroun et cartographie des lieux de vulnérabilité au VIH, des services et programmes en direction des PC*, de 2025 que, les travailleuses de sexe, les hommes entretenant les rapports sexuels avec d'autres hommes, les usagers de drogues, les transgenres, affichent des taux de prévalence vertigineux comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 3: Taux de prévalence des populations clés

Populations clés	Prévalence
Travailleuses de sexe	24, 3%
Hommes ayant rapport avec autre hommes	28%
Consommateurs drogues injectables	18,5%

⁴⁶ OMS.

⁴⁷ CNLS, Plan National Stratégique VIH 2024-2030.

⁴⁸ EDS 2018.

⁴⁹ Rapport Index Stigma 2.0, 2023, p.34.

Transgenres	37, 7%
--------------------	--------

Source : IBBS, Enquête bio-comportementale intégrée chez les populations clés (PC) au Cameroun et cartographie des lieux de vulnérabilité au VIH, des services et programmes en direction des PC, 2025, p. 16.

Ces populations clés ont été prises en considération dans l'échantillonnage en vue de la collecte des données primaires. Aussi, la prévalence est-elle concentrée dans certains groupes spécifiques tels que les Travailleuses de Sexe (TS : 24,3%) et les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (20,6%)⁵⁰. Les localités retenues font partie des foyers les plus réputés d'accueil des populations clés. En effet, Bertoua et Kribi constituent des lieux de forte concentration des TS, UDI, HSH, en dehors des PVVIH, des femmes et des adolescentes car elles sont des « portes d'entrée » et de hauts lieux de tourisme sexuels et de vente de drogues⁵¹. Par ailleurs, la distribution de la prévalence selon les régions montre une disparité entre les régions. Elle est plus élevée dans les régions du Sud (5,8 %) et de l'Est (5,6 %) et par ailleurs plus faible dans la région de l'Extrême-Nord (1,1 %) ⁵²

2.1.2 Sensibilisation et prévention pour l'évolution des connaissances sur les risques du VIH/SIDA auprès des adolescent.e.s et des populations clés

La lutte contre le VIH repose avant tout sur la locution proverbiale : « prévenir vaut mieux que guérir ». L'étape de la prise en charge peut donc être perçue comme une issue inéluctable ; lorsque la prévention ne s'est pas avérée efficace pour diverses raisons, comme par exemple le déni du traitement, les attitudes de rejet, les procédures coercitives, le manque de confidentialité des personnels de santé (...) ; la peur de la stigmatisation et de la discrimination.

La faute n'est donc pas forcément la prévention en elle-même, mais des facteurs exogènes qui travaillent très souvent à la rendre inaudible ou à l'ignorer. La prévention passant par la sensibilisation s'impose véritablement comme l'un des premiers remèdes au vue de l'état de la recherche médicale et en vue d'atteindre les 95-95-95. C'est la raison pour laquelle, la prévention commence par une connaissance minimale de la maladie et de la cohorte de précautions et des services offerts par le gouvernement camerounais⁵³. Les ravages causés par le VIH sont dus à l'ignorance. La baisse du taux de prévalence constatée ces dernières années tient surtout à l'évolution des connaissances auprès des populations. Aujourd'hui, les gens sont mieux informés et adoptent en conséquence les comportements barrières. Mais en termes de connaissances, il n'y en a jamais assez. Il faut sans cesse apprendre pour limiter son ignorance. Par ailleurs, des milliers d'autres personnes n'ont aucune connaissance primaire sur le sujet. Cela peut paraître paradoxal. Mais le VIH n'est pas connu de tous, malgré son ancrage dans le quotidien et les mesures prises pour faire connaître cette pandémie. Le tableau ci-contre illustre

⁵⁰ Cf. IBBS, 2016.

⁵¹ Base de données CARE.

⁵² Rapport 2023-STIGMA INDEX 2.0, p. 19.

⁵³ Politique Users fees– Couverture Santé Universelle(CSU).

que c'est une minorité qui est avisée sur la question. La majorité a des connaissances de base incomplètes voire aucune.

Tableau 4: Connaissance complète du VIH par sexe et par âge

Age	Sexe	Connaissance complète
15-49 ans	Femmes	43%
	Hommes	40%

Source: INS-CAMEROUN, EDS, 2018, p. 2

Tableau 5: Connaissance complète du VIH chez les jeunes

Sexe	Connaissance complète
Jeunes femmes	41%
Jeunes hommes	36%

Source: INS-CAMEROUN, EDS, 2018, p. 2

Tableau 6: Connaissance sur la transmission mère-enfant

Sexe	Connaissance complète
Femmes	64%
Hommes	54%

Source: INS-CAMEROUN, EDS, 2018, p. 2

Au regard des tableaux sus-présentés, il ressort qu'à différentes échelles de l'évaluation des connaissances, les femmes sont plus avisées que les hommes. Selon EDSC -V 2018, seulement 36% des jeunes femmes et 33% des jeunes hommes âgés de 15-24 ans avaient une connaissance complète des moyens de prévention du VIH. Plusieurs raisons peuvent le justifier. Les femmes fréquentent plus les formations sanitaires. Elles y vont pour des raisons de maternité, tout au long de la grossesse et pour le suivi médical du nouveau-né. Ces périodes de vie, sont autant d'occasions de causeries et de sensibilisation par les prestataires de soins. De même qu'elles sont les plus exposées au VIH, elles se trouvent aussi au centre des interventions de santé.

2.2. Comportements sexuels et pratiques en matière de protection contre le VIH/SIDA

2.2.1. Utilisation du préservatif par âge, sexe et type de population

La lutte contre le VIH/SIDA s'appuie sur plusieurs moyens de prévention complémentaires visant à réduire les nouvelles infections, promouvoir des comportements sûrs et garantir un accès équitable à l'information et aux soins. En dehors des sensibilisations, le préservatif est le moyen le plus utilisé. En effet, les rapports sexuels demeurent le principal canal d'infection au VIH. Jusqu'alors, la recherche n'a pas développé un moyen plus approprié et efficace que le préservatif. Dès lors prévenir pour les personnes sexuellement actives passe par l'usage des préservatifs.

Les efforts sont ainsi faits par les acteurs chargés de la lutte contre le VIH pour rendre le préservatif disponible. On peut bien avoir la volonté d'utiliser le préservatif, mais être confronté à son indisponibilité. C'est la raison pour laquelle les acteurs chargés de la lutte contre la pandémie optent pour les distributions à grande échelle en lieu et place des ventes. Le contexte de précarité fait en sorte que même à moindre coût le préservatif est inaccessible pour de nombreux demandeurs. Du coup, les efforts sont faits pour éviter que la pauvreté ne devienne un frein à la prévention. A la distribution des préservatifs, on associe également des lubrifiants surtout pour des populations qui ont des comportements sexuels à risque, les travailleuses de sexe, les hommes entretenant les rapports sexuels avec d'autres hommes. Les rapports sexuels sont très souvent lésionnaires chez ces catégories de la population. Ces lésions sont la voie idoine pour la transmission du virus. Ainsi chaque année, les efforts sont faits par les diverses parties prenantes pour mettre à leur disposition des moyens de prévention contre le VIH. Le tableau ci-contre retrace les distributions effectuées ces quatre dernières années.

Tableau 7: Distribution des préservatifs et lubrifiants depuis 2021

Nombre de préservatifs et lubrifiants distribués.	2021	2022	2023	2024
Préservatifs féminins	2 918 908	2 660 738	2 846 635	1 005 380
Préservatifs masculins	41 057 011	33 111 351	29 122 272	28 180 438
Gels Lubrifiants	912 714	14 059 136	12 347 440	5 615 620
Prep chez les HSH	1 064	1 376	1 853	2 020
Prep chez les TS	688	1082	2984	3 789

Source : Rapport d'activités CARE et CHP 2024 et rapport annuel du CNLS 2024, p.2.

Ces distributions à grande échelle ne signifient pourtant pas une adhésion massive en termes d'usage. L'utilisation du préservatif n'est pas systématique dans le cas des rapports sexuels à risque ou avec des partenaires irréguliers comme l'indique le tableau ci-dessous. Il faut toutefois souligner que l'utilisation du préservatif aussi bien chez l'homme que la femme augmente avec le niveau d'instruction⁵⁴.

⁵⁴ INS Cameroun, EDS, 2018.

Tableau 8: Utilisation du préservatif chez les hommes et les femmes

Sexe	Age	Utilisation du préservatif	Pourcentage
Femmes	15-49 ans	Dernier partenaire non régulier	43%
		+ 2 partenaires	37%
Hommes	15-49 ans	Dernier partenaire non régulier	63%
		+ 2 partenaires	40%

Source : Rapport d'activités CARE et CHP 2024 et rapport annuel du CNLS 2024, p.2.

Le tableau ci-dessus indique une utilisation plus élevée du préservatif chez les hommes. A première vue, on pourrait croire à une certaine prédisposition naturelle chez l'homme. Un faisceau de faits expliquent pourtant l'inclinaison à l'utilisation du préservatif. Il est tout d'abord à noter que l'usage du préservatif a un lien avec le niveau d'instruction.

Comme précédemment rappelé, plus le niveau d'instruction est élevé, plus on développe des penchants pour son usage. Or, il s'avère que les femmes ont un niveau d'instruction moins élevé que celui des hommes. Cette faible instruction les prive des connaissances élémentaires y compris en matière de santé et de maladie. Ensuite, il faut mentionner que beaucoup de rapports sexuels sont transactionnels. Ce type de rapports ne concerne pas uniquement les travailleuses de sexe. Ils sont parfois à l'œuvre même dans le cadre des rencontres circonstanciées ou avec des partenaires plus ou moins réguliers. Dans tous ces cas de figure, la femme n'a pas toujours le rapport de force en sa faveur, car ne disposant pas de ressources pouvant lui conférer le pouvoir, et notamment celui de décision. Elle se retrouve alors parfois à se soumettre à des demandes qu'elle aurait trouvées indésirables dans une autre configuration. La main qui donne étant au-dessus de celle qui reçoit suivant la boutade, elle se pli contre son gré, l'essentiel étant au final de capter la prime du sacrifice du préservatif. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, une pratique hautement à risque, les pourcentages ne sont pas éloignés de ceux des hommes hétérosexuels. En scrutant minutieusement le tableau ci-après, il ressort même que les hétérosexuels usent un peu plus du préservatif par rapport à ces derniers.

Tableau 9: Utilisation du préservatif chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes

Utilisation du préservatif	Type de partenaires	Pourcentage
Utilisation du préservatif	Tous	67%
Utilisation systématique du préservatif (6 derniers mois)	Partenaire régulier	39%
	Partenaire occasionnel	49%

Exposition au sexe non protégé (6 derniers mois)	Partenaire payant	61%
	Partenaire occasionnel	23%
	Partenaire régulier	46%

Source : Comportements Sexuels et Utilisation du Préservatif chez les HSH (Hommes ayant des Rapports Sexuels avec des Hommes) – IBBS 2023, Cameroun, p. 50

2.2.2 Autres moyens de prévention contre le VIH/SIDA

En dehors de l’usage du préservatif, d’autres moyens de prévention sont mis à disposition des populations. Le MINSANTE a lancé en la Prophylaxie pré-exposition (PrEP) en 2019, d’abord pour certaines populations clés. Elle consiste à la prise quotidienne d’antirétroviraux par une personne séronégative à haut risque d’exposition. Son efficacité est estimée à plus de 90% en cas d’observance stricte⁵⁵. L’on note également au même titre, la Prophylaxie Post-exposition (PEP), qui consiste à administrer un traitement antirétroviral d’urgence dans les 72h suivant une exposition potentielle au VIH (rapport non protégé, viol, etc). Elle est disponible dans la plupart des hôpitaux de district et centres de traitement agréés⁵⁶. Le Cameroun a également mis sur pied la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Elle repose sur le dépistage précoce des femmes enceintes, la mise sous traitement antirétroviral (ARV) dès le diagnostic, et l’accouchement médicalisé. En août 2014, l’option B+ a été adoptée pour la PTME, afin de garantir à vie un traitement à vie pour toute femme enceinte séropositive. Le taux de transmission de la mère à l’enfant est passé de 25% en 2010 à 7% en 2023⁵⁷.

En plus des moyens biomédicaux, des moyens comportementaux sont recommandés à l’instar de l’abstinence, la non multiplicité des partenaires sexuels, le non usage des drogues, ou encore le dépistage volontaire.

2.3. Genre et accès aux services de prévention et de traitement du VIH/SIDA

2.3.1. Déterminants clés de l’accès aux services et incidences comportementales

Plusieurs déterminants ont une incidence sur l’accès aux services de prévention et de traitement du VIH/SIDA. Il s’agit entre autres, des déterminants suivants :

➤ Déterminants socio-culturels

Les rôles sociaux sont distinctement définis entre les jeunes filles et les jeunes garçons, les femmes et les hommes. Chacun en principe sait ce qui est attendu de lui ; ce qu’il doit faire en tant que jeune fille, jeune garçon, femme, homme et ce qu’il ne doit pas aussi faire. Certes des droits et des obligations transversaux existent. Mais le problème est que les rôles sociaux sexo-spécifiques lèsent les uns et privilégient les autres ; renforcent certains et affaiblissent d’autres ; responsabilisent d’une part et déresponsabilisent d’autre part. Ainsi, que ces rôles

⁵⁵ MINSANTE, Guide national de la PrEP, 2021.

⁵⁶ CNLS, Protocole national de prise en charge du VIH.

⁵⁷ MINSANTE, Rapport PTME, 2023.

sociaux avantagent ou désavantagent, ils sont de toutes les façons acceptés. Les désavantages s'en trouvent dans une sorte d'obligation de vivre stoïquement la situation. Impuissants, ils ne peuvent ni critiquer, ni contester, mais l'accepter pour éviter les éventuelles représailles. La contestation entraîne dans la plupart des cas un rejet, une rupture difficile à endurer, l'individu se définissant par essence au lien social qui lui paraît vital. De ces normes de genre, celles qui lèsent la jeune fille et la femme sont les plus prépondérantes et touchent quasiment tous les aspects de la vie sociale. Elles ont particulièrement un coût élevé pour leur santé, en freinant leur protection contre les maladies et leur accès au soin en cas de maladie.

L'un des déterminants auxquels les femmes et filles sont particulières exposées sont ceux socio-culturels. Il s'agit principalement des mariages précoces et des rapports intergénérationnels. Selon les données publiées en 2016 par l'UNICEF, près de 13 % des jeunes filles sont mariées avant 15 ans. Ce qui les expose à des rapports sexuels non protégés avec des hommes plus âgés, souvent déjà infectés. A cela s'ajoute la faible connaissance complète du VIH/Sida car seulement 36 % des jeunes femmes contre 33 % des jeunes hommes ont une connaissance complète des moyens de prévention⁵⁸ selon les données de l'EDS 2018. L'usage du préservatif n'est également pas en reste. Dans cette perspective, le taux d'utilisation du préservatif lors des rapports occasionnels est plus faible chez les jeunes femmes⁵⁹.

➤ Déterminants éducatifs

Le manque d'éducation est un autre facteur qui expose au VIH. Or, le VIH prolifère dans certaines circonstances à cause d'un manque de connaissances. De nombreuses personnes ne sont pas éduquées parce qu'elles sont sorties très tôt du système scolaire où n'y ont jamais accédé. L'école est aujourd'hui presque l'unique voie pour accéder aux connaissances. L'acquisition de ces connaissances augmente en fonction de la progression dans le système scolaire. De nombreuses femmes sont condamnées à l'ignorance parce qu'elles sont tenues hors du système scolaire. En général, le taux de scolarisation des femmes est plus bas que celui des hommes.

Dans certaines régions du pays, et notamment en zone rurale, on peine encore à comprendre que l'école puisse être utile à la femme. L'accomplissement de la femme étant envisagé et possible uniquement dans un cocon conjugal. L'ignorance qui prospère à cause de cette situation sert de terreau fertile au VIH. On en trouve encore des sceptiques qui doutent de l'existence de cette maladie. Certains ignorent les modes de transmission et la considèrent plutôt comme un mauvais sort. Or, il est reconnu que la connaissance complète sur le VIH augmente clairement avec le niveau d'instruction⁶⁰.

➤ Déterminants économiques

Au plan structurel et économique, deux principales variables sont convoquées à savoir la pauvreté vue comme une vulnérabilité économique et la déscolarisation des filles. En ce qui

⁵⁸ EDS 2018, p. 24.

⁵⁹ Idem, 17.

⁶⁰ PSN 2021-2023.

concerne la pauvreté et la vulnérabilité économique, il ressort que près de 40 % de la population vit dans la pauvreté⁶¹. A cet effet, les femmes et les filles sont souvent dépendantes économiquement, ce qui limite leur capacité à négocier des rapports protégés. Certains contextes y sont en effet favorables :

Il y a très peu de femmes ici, il y a beaucoup plus d'hommes. L'avènement du port a drainé beaucoup d'employés dans la zone, et il y a très peu de femmes." la pauvreté c'est même l'un des principaux déterminants... si elle n'a pas les moyens, dès que le premier venu parmi les employés de la zone portuaire arrive, elle se lance dans l'activité sexuelle⁶².

En sus, la déscolarisation précoce des filles les rend de plus en plus vulnérables. Aussi, si les femmes et les adolescentes affichent un taux de prévalence plus élevé par rapport aux hommes, c'est entre autres parce que certaines d'entre elles sont amenées à pratiquer des échanges économique-sexuels.

➤ Déterminants organisationnels

Sur le plan organisationnel, il convient de montrer comment la structuration, la coordination et la performance des dispositifs de santé impactent l'accès des populations aux services de VIH. Selon l'OMS⁶³, ces déterminants incluent la disponibilité et la répartition des centres de dépistage et de traitement, la qualité de la gouvernance sanitaire, la formation et la motivation du personnel, ainsi que la régularité de l'approvisionnement en intrants médicaux, notamment les antirétroviraux.

Au Cameroun, le plan stratégique nationale de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST 2021-2026⁶⁴, souligne que la centralisation des services, les lenteurs administratives, la faiblesse du système de référence et de contre-référence, ou encore l'insuffisante intégration du VIH dans les soins de santé primaires constituent des obstacles majeures à l'efficacité de la réponse. Ces contraintes organisationnelles se traduisent selon un professionnel de santé⁶⁵, par des ruptures d'approvisionnement, une baisse de la qualité des prestations et une diminution de l'adhésion des usagers aux services de prévention et de prise en charge.

➤ Déterminants politiques

Du point de vue politique, il convient de noter que la volonté politique constitue un levier essentiel pour garantir un financement durable, assurer la disponibilité des médicaments et promouvoir un environnement juridique favorable à la prévention et au traitement. Or, l'OMS⁶⁶ souligne que la persistance des inégalités régionales, la faiblesse de la décentralisation sanitaire et l'insuffisante prise en compte des populations clés dans les politiques publiques peuvent freiner l'efficacité des interventions. Par ailleurs, il convient de rappeler que l'instabilité politique, la non transparence dans la gestion des fonds influencent directement la qualité et la continuité des services⁶⁷.

⁶¹ Ibidem, 10.

⁶² EI, Professionnel de santé, Kribi.

⁶³ OMS, Rapport mondial sur le VIH/SIDA, 2023.

⁶⁴ MINSANTE, Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST, 2021-2026.

⁶⁵ EI, Professionnel de santé, Kribi.

⁶⁶ OMS, Idem.

⁶⁷ PEPFAR et CDC, Country operational plan : Cameroon, 2022.

2.3.2. Déterminants liés aux femmes socialement vulnérables

➤ Femmes et adolescentes déplacées internes et réfugiées

Selon des responsables du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR), le Cameroun compte 350 000 réfugiés. Il abrite une forte communauté de réfugiés de plusieurs nationalités tels que les Centrafricains, Nigériens, Tchadiens, Sierra léonais, Congolais (RDC), Ivoiriens et ressortissants d'autres pays. Ces derniers font face à un accès limité aux services de santé et à un taux de séropositivité en hausse.

En outre, la crise sécuritaire dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest montre à quel point la pauvreté est une bascule dans les activités à risque. Cette crise a poussé à l'errance des populations qui parfois étaient très bien enracinées dans leur milieu de vie. Elle leur a privé de leurs capitaux de production en les contraignant à s'installer dans les localités où il leur était impossible de reconstituer leurs moyens de production ou de les transférer. Elles se sont retrouvées sans ressources mais dans une nécessité absolue. Dans l'urgence de la survie, le travail de sexe s'est avéré une bouée de sauvetage. Certaines déplacées s'y sont lancées, y compris des adolescentes.

Ces variables constituent également les principaux déterminants qui affectent d'une façon particulière les femmes déplacées internes. Selon les données de l'EDS-V, 2018, Plus de 976 773 déplacés internes recensés principalement dans les régions de l'Ouest, du Littoral et de l'Adamaoua⁶⁸, sont confrontées au fait que, l'offre de services de prévention combinée n'est pas systématique dans les zones de déplacement. Par ailleurs, le taux de séropositivité est progressif. Dans le camp de réfugiés de Minawao, le taux de séropositivité est passé de 0,4 % en 2018 à 1,5 % en 2019⁶⁹.

➤ Femmes détenues

En milieu carcéral, la prévalence au VIH/SIDA est significative. Cette situation tend à être confortée par une offre de services de prévention insuffisante.⁷⁰ La situation des femmes est aussi préoccupante dans cet espace. En 2018, 2,3 % des personnes testées en prison étaient séropositives, dont 5 femmes enceintes⁷¹.

➤ Femmes Travailleuses de sexe

Les TS et leurs clients sont des groupes les plus à risques. Dans une étude comportementale et de séroprévalence menée en 2009 chez les TS⁷², il a été révélé que la séroprévalence au sein de ce groupe spécifique est passée de 26,4% en 2004 à 36,7% en 2009. En plus, cette même étude indiquait que 60% des personnes interrogées sur un échantillon de 1000 TS déclaraient avoir utilisé régulièrement le condom et 72,7%, l'avoir utilisé lors du dernier rapport sexuel. Ce qui montre que dans ce groupe, une importante proportion soit (30%) de ces TS a encore des comportements à risque.

➤ Femmes handicapées

⁶⁸ Ibidem, 17.

⁶⁹ Ibidem, 32.

⁷⁰ Ibidem, 32.

⁷¹ Ibidem, 17.

⁷² Cf Rapport Enquête Comportementale et de Séroprévalence du VIH et de la Syphilis chez les TS au Cameroun, 2009.

D'après l'EDS 2011, le taux de prévalence au VIH chez les personnes handicapées était de 4,4%. Une étude baptisée « HandiVIH » conduite en 2015 par l'IRD et l'IFORD avec l'accompagnement du MINAS, du MINSANTE ainsi que des Organisations de promotion des droits des personnes handicapées a dressé un état des lieux et évalué la vulnérabilité de cette couche sociale au VIH, en comparant leur situation à celle de la population générale. Cette étude a démontré que les personnes handicapées (qui représentent 15% de la population mondiale selon le Rapport Mondial sur le handicap publié en 2010 conjointement par l'Organisation Mondiale de la Santé et la Banque Mondiale) ont un risque élevé de contracter le VIH/SIDA, présentent de façon plus générale une grande vulnérabilité dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, et plus spécifiquement que la prévalence du VIH/SIDA chez les personnes handicapées (6,5%) est significativement supérieure à celle chez les témoins (3,9%, $p=0.05$).

Selon la même source, tandis que 92% des participants handicapés ont une vie sexuelle, 60% ont déclaré connaître des difficultés pour obtenir des informations sur la santé sexuelle et de reproduction en raison de diverses barrières (accès à l'éducation moindre, préjugés et stigma, inadaptation des supports et canaux de sensibilisation aux modes de communication des personnes ayant des déficiences sensorielles, inaccessibilité physique de nombreuses formations sanitaires, etc.), les personnes handicapées sont 1,7 fois plus à risque d'infection par le VIH que les personnes non handicapées, la proportion d'utilisation de préservatif pendant les rapports sexuels occasionnels était plus faible chez les sujets en situation de handicap comparée aux témoins (62% vs 78%, $p=0,05$), elles sont 1,5 fois plus à risque d'être victimes de violences sexuelles, notamment les femmes handicapées (une femme handicapée est 6 fois plus à risque d'être victimes de violences sexuelles qu'un homme handicapé).

➤ Femmes usagères de drogues

En ce qui concerne Les femmes usagères de drogue, les données restent limitées mais le risque de prévalence reste certes élevé et préoccupant. En effet, aucune étude nationale n'a été réalisée sur la prévalence du VIH/SIDA chez les UD, mais les activités de dépistage ont révélé une séropositivité de 3,8 % en 2021⁷³. Toutefois, il ressort que les femmes UD/UDI montrent qu'elles sont doublement stigmatisées et ont un accès réduit aux services de réduction des risques⁷⁴.

2.3.3. Déterminants liés aux PVVIH et aux populations clés

Les violences basées sur le genre (VBG) constituent le principal déterminant lié à cette section. En effet, les femmes et les filles sont plus exposées aux VBG, ce qui augmente leur vulnérabilité au VIH/SIDA.⁷⁵ Aussi, les femmes vivant avec le VIH autant que les TS, et UD/UDI subissent une double stigmatisation, ce qui limite leur recours aux services de santé⁷⁶. Les programmes de lutte contre les VBG et d'assistance juridique sont insuffisants à garantir leur accès effectif aux services de lutte contre le VIH/SIDA⁷⁷.

Les HSH quant à eux, ne sont pas stricto sensu concernés par les normes de genre dans le contexte de la société camerounaise. Dans les us et coutumes locales, ce sont des groupes qui

⁷³ EDS 2018, p.15.

⁷⁴ Idem, 30.

⁷⁵ Ibidem, 66.

⁷⁶ Ibidem, 37-39.

⁷⁷ Ibidem, 67.

sont perçus comme des abominations. Ce ne sont donc pas des personnes pour qui des rôles sont définis, parce qu'elles ne sont pas supposées appartenir au corps social. Il n'y a donc pas d'attentes à leurs égards. Les rôles sont élaborés pour ceux qui comptent, jugés utiles pour participer à la vie de la société et à sa pérennisation. Dans cette codification des rôles, certaines populations clés n'y apparaissent pas et sont vues comme des parasites qu'il faut extraire et extirper du corps social. Elles sont perçues comme des entités qui empêchent à la société de fonctionner normalement. Les HSH ne sont donc pas victimes des normes de genre. Ils sont plutôt victimes d'ostracisme au travers de ses manifestations telles que l'exclusion sociale, le rejet ou la discrimination. La société ne les reconnaît pas et n'est pas disposée à la flexibilité. Ainsi, ces populations ne devraient même pas bénéficier des services de prévention et de soins contre le VIH. Cette non-reconnaissance est le cœur du problème. Elle est à l'origine de toutes les barrières qui jonchent l'accès de ces populations aux services de lutte le VIH/SIDA⁷⁸.

2.4. Violences basées sur le genre pouvant entraver l'accès des femmes et des filles aux services de lutte contre le VIH

2.4.1. Violences classiques

Le Cameroun ploie actuellement sous le poids de violences. Ces violences ne résultent pas uniquement des conflits sécuritaires qui secouent le pays depuis plus d'une décennie. Les violences structurent quasiment les interactions et les rapports entre les individus, les groupes ou les communautés. Ces violences sont multiformes, physiques, verbales, sexuelles, symboliques, politiques, économiques, etc. Ces derniers temps, le gouvernement et les acteurs de la société civile ont engagé une croisade contre les discours de haine. Leur prolifération a atteint des proportions inquiétantes faisant planer le spectre des dérives survenues sous d'autres cieux. Cette réaction a abouti à l'adoption d'une loi contre les discours de haine, qui traduit la détermination des autorités à venir à bout de ce phénomène et le sérieux de leur démarche. D'après le MINPROFF à travers le rapport sur l'analyse situationnelle des VBG au Cameroun⁷⁹, la catégorisation des VBG identifiées au Cameroun et leur impact est la suivante :

➤ Violences physiques

Près de 39% des femmes de 15-49 ans depuis l'âge de 15 ans sont victimes de violences physiques soit 7% des femmes enceintes en 2018⁸⁰. Certaines victimes ont déclaré avoir subi des sévices corporels tels que des gifles, des bousculades, des coups de pied, des morsures, des griffures, des jets d'objets, des coups à l'aide d'instruments, des étranglements, des blessures ou de mort, d'enfermement ou de ligotage, d'avortement forcé, de stérilisation forcée, de mutilations génitales féminines (MGF). Les hommes ne sont pas en reste, car l'étude montre que 42% sont concernés par ces violences physiques. Cependant, force est de relever que la gente féminine en est plus exposée.

➤ Violences sexuelles

⁷⁸ 2023-STIGMA INDEX 2.0, Enquête nationale sur l'indice de la stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH au Cameroun, 2024.

⁷⁹ MINPROFF, Analyse situationnelle des violences basées sur le genre au Cameroun, 2025.

⁸⁰ EDS-C 2018.

Il s'agit principalement de harcèlement sexuel, de relations sexuelles complètes ou incomplètes sans consentement, de viol, d'attouchements non désirés et de contrainte à des actes sexuels. Toutefois, le rapport relève que 13% des femmes ont subi des violences sexuelles à un moment de leur vie contre 6% des hommes au cours de leur vie. Concernant les TS, 29,0% ont été forcées à avoir des relations sexuelles contre leur gré. Quant aux personnes handicapées, il ressort qu'elles sont 1,5 fois plus à risque d'être victimes de violences sexuelles. Cela s'ajoute au fait que les femmes sont d'abord plus à risque de violences sexuelles, et donc une femme handicapée est 6 fois plus à risque d'être victimes de violences sexuelles qu'un homme non handicapé⁸¹.

➤ Violences psychologiques et émotionnelles

Les pratiques courantes relatives à cette forme de violence sont, les insultes, le dénigrement, les humiliations, les attaques verbales, les scènes de jalousie, les menaces, le contrôle des activités, les tentatives d'isolement des proches, la séquestration. Selon les données du rapport « Analyse Situationnelle VBG Cameroun » publié en 2025, 22,4% des femmes ont subi des violences psychologiques et émotionnelles au cours des 12 derniers mois contre 18,1% des hommes. Même si l'on observe une baisse de 14 points en 2018 comparée à 2011 (42%), il n'en demeure pas moins que les femmes sont les plus exposées.⁸²

➤ Pratiques culturelles néfastes

Ces violences renvoient à un ensemble de pratiques d'ordre socio-culturel telles que, les restrictions imposées à la vie sociale, l'interdiction ou contrôle des contacts au sein de la famille et à l'extérieur, la mise en quarantaine ou l'isolement forcé, des pratiques préjudiciables comme les mutilations génitales féminines (MGF), le mariage précoce et forcé des jeunes filles, les crimes d'honneur et le repassage des seins⁸³.

➤ Violences économiques

Seulement 54% des femmes sont impliquées dans les décisions sur leur propre argent en 2018 (contre 68% en 2011) ; et 46% seulement des femmes de 10 ans ou plus sont employées contre 57% des hommes⁸⁴. Par conséquent, elles sont victimes d'interdiction de travailler ou de travail forcé, de contrôle en matière de finances, de restriction ou disposition des ressources financières, d'exploitation financière, de privation de moyens ou de biens essentiels et de contrôle ou spoliation⁸⁵.

2.4.2. Formes émergentes de violences à l'égard des femmes et des filles

Le contexte de crise politique, économique, sociale, institutionnelle et culturelle qui prévaut au Cameroun, est propice à l'émergence de nouvelles formes de violences, notamment

⁸¹ MINAS, plan sectoriel de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST du Ministère des affaires sociales 2017-2021, p. 27.

⁸² Rapport Analyse Situationnelle VBG Cameroun 2025, p. 30-41.

⁸³ Idem, p.24.

⁸⁴ Idem.

⁸⁵ Ibidem, 42-44.

à l'endroit des femmes et des filles. Selon le GBVIMS, premier semestre 2023, l'on note 2 386 incidents dans le Nord-Ouest et Sud-Ouest, dont 97% concernent des femmes et 69,5% sont des viols commis par des partenaires intimes. Les formes de violences les plus expressives en situation de crise sont, les féminicides, la traite des êtres humains, la violence en ligne ou violence numérique, les discours haineux, les kidnappings, les violences en milieu scolaire, les violences obstétricales⁸⁶.

Cette situation tend à montrer que la violence s'inscrit dorénavant dans les gènes de la société camerounaise. Comme partout où elle se manifeste, la violence s'exerce très souvent à l'endroit des plus faibles. On cherche toujours plus petit que soi pour contraindre à raison de la certitude d'une absence de riposte. Les femmes en paient les frais. Elles sont toujours parmi les plus faibles de la société, peu importe le lieu où elles se retrouvent. Une travailleuse de sexe à Kribi fait ce témoignage :

Nous avons aussi la violence, les VBG. Dernièrement il y a les ESIR qui sont venus en groupe, on te tape, on te baise même comme ça sans payer » Il y a même les « boys » du couloir qui sont de grands facteurs de violence. Ils violent les prostituées, surtout les TS qui sont nouvelles. Il y a les policiers qui te raflent et te violent" "Quand le client vient, il te baise, il enlève le préso si tu n'es pas concentrée" "Les hommes en tenu sont ceux qui ont toujours eu à nous faire la violence dans le monde de la nuit"⁸⁷.

L'actualité surabonde des cas de ces violences à l'égard des femmes. Une forme particulière de ces violences connaît une montée fulgurante : les féminicides, dont les auteurs sont des agresseurs de circonstances et les compagnons ou conjoints. On note d'ailleurs que le foyer est le principal lieu de perpétration des violences contre les femmes. Elles subissent plus de violences dans un endroit qui en principe est supposé les mettre en sécurité. La vie conjugale semble être entrée dans la gueule du loup. Dans le profil genre du pays dressé en 2020, il ressort que 52,6% des femmes en couple se disent victimes des violences. 47,2% d'entre elles, parlent de violences émotionnelles, 30,8% de violences physiques et 13,5% sexuelles⁸⁸. De même, 13% de femmes affirment avoir subi au moins une fois dans leur vie une agression sexuelle et 5% d'entre elles soutiennent que cela s'est produit dans les 12 derniers mois⁸⁹.

2.4.3. Violence à l'encontre des populations clés

La question des personnes homosexuelles et transgenre n'emporte pas l'assentiment de la société. Très peu en sont tolérant, parce que ce sont des orientations sexuelles considérées et des identités de genre considérées contre nature. Dans cette perspective, elles font naturellement l'objet de condamnation. Ces condamnations dans certaines circonstances ne se limitent pas à une simple désapprobation, ou indignation, mais débouchent parfois à des punitions sévères. On ne peut donc pas parler dans ce contexte d'une homophobie ou d'une transphobie en soi. En effet, ces deux faits prennent du sens dans des sociétés où les pratiques homosexuelles ne relèvent plus de la déviance, mais plutôt de la normalité.

⁸⁶ Ibidem, 25-29, 47.

⁸⁷FGD TS Kribi.

⁸⁸ ECAM 2014, p.52.

⁸⁹EDS 2018, p.51.

C'est ainsi que 30,0% des personnes transgenres ont subi des violences physiques en raison de leur identité de genre⁹⁰. L'homophobie et la transphobie deviennent de ce fait des délits, parce qu'elles rament à contre-courant de la société au sens de la loi, des valeurs et même de la morale. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle de tels comportements vont être sévèrement réprimandés, pouvant aller jusqu'aux poursuites judiciaires contre leurs auteurs. Or, dans le cas de la société camerounaise qui reprouve les pratiques homosexuelles, le rejet qui s'exprime est plutôt moralisateur. Le rejet vise à réparer la société, face au préjudice qu'elle a subi. S'il faut alors parler de violence, ce serait dans ce cas la manifestation de la contrainte pour faire régner le bien. On parlerait ainsi de violence juste, celle qui punit lorsque l'ordre social a été troublé.

2.5. Impacts liés aux violences subies par les femmes et les filles

Les impacts des violences subies par les femmes sont à la fois d'ordre sanitaire, économique, psychologique et émotionnel, familial et intergénérationnel.

2.5.1. Impacts sanitaires

En ce qui concerne la santé physique et reproductive, l'on note que 7% des femmes enceintes sont victimes de violences physiques en 2018⁹¹. Il s'agit en outre des blessures, graves, des complications obstétricales, des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH et les grossesses non désirées. S'agissant de la santé mentale, elle est constituée de la hausse de 40% des cas de dépression dans les zones de conflit⁹², des douleurs chroniques à cause des pratiques de repassage de seins et de mutilations génitales, des troubles hormonaux ainsi que les problèmes d'allaitement

2.5.2. Impacts psychologiques et émotionnelles

Selon les résultats de l'étude, 22,4% des femmes ont subi des violences émotionnelles avec plus de femmes affectées en milieu rural : 24% contre 20,7% en milieu urbain⁹³. Parmi les principaux impacts d'ordre psychologique ou émotionnel, on note la dégradation de l'estime de soi à cause des humiliations, des menaces, des insultes. Des troubles d'anxiété sont également courants, ainsi que des états dépressifs et des risques suicidaires.

2.5.3. Impacts économiques

Les données font état de ce que, 46% seulement des femmes actives économiquement en 2021 contre 57% des hommes. Ils se manifestent par, la perte d'emploi ou abandon d'activité économique, les coûts élevés pour accès aux soins et services juridiques et enfin, l'empêchement d'accéder à l'emploi par les agresseurs⁹⁴.

2.5.4. Impacts familiales et intergénérationnelles

Au rang des violences familiales, des cas de violences entre frères et sœurs par exemple ont triplé. Elles sont passées de 3,8% (2004) à 11,9% (2018). Aussi, 5% des enfants de 10-17 ans sont en emploi dans des conditions de précarité, ce qui a des répercussions graves sur les

⁹⁰ Rapport 2023-STIGMA INDEX 2.0, p. 50

⁹¹ Ibidem, 55.

⁹² OMS, 2023.

⁹³ Idem, p.56.

⁹⁴ Ibidem.

enfants (témoins ou victimes indirectes) ainsi que sur les risques de reproduction des comportements violents à l'âge adulte⁹⁵

2.6. Stigmatisation sociale et pratiques discriminatoires dans les établissements de santé et/ou par le personnel judiciaire ou chargé de l'application de la loi et d'autres prestataires de services affectant les femmes, les filles, les PVVIH et les populations clés

D'après le rapport 2023-STIGMA INDEX 2.0, les cas de stigmatisation sociale et les pratiques discriminatoires dans les établissements de santé, par le personnel judiciaire ou chargé de l'application de la loi, et d'autres prestataires de services, affectant les femmes, les filles, les PVVIH et les populations clés sont multiples.

2.6.1. Stigmatisation sociale et pratiques discriminatoires dans les établissements de santé

La santé en occurrence est un droit fondamental reconnu à tous peu importe l'origine, le sexe, la race ou le statut dans la société :

Oui, il y a le droit des humains, malgré le fait que la loi camerounaise n'autorise pas leurs pratiques, ils sont des humains, ils ont des droits et de lois sont censées les protéger donc le droit à la santé, le droit à l'éducation. Donc quand ils arrivent à l'hôpital même si c'est un homosexuel il faudra qu'on le traite, qu'on le prenne en charge parce que malgré tout, il a l'obligation d'avoir ses droits. Quand on commence à les stigmatiser, vous êtes ceci, vous êtes cela, ça n'entre plus dans la norme⁹⁶.

Pourtant, avec le rapport STIGMA INDEX 2.0⁹⁷, l'on note dans les établissements de santé le refus ou le retard des soins. Les données font état de ce que, 17,2% des participants à l'étude ont déclaré avoir déjà interrompu ou stoppé leurs traitements aux antirétroviraux (TARV) en raison de la peur que leur partenaire, leur famille ou leurs amis découvrent leur statut VIH tandis que 17,9% des enquêtés âgés de 18-21 ans ont déclaré éviter de se présenter dans un centre de santé pour recevoir des soins du fait de leur statut VIH. 8,2% ont évité un centre de santé et/ou l'hôpital quand ils en avaient besoin en raison d'une stigmatisation anticipée et 17,4% des enquêtés ont retardé ou refusé de s'engager dans le traitement antirétroviral par crainte que le personnel de santé ne révèle leur statut sans consentement. Pour finir 1,0% des femmes ont été conseillées par le personnel de santé d'interrompre une grossesse; 0,6% ont été poussées à suivre un traitement contre le VIH pendant la grossesse.

2.6.2. Stigmatisation sociale et pratiques discriminatoires par le personnel judiciaire ou chargé de l'application de la loi

Au rang de la stigmatisation et de la discrimination par le personnel judiciaire ou chargé de l'application de la loi, les arrestations ou poursuites liées au statut sérologique sont significatives. En effet, 12,6% des populations clés ont déclaré avoir déjà été arrêtées ou traduites en justice sur la base d'une accusation liée à leur statut sérologique, contre 1,6%

⁹⁵ Ibidem.

⁹⁶ EI, PF PTME District de Kribi.

⁹⁷ Idem.

seulement de la population générale⁹⁸. Tandis que 1,6% des enquêtés ont été arrêtés ou traduits en justice en raison de leur statut VIH/Sida et 12,6% des populations clés ont subi cette violation. Quant aux détentions ou à la mise en quarantaine, il est estimé que 1,9% des participants ont été détenus ou mis en quarantaine en raison de leur statut sérologique. Il est aussi relevé que, 52,2% des participants ignoraient l'existence de lois protégeant les PVVIH contre la discrimination. En fin, 17,1% des participants dont le conjoint était au courant de leur statut ont déclaré que cette divulgation avait été faite sans leur consentement⁹⁹.

Aussi, ce que le droit leur reconnaît, la société quelque fois ne l'applique pas toujours. La logique du social contrarie le droit qui pourtant doit prévaloir *in fine* devant toute situation. Mais le social est si fort au point où les malades qu'il lèse n'ont pas la force pour imposer le droit protecteur :

2.6.3. Stigmatisation sociale et pratiques discriminatoires en famille et en communauté

S'agissant des populations clés que sont les travailleuses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les usagers de drogue, elles sont considérées comme porteuses de souillure et peuvent par-là rendre toute la société malade. Beaucoup sont en effet convaincus que l'infection au VIH se produit par une simple interaction, par des liens sociaux, par la socialité. Ils mettent en place diverses stratégies d'évitement pour ne jamais entrer en contact avec les malades dont la place est désormais à la marge, loin des autres. Ils ne doivent plus prétendre aux droits reconnus à tous les êtres humains : « *chez nous ici, j'avais un enfant malade, j'ai vu ma tante refuser de boire de l'eau dans le même gobelet que cet enfant. Le plat qu'elle touche, personne d'autre ne touche* »¹⁰⁰.

Cette perception est renforcée par les données du SI 2.0, qui révèlent qu'en famille, la stigmatisation se manifeste par une exclusion sociale et familiale. Elles montrent que 4,6% des participants ont été exclus des activités familiales ou religieuses en raison de leur statut sérologique et 12,6% ont entendu des remarques discriminatoires de la part de membres de leur famille¹⁰¹. Cette discrimination a un impact considérable en retour sur les malades. Bannis de la société, ils n'ont plus la force nécessaire pour réclamer ou jouir des droits reconnus à tous les êtres humains.

En conséquence, beaucoup préfèrent se taire, s'invisibiliser, se cacher, passer inaperçu, désertent les coins de prise en charge. Des données crédibles indiquent que 14,75% des personnes vivant avec le VIH évitent de suivre les soins ; 17,2% arrêtent la prise des traitements antirétroviraux ; 13,4% de travailleuses de sexe évitent les soins¹⁰². Pour ces dernières, 13,4% des ont évité les structures de santé en raison de leur activité.

⁹⁸ Rapport 2023-STIGMA INDEX 2.0, p.13.

⁹⁹ Rapport 2023-STIGMA INDEX 2.0, p.45-46.

¹⁰⁰FGD Femmes rurales Kribi.

¹⁰¹ Idem, p.38-40.

¹⁰² STIGMA INDEX 2.0, 2017 et 2023, p. 14 et 15.

Chapitre 3 : Genre et réponse nationale au VIH/SIDA

La prise en compte du genre dans la riposte nationale contre le VIH/SIDA répond une orientation stratégique visant à prendre en compte les personnes plus exposées à cette pandémie. Cette riposte nationale plus précisément dans son volet genre, repose sur un cadre juridico-institutionnel, à partir duquel tous les acteurs intéressés par la question conduisent leurs interventions sur le terrain.

3.1. Cadre normatif de promotion du genre dans la riposte au VIH/SIDA

Le cadre normatif de promotion du genre dans la riposte est à la fois national et international.

3.1.1 Cadres régional et international de non-discrimination à l'égard des PVVIH

La lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun s'inscrit dans une architecture complexe et multidimensionnelle qui articule harmonieusement les engagements internationaux, les initiatives régionales et les dispositifs nationaux. Cette architecture vise non seulement à contrôler l'épidémie, mais aussi et surtout à protéger les droits fondamentaux des personnes vivant avec le VIH et à éliminer toute forme de stigmatisation et de discrimination à leur rencontre.

Au niveau international, la riposte au VIH/SIDA trouve ses fondements dans les principes universels des droits humains. La Déclaration universelle des droits de l'homme constitue le socle de référence en consacrant le principe de non-discrimination au cœur de la notion de reconnaissance de l'égalité pour tous. Ce principe fondamental interdit toute forme de discrimination basée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique, la propriété, la naissance ou tout autre statut.

Dans cette perspective, la Commission des droits de l'homme des Nations Unies a clairement établi, à travers ses résolutions successives, que le terme "ou tout autre statut" doit être interprété comme couvrant également l'état de santé, y compris le VIH et le SIDA. Cette interprétation affirme sans ambiguïté que la discrimination fondée sur une séropositivité au VIH, qu'elle soit réelle ou présumée, est prohibée par les normes existantes relatives aux droits de l'homme.

Le Cameroun a ratifié la quasi-totalité des conventions et résolutions internationales de promotion des droits humains en général et des droits des femmes, en particulier : le Protocole de Maputo, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relative aux droits des femmes de 2000, et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes du 18 décembre 1979 (CEDEF). En effet le plan stratégique nationale de lutte contre le VIH s'appuie sur la nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le Sida d'ONUSIDA (2021-2026) qui vise à réduire les inégalités qui sont à l'origine de l'épidémie de sida et à placer les populations particulièrement les plus exposées au centre des efforts déployés pour que le monde puisse mettre fin au VIH et Sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. Cette stratégie définit une vision ambitieuse articulée autour de trois objectifs stratégiques majeurs, communément appelés les objectifs "Zéro", qui doivent être atteints d'ici

2030 : **Zéro nouvelle infection à VIH** : éliminer les nouvelles transmissions du virus, **Zéro décès lié au SIDA** : garantir l'accès universel aux traitements antirétroviraux et aux soins de qualité, **Zéro discrimination et stigmatisation liées au SIDA** : créer un environnement respectueux des droits des PVVIH.

Le Cameroun a également pris des engagements lors du Sommet de Nairobi sur la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), renforçant ainsi son adhésion aux principes de santé reproductive et de droits sexuels dans le contexte du VIH/SIDA. La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), adoptée en 2008, constitue un cadre juridique international spécifique pour la protection des personnes handicapées face au VIH/SIDA. L'article 25 de cette Convention réaffirme le droit des personnes handicapées de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. ONUSIDA et les autres organismes concernés du système des Nations unies ont élaboré une note conjointe sur le handicap et le VIH, identifiant les situations discriminatoires d'exposition des personnes handicapées au VIH : comportement à risque, violence sexuelle, accès insuffisant aux services de prévention et de prise en charge

Par ailleurs, l'Agenda 2030 des Nations Unies pour le développement durable intègre la lutte contre le VIH/SIDA parmi ses objectifs de développement durable, notamment l'ODD 3 qui vise à "permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge". Le renforcement des capacités nationales pour la mise en œuvre et le suivi de ces engagements constitue une priorité de la riposte nationale.

3.1.2. Cadre national de promotion du genre et de protection des personnes vulnérables

Le Cameroun dispose d'un cadre juridique de protection des personnes vivant avec le VIH qui vise à garantir leurs droits fondamentaux et à prévenir toute forme de discrimination à leur encontre. Le principe de l'égalité des sexes est affirmé dans la Constitution du Cameroun adoptée en 1972 et révisée en 1996 et en 2008. Le Code du travail camerounais joue un rôle central dans cette protection en prohibant expressément toute forme de discrimination au travail fondée sur le statut sérologique. Au-delà du Code du travail, des lois antidiscriminatoires nationales protègent les PVVIH dans plusieurs sphères de la vie sociale. La Décision N° 0083/MSP/CAB du 23 novembre 2001 constitue le cadre réglementaire global pour la lutte contre le SIDA, assurant notamment la gratuité des soins aux personnes porteuses de cette maladie dans tous les hôpitaux publics du Cameroun. La loi N°2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées et son décret d'application du 26 juillet 2018 consacrent de manière holistique la prise en compte des droits des personnes handicapées, y compris leur droit à la santé et à la protection contre le VIH/SIDA. Cette loi prévoit des sanctions pénales à l'encontre de tout débiteur des droits qui y sont reconnus.

Toutefois, l'enquête nationale sur l'Indice de Stigmatisation 2.0 réalisée en 2023 a révélé que 52,2% des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas l'existence de ces lois qui les protègent contre la discrimination. Ce constat souligne l'urgence d'intensifier les efforts de vulgarisation et d'éducation juridique auprès des PVVIH et de la population générale.

Il faut cependant noter que les populations les plus affectées par le VIH sont celles dont les pratiques responsables de leur infection sont à porte à faux avec les lois de la République. Les actes de prostitution, d'homosexualité, de consommation de drogue sont réprimés par la loi¹⁰³. Leurs auteurs sont considérés comme des déviants et des délinquants au sens de la loi et des normes sociales. Et c'est ce point de vue malheureusement qui prévaut dans la réaction de la collectivité vis-à-vis de ces acteurs. Peu importe la circonstance, ces individus ont du mal à être perçus autrement. Même lorsque leur santé est en jeu, et que normalement devrait s'éveiller l'humanité qui sommeille en tous. Il est difficile en effet de rester insensible devant la détresse d'un individu. Mais pour le cas d'espèce, le manque de compassion cède très souvent la place à la raillerie, la moquerie, la stigmatisation, voire l'agression. Au-delà d'une simple réaction émotionnelle, les choses tournent quelquefois à la répression par la puissance publique :

Je pense que le fait que, lorsque une personne, je prends l'exemple de notre cible, si une personne est surprise en train de consommer une drogue dure quelconque, on l'arrête directement la loi est dure. Pourtant à côté, il y en a à côté. Il y en a à boisson, quelqu'un peut prendre même ces quinze casiers-là sans être inquiété et ce n'est pas tout le monde qui a l'argent pour boire. Si on vous arrête avec le cannabis ou bien les autres. La loi, ils vont arrêter la personne, l'enfermer. Mais pourtant, ce que la personne a besoin, c'est un accompagnement, un suivi, un suivi. Pas juste ça. On ne fait pas ça, on l'enferme¹⁰⁴.

Ce côté répressif de ces pratiques est un frein aux interventions de santé au bénéfice de ces communautés. Les barrières créées par la loi, même si elles sont relativisées par d'autres dispositifs juridiques, ne sont pas aisées à démanteler dans les imaginaires et les habitudes. La loi n'est pas uniquement un obstacle pour ces pratiques. Même lorsqu'elle régleme, elle est susceptible de créer les restrictions :

On fait comment alors Pour dépister un enfant sans parent. Il fait donc comment? Exactement. Pour dépister quelqu'un ? Si tu as moins de 21 ans, il faut normalement le consentement de ton parent, de ton tuteur. Un enfant de la rue comme ça, qui a l'âge, il a même 16-17 ans. Tu le dépistes comment? Qui est son tuteur? Une étudiante qui a laissé ses parents et qui se retrouve en difficulté et qui ne veut même pas que ses parents soient au courant¹⁰⁵.

3.1.3 Lois et actions spécifiques permettant un accès égal aux services

Les violences basées sur le genre qui découlent la plupart de temps des normes de genre, sont sévèrement réprimées par le droit positif. Il en est par exemple des mutilations génitales, des mariages forcés qui sont encouragés par certains us et coutumes locales. Au vue des effets qu'ils génèrent sur des victimes, l'Etat s'est vu dans l'obligation de pénaliser ces pratiques dans le but de dissuader leurs auteurs. Le Code pénal prévoit des sanctions sévères contre quiconque se rendant coupable de mutilations génitales (art. 277) et de mariage forcé (Art. 356)¹⁰⁶. Il réprime également le viol qui passe parfois comme un mal bénin dans les communautés¹⁰⁷ avec

¹⁰³ Art 347 bis du Code pénal ; Art 343 du Code pénal ; Article 102 de la Loi n°97/019 du 7 août 1997 relative au contrôle des stupéfiants, des substances psychotropes et des précurseurs et à l'extradition et à l'entraide judiciaire en matière de trafic de stupéfiants, des substances psychotropes et de précurseurs.

¹⁰⁴ EI, Leader associatif, Bertoua.

¹⁰⁵ EI, ONUSIDA, Yaoundé.

¹⁰⁶ Loi n°2016/007 du 12 juillet 2016 portant Code pénal.

¹⁰⁷ Art. 296.

une omerta qui protège les auteurs. Au sens de la loi, le viol est un crime qui ne doit pas rester impuni. Ce dispositif légal est accompagné par d'autres mesures gouvernementales qui visent à éliminer les violences contre les femmes et les jeunes filles. Le gouvernement s'est ainsi doté d'une Stratégie Nationale de lutte contre les Violences Basées sur le Genre (2022-2026) et d'un Plan d'Action de Lutte Contre les Mutilations Génitales Féminines (2022-2026).

Ces mesures montrent qu'en dépit d'un dispositif légal suffisamment répressif contre certaines pratiques néfastes pour la gente féminine, celles-ci restent rémanentes dans la société ainsi que les énormes préjudices qu'elles causent aux victimes. Pour se relever, ces victimes ont besoin d'une prise en charge holistique : médicale, psychosociale, juridique. Les autorités s'y attellent au quotidien en créant des cadres de prise en charge, en renforçant les capacités de divers acteurs et en conduisant les interventions directes. Le Rapport 2024 de l'Etat du Cameroun sur l'Evaluation de la mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'Action de Beijing (2019-2024), rend compte des diverses actions entreprises. Entre autres, on peut citer :

- La mise en place de 28 Gender et Child Desk dans les commissariats et unités de gendarmerie pour l'accueil et l'orientation des survivantes de VBG ;
- La formation de plus de 2 500 policiers et gendarmes à la prise en charge des VBG ;
- La mise en place de cliniques juridiques communautaires dans les 10 régions avec l'appui de CARE Cameroon/JAPSSO ;
- La mise en place de la ligne verte 116 pour l'assistance aux enfants ;
- La prise en charge holistique (médicale, psychosociale, juridique) de 38 510 survivantes de VBG ;
- La création de 53 nouveaux espaces sûrs pour femmes et filles offrant des services de santé reproductive, soutien psychosocial, etc.
- Le renforcement des capacités de 581 prestataires de services (travailleurs sociaux, gestionnaires de cas, etc.)
- La formation des acteurs judiciaires sur la gestion des VBG en contexte de crise (124 magistrats, avocats, médecins formés).

Ces diverses actions constituent autant d'engagements visant à atténuer les impacts des faits d'agression sur les femmes et les jeunes filles.

3.2. Égalité des sexes dans les politiques et programmes de lutte contre le VIH

3.2.1. Genre et VIH dans la vision et la SND 30

La Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SND30) du Cameroun intègre la Promotion du genre et de l'équité. Il en ressort que plusieurs actions ont été menées par le Gouvernement au cours de la mise en œuvre du DSCE. Il s'agit notamment : (i) de l'élaboration du document de Politique Nationale du Genre (PNG) ; (ii) de l'intégration des problématiques du genre dans les stratégies et budgets ministériels ; (iii) de la création d'un grand nombre de projets et de programmes de promotion de la femme au niveau national et local ; (iv) de la réalisation des multiples activités visant la promotion des droits des femmes.

Malgré ces efforts, la problématique du genre reste préoccupante. En effet, si l'écart de fréquentation du primaire s'est considérablement réduit (83,5% pour les filles et 87,3% pour les garçons en 2014) des disparités persistent dans le domaine de l'emploi où l'écart entre le sous-emploi des hommes et celui des femmes est de 19,3% en 2014. Ces écarts sont encore plus

élevés dans la vie politique où la proportion des femmes maires n'est que de 8% à titre illustratif. Pour la période 2020-2030, le gouvernement compte : (i) poursuivre sa politique d'accès équitable des filles et des garçons, des hommes et des femmes à l'éducation, à la formation et à l'information ; (ii) renforcer les programmes conçus pour encourager l'entrepreneuriat féminin et des jeunes ; (iii) intensifier les concertations avec le système bancaire pour ouvrir les crédits à cette frange de la population ; (iv) intensifier les mesures de lutte contre les Violences Basées sur le Genre (VBG) ; (v) édicter des principes visant à assurer une meilleure représentativité des femmes et des jeunes dans la vie publique et politique et (vi) poursuivre le renforcement du cadre institutionnel de promotion.

3.2.2. Égalité des sexes dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH, feuille de route pour la pérennisation de la riposte au VIH

Les politiques et programmes de lutte contre le VIH/SIDA concernent toute la population en général. Ils mettent toutefois un accent sur les populations les plus affectées et les plus vulnérables : « *la riposte nationale s'adresse à la population clé, composée : des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, des travailleuses de sexe et leurs clients, les usagers de drogues injectables. Maintenant, les populations prioritaires c'est : les jeunes filles non scolarisées* »¹⁰⁸. Les stratégies et les programmes sont donc plus soucieux des personnes les plus vulnérables à l'infection. C'est une telle orientation qui peut laisser paraître une inégalité entre les sexes. Tous les groupes ne sont pas affectés de la même manière. Ceux qui le sont moins, peuvent à un moment donné penser à une inégalité. Or, il s'agit d'une stratégie visant à prendre le taureau par les cornes.

Au sein des populations clés, là aussi sur le plan strict des politiques et programmes, il n'y a pas de traitement différencié consacré. Toutes ces populations sont jugées à risque et méritent des interventions ciblées. Le problème se pose plus souvent dans la mise en œuvre des interventions prévues dans les stratégies et les programmes. Cette mise en œuvre donne à certains groupes le sentiment d'être lésés :

*La riposte nationale contre le VIH je pourrais dire inclut la population en général mais pas les minorités en particulier... les besoins d'une population cible, d'une minorité sont spécifiques et axés sur un bon terme. L'Etat qui est le sommet... n'accepte pas où alors ne nous donne pas ce statut spécial. Nous sommes un groupe spécial on peut le dire, nous devons avoir aussi un statut spécial... ils existent ils sont là*¹⁰⁹.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes comme cela ressort de cet extrait, se sentent marginalisés. Mais ce sentiment n'est pas partagé par d'autres groupes de population. Les travailleuses de sexe rencontrées à Kribi ont une expérience plutôt satisfaisante. Elles se sentent privilégiées parmi les bénéficiaires des interventions de VIH. La jauge au niveau des populations ne se fait donc pas à partir des engagements formulés et contenus dans les documents programmes et de stratégies, mais bien sur le terrain.

¹⁰⁸ EI, Leader associatif, Kribi.

¹⁰⁹ FGD, HSH, Kribi.

Il faut relever que les interventions se font également suivant les budgets alloués. Les dits budgets en occurrence amènent très souvent à avoir des interventions spécifiques qui touchent des groupes particuliers. En effet, dans le grand ensemble des populations considérées comme les plus vulnérables, il y a encore une sous-catégorisation des interventions. Dans la pratique, les groupes de populations telles que les populations clés sont couverts par les financements provenant du Fonds Mondial. Au niveau gouvernemental, la priorité sera plutôt accordée à la jeune fille et à la femme en général. Sur ce point, le gouvernement agit en cohérence avec sa politique nationale genre (féminin et masculin). Ainsi, tout en reconnaissant le bien-fondé d'une prise en charge de tous les nécessiteux, il va s'instaurer dans la pratique une division des cibles.

Dès lors, si les programmes et stratégies ne préconisent pas un traitement différencié entre les sexes, la tendance va cependant être celle de se pencher sur les cas jugés plus préoccupants. La limitation des moyens impose une sélection des cibles. Par contre, les stratégies et les programmes qui sont élaborés, relèvent bien les barrières auxquelles les populations infectées et affectées VIH sont confrontées. C'est d'ailleurs la raison même de leur existence. Ils ont une ambition de barrer drastiquement la voie au SIDA et de l'éliminer à long terme. Un objectif ambitieux qui ne peut se réaliser qu'en facilitant l'accès à tous aux services de prévention, de prise en charge et de traitement. En effet, même si certaines populations clés sont en marge de la réglementation par rapport leurs pratiques (prostitution, utilisation des drogues, homosexualité), il y a intérêt à les mettre à l'abri de l'infection au VIH, pour le bien de tous. Car, même s'ils sont ostracisés par le regard social du fait de leurs pratiques, ils ne sont non plus totalement en rupture avec le monde des gens dits « normaux ». Alors, ces contacts circonstanciels sont autant d'occasions de circulation du virus dans la population en général : *« l'objectif est d'atteindre 95, 95, en fait nous sommes censés avoir les trois 95. Maintenant, connaître son statut c'est le premier 95, retirer humm...la mise sous traitement c'est le deuxième 95, la suppression de la charge virale, troisième 95. Moi je dirai que nous sommes à 92% hein »*¹¹⁰.

Cet objectif signifie en réalité que la riposte souhaite parvenir au seuil d'une connaissance de tous les individus de leur statut sérologique, d'éviter toute nouvelle infection et de mettre sous traitement toutes les personnes séropositives. Pour y parvenir, tellement d'embûches jonchent la voie. A commencer par le regard social des gens dits normaux. Ce regard entraîne des désertions. Il contraint de nombreuses victimes à fuir les services de prise en charge et de traitement. Le regard social blesse. Il ôte toute fierté d'existence et plonge parfois dans le désarroi. Il y a donc un immense travail à abattre sur le social de manière à opérer un changement de comportement. Pour réduire drastiquement la prévalence du VIH/SIDA, il faut permettre aux personnes infectées de sortir du boisseau en reprenant confiance en elles. Pour ce faire, il faut au même moment engager une lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Un autre problème majeur indexé par les programmes de luttés contre le VIH/SIDA est celui des violences basées sur le genre. Ces violences exposent les victimes au VIH/SIDA. Il est constaté que les couches de populations les plus vulnérables au VIH/SIDA sont également celles qui subissent le plus de violence dans la société. Ces

¹¹⁰ EI, PF PTME, District de Kribi.

violences peuvent provenir de n'importe quel endroit de la société et de n'importe qui. Toute personne, tout secteur peut provoquer ces violences. Ainsi, pour les réduire significativement, l'une des stratégies consiste à intervenir dans les lieux de présence des victimes. Les milieux de prise en charge en font partie. Beaucoup qui y exercent n'en ont toujours pas conscience. Ils ne s'imaginent pas toujours être des bourreaux qui entravent la jouissance d'un droit fondamental à certains de leurs patients. Le travail vise à toucher ces prestataires par une pédagogie sensible au genre et à l'inclusion. En dépit des apparences, les connaissances sur l'approche genre ne sont pas connues de tous. Beaucoup agissent parfois en totale ignorance. C'est elle qu'il faut traiter. C'est la raison pour laquelle, entre autres interventions planifiées dans la stratégie et les documents programmes, le renforcement de capacités des prestataires en prise en compte du genre est un axe majeur. La maîtrise de cette approche par les prestataires fait partie des armes sur lesquelles la riposte nationale s'adosse pour atteindre les objectifs qui rapprochent de l'élimination de la transmission du VIH.

3.2.3. Prise en compte du genre dans les politiques d'inclusion

La riposte nationale contre le VIH est inclusive. Elle concerne toute la population, mais met un accent particulier sur les populations les plus touchées : « *Les travailleuses de sexe, les transgenres, les hommes ayant de relations sexuelles avec des hommes, les usagers de drogues, les adolescentes jeunes filles, les personnes vivant avec le VIH [sont les principales populations bénéficiaires]* »¹¹¹. Cet accent se décline en cibles prioritaires et en populations clés. Cette déclinaison répond avant tout d'une logique de division du travail social. Répartir les tâches fait partie des techniques de management productrices des résultats. Cette répartition tient compte d'un fait inéluctable. Face à un problème où une situation, tous les intervenants n'ont pas les mêmes capacités et compétences. Il faut permettre à chacun de se faire valoir en lui confiant les tâches à sa hauteur. Les cibles prioritaires reviennent de ce fait au gouvernement et les populations clés aux acteurs bénéficiant des appuis du Fonds Mondial : « *les nouvelles dispositions voudraient qu'en fonction de la disponibilité des tests, l'accent soit plus mis sur les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants... les HSH et les travailleuses de sexe... sont touchées directement par les OBC* »¹¹². Les différentes catégories de la population sont ainsi présentes dans la riposte contre le VIH, même si on peut déplorer parfois des ensembles trop globalisants, qui ne permettent pas toujours d'isoler des sous catégories.

Les personnes handicapées par exemple ne sont pas traitées comme groupe à part. Elles sont fondues dans les différents groupes qui existent. Cette dispersion les rend invisibles et ne permet pas de capter leurs spécificités. Les personnes vulnérables ne sont pas toutes confrontées aux mêmes réalités. Les expériences divergent d'un groupe à un autre. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle sur le terrain, les HSH n'ont pas manqué de revendiquer un statut spécial¹¹³. Etre traité à part, non pas comme des personnes de seconde zone, soumises à la marginalisation ou à des traitements dégradants, mais comme des individus qui ont des besoins spécifiques qui ne peuvent pas être traités dans une offre de service globale, conçue pour divers profils sociologiques. L'effort qui a déjà été fait avec les populations clés doit nécessairement s'étendre

¹¹¹ EI, Point focal PTME District de Kribi.

¹¹² EI, Point focal PTME District de Kribi.

¹¹³ FGD, HSH, Kribi.

à d'autres profils démontrant d'une vulnérabilité particulière ou additionnelle tel qu'aux personnes handicapées. Il ne s'agit pas de leur appliquer les mêmes recettes, mais de les considérer aussi comme des personnes spécifiques qui nécessitent des interventions qui prennent en compte cette dimension. La riposte ne doit pas les noyer dans la masse, mais les rendre visibles pour que la prévention, la prise en charge et le traitement de cette catégorie puissent aboutir à des résultats probants.

Par ailleurs, l'inclusion des femmes, des filles, des hommes, des garçons, des populations clés, des jeunes dans la riposte ne signifie pas forcément qu'ils sont touchés conséquemment par les diverses interventions. Certains groupes sont mieux couverts. En matière de traitement, il ressort que :

Quand on regarde le nombre de patients sous traitement au Cameroun, c'est-à-dire la dynamique de l'épidémie et ce qu'ils font sous traitement, les femmes sont plus représentées que les hommes, même en valeur absolue et relative. C'est presque 60, 40 chez les hommes, on peut dire même 65, 35 %. Bon, je vais dire par exemple, les MSM sont captés, tu vois, mais maintenant, en termes de proportion, ils ne représentent pas plus de 1% de la file active¹¹⁴.

A travers ce récit, on se rend compte que des groupes qui ne sont pas plus affectés par le virus accèdent mieux au traitement par rapport à certaines couches très exposées. Le taux de prévalence le plus actualisé comme précédemment rappelé chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes s'élève à 28%. Celui-ci est de 37,7% chez les populations transgenres¹¹⁵. Comparativement, les hommes qui accèdent mieux au traitement ont un taux très en deçà de ces chiffres.

3.2.4. Considérations liées au genre, telles que la reconnaissance des inégalités entre les sexes, les normes de genre préjudiciables, la violence sexiste et d'autres éléments dans la stratégie nationale

La riposte nationale contre le VIH/SIDA reconnaît dans son diagnostic l'existence d'une inégalité patente entre les sexes. Les femmes ont un accès limité à des ressources indispensables pour leur épanouissement et accomplissement. C'est cet accès limité qui est à l'origine de leur vulnérabilité. Elles deviennent donc des proies faciles dans la société. Des violences les plus abjectes sont ainsi commises contre les femmes. Elles sont illustratives d'un manque de considération source des ennuis qui tournent quelquefois à l'infection au VIH. La pandémie du VIH prend alors localement les contours d'une maladie sexo-spécifique qui touche uniquement les femmes¹¹⁶. Le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF), principale structure du gouvernement en matière de promotion de l'égalité des sexes et de la lutte contre les violences sexistes reconnaît que :

La vulnérabilité des femmes, dans leur immense majorité, a conduit à leur grande exposition à l'infection, d'où la féminisation du VIH. Les femmes sont également celles qui sont plus en difficulté quant à vivre avec cette maladie. Cette situation inégalitaire face au VIH pose

¹¹⁴ EI, ONUSIDA.

¹¹⁵ IBBS, Enquête bio-comportementale intégrée chez les populations clés (PC) au Cameroun et cartographie des lieux de vulnérabilité au VIH, des services et programmes en direction des PC, op.cit.

¹¹⁶ Cf. Tableaux 3 et 4.

*inévitablement un problème au niveau de la prise en charge ou de l'accompagnement psychosocial des PVVIH*¹¹⁷.

Les violences dont souffrent les femmes les amènent à perdre même ce qui leur revient de droit du point de vue de la loi. Face à la terreur qu'elles endurent, elles préfèrent reculer, pour épargner au moins leur vie. Ces situations sont réelles et font parties des faits que le MINPROFF travaille à dénoncer au quotidien pour protéger les femmes contre toute forme de traitement dégradant. La croisade contre les normes de genre qui infériorisent la femme constitue le cœur de la mission du MINPROFF. Du fait de cette infériorisation rémanente, les femmes ne peuvent véritablement se constituer des boucliers contre le VIH. Le sexisme leur prive de tout, même du droit à la parole y compris parmi les leurs :

*Dans certaines familles, les frères disent que les sœurs n'ont pas droit à parler, n'ont pas droit à l'héritage, n'ont pas droit au foncier." "Elles subissent des violences graves même, les bastonnades." les femmes qui s'adonnent à l'alcoolisme... elles sont exposées à la portée de tous les hommes, quand elle est saoule, tous ces hommes peuvent la coucher. Si ton mari demande refuse d'utiliser le préservatif et que tu insistes sur ta position, ça va arriver à la rupture*¹¹⁸.

Ce contexte fait du sexe une question tabou et contribue par ce fait à désarmer davantage la gente féminine face au VIH. C'est aussi un milieu où les phénomènes tels que l'homosexualité relèvent du paranormal. Leurs auteurs, tels des sorciers méritent en conséquence un châtement des hommes ou de Dieu. Ils n'ont pas droit à aucune compassion, au secours ou à l'assistance. L'infection au VIH va relever de cette punition à laquelle ils ne pouvaient échapper : « *tu annonces que tu es porteur du virus... On soupçonnait déjà que tu es MSM, ils confirment que tu es MSM. Ha! Massa, ta vie hein... toutes tes maladies vont tourner autour de ça* »¹¹⁹. Lorsqu'on n'y voit pas une forme de pratique anormale, on penche pour la compromission, par exemple, la quête du gain facile : « *la paresse, c'est pour les homosexuels parce que derrière leurs pratiques ils ont des autres propositions en échange et on leur propose souvent beaucoup d'argent* »¹²⁰.

Tous ces faits sont suffisamment connus des politiques et programmes de lutte contre le VIH. Ce sont des faits qui se dressent en barrières pour l'atteinte des objectifs de lutte et qui doivent nécessairement être adressés pour de meilleurs résultats.

3.3. Acteurs clés et actions menées en matière lutte contre le VIH/SIDA

Au Cameroun la riposte au VIH/SIDA est multisectorielle conformément à la Circulaire N° 010/CAB/PM du 11 décembre 2001 relative à la création et à l'organisation des Commissions centrales de coordination du programme sectoriel de lutte contre les MST/VIH/SIDA, plusieurs ministères ont élaboré leurs plans sectoriels.

¹¹⁷ EI, MINPROFF.

¹¹⁸ FGD Femmes rurales Kribi.

¹¹⁹ FGD HSH, Kribi.

¹²⁰ EI, Point focal PTME District de Kribi.

➤ **Le Plan sectoriel du Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF)**

Le MINPROFF a élaboré un plan sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA prenant en compte les spécificités des femmes et des filles, qui représentent 67% des personnes vivant avec le VIH au-delà de 15 ans. Ce plan met l'accent sur :

- La prévention de la transmission mère-enfant ;
- La lutte contre les violences basées sur le genre ;
- L'autonomisation économique des femmes vivant avec le VIH ;
- La protection des droits sexuels et reproductifs.

Ce plan a pour objectif de réduire l'impact du VIH sur les femmes et les familles à travers une approche intégrée combinant prévention, dépistage, traitement et soutien psychosocial.

➤ **Le Plan sectoriel du Ministère des Affaires Sociales (MINAS) 2017-2021**

Le MINAS s'est également doté d'un Plan sectoriel de lutte contre le VIH et le SIDA pour la période 2017-2021, avec un budget estimé à 1,202 milliard de FCFA. Ce plan en cours d'actualisation vise à "contribuer à réduire de 50% d'ici à 2021, la morbidité et la mortalité liées au VIH/SIDA dans le secteur MINAS". La Décision ministérielle N°2011/10-24/D/MINAS/SG du 26/09/2011 a créé la Commission centrale de coordination du Programme de lutte contre les IST/VIH/Sida dans le secteur « Affaires Sociales », démontrant l'engagement du MINAS au plus haut niveau.

➤ **Le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE)**

Le MINSANTE assure la mise en œuvre opérationnelle des interventions à travers :

- 164 Centres de Traitement Agréés (CTA) et Unités de Prise En Charge (UPEC) répartis comme suit : 71% des hôpitaux publics ; 23% des hôpitaux confessionnels ; 6% des hôpitaux privés ;
- La Sous-direction de lutte contre le VIH/IST au sein de la Direction de la Lutte contre la Maladie, chargée de coordonner la réponse santé ;
- La formation et la supervision du personnel de santé (6 281 prestataires formés en 2014) ;
- La gestion de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et intrants via la CENAME ;
- La surveillance épidémiologique et le système d'information sanitaire.

➤ **La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2020-2030**

Ce document s'inscrit dans la poursuite des efforts des pouvoirs publics de disposer d'un outil de pilotage stratégique du secteur de la santé. La vision affichée de la SSS 2016-2027 est : « Le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé est assuré pour toutes les

couches sociales à l'horizon 2035, avec une pleine participation des communautés ». Les trois composantes essentielles de ce document d'orientation stratégique portent sur la Promotion de la santé, la Prévention de la maladie, et la Prise en charge des cas.

➤ **La politique de gratuité des services VIH (User Fees)**

Depuis 2007, le Cameroun a adopté pour une politique de gratuité des services liés au VIH/SIDA, connue sous le nom de "User Fees", qui garantit :

- La gratuité du dépistage du VIH ;
- La gratuité des traitements antirétroviraux (ARV) ;
- La gratuité des examens de suivi biologique (CD4, charge virale) ;
- La gratuité de la prise en charge des infections opportunistes ;
- La gratuité de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME).

Cette politique vise à éliminer les barrières financières à l'accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA.

➤ **La Couverture Santé Universelle (CSU)**

Depuis 2015, le Gouvernement camerounais a initié un processus visant à doter le pays d'un système de Couverture Santé Universelle (CSU), qui inclut la prise en charge du VIH/SIDA. Cette initiative vise à garantir l'accès équitable aux soins de santé de qualité à l'ensemble de la population camerounaise, y compris les PVVIH.

➤ **Le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS)**

Créé en 1985, le CNLS constitue l'organe central de coordination de la riposte nationale. Il est présidé par le Ministre de la Santé Publique. Ses principales missions comprennent :

- La coordination multisectorielle de l'ensemble des acteurs impliqués dans la riposte ;
- Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des politiques et programmes ;
- La mobilisation des ressources financières et techniques ;
- Le plaidoyer auprès des partenaires nationaux et internationaux ;
- La production et la diffusion de données stratégiques pour éclairer les décisions ;
- Niveau central : Groupe Technique Central (GTC) qui assure la coordination et la gestion du Programme National ;
- Niveau régional : Groupes Techniques Régionaux (GTR) et Comités Régionaux de Lutte contre le SIDA (CRLS) ;
- Niveau communal : Comités Communaux de Lutte contre le SIDA et Correspondants Communaux.

➤ **Les Commissions sectorielles ministérielles**

Conformément à la Circulaire N° 010/CAB/PM du 11 décembre 2001, chaque ministère dispose d'une Commission centrale de coordination du Programme de lutte contre les IST/VIH/Sida chargée de :

- Coordonner la mise en œuvre du plan sectoriel ;
- Assurer l'interface avec le CNLS ;
- Mobiliser les ressources pour les activités sectorielles ;
- Produire des rapports périodiques d'activités.

➤ **La Commission Nationale des Droits de l'Homme (CNDH)**

La CNDH joue un rôle crucial dans la protection des droits des PVVIH en recevant et traitant les plaintes individuelles relatives aux violations de leurs droits. Elle :

- Assure la promotion et la vulgarisation des droits humains au sein des populations ;
- Surveille le respect des engagements nationaux et internationaux en matière de droits humains ;
- Contribue au plaidoyer pour l'amélioration du cadre juridique de protection.

➤ **Le Réseau Camerounais des Associations de Personnes vivant avec le VIH (RéCAP+)**

Le RéCAP+, créé en 2000, incarne le principe GIPA (Greater Involvement of People living with HIV/AIDS) en assurant :

- La représentation et la défense des intérêts des PVVIH ;
- L'éducation par les pairs et le soutien psychosocial ;
- La documentation des cas de stigmatisation et de discrimination (enquête Stigma Index 2.0 de 2023) ;
- Le plaidoyer pour l'amélioration des services et des politiques ;
- La participation active à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes.

➤ **Les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD)**

Avec la décentralisation consacrée dans la Constitution de 1996, les CTD (Régions et Communes) ont un rôle croissant dans la mise en œuvre des actions de lutte contre le VIH/SIDA au niveau local, notamment à travers :

- Les Plans Régionaux de Développement ;
- Les Plans Communaux de Développement ;
- La mobilisation des ressources locales ;
- La coordination des acteurs communautaires.

3.4. Services de lutte contre le VIH/SIDA et défis existants

3.4.1. Couverture des services

L'état des lieux récent (2023) de la couverture des services de VIH montre qu'à ce jour, le Cameroun a déjà réalisé près de 92% 121 PVVIH connaissant leur statut sérologique, 88% de ceux connaissant leurs statuts sont sous traitement et 82% de ceux sous traitement ont une charge virale indétectable suppression virale. En 2022, la couverture du traitement antirétroviral pour les PVVIH est estimée à 88%. Le MINSANTE, les bailleurs de fonds et les ONG contribuent fortement à ce volet¹²². Il y a également eu des progrès dans la couverture des services de prévention de la transmission verticale. Par exemple, UNICEF signale que le taux de transmission chez les nourrissons exposés au VIH à 6-8 semaines est passé à 1, 78% en 2024, ce qui est en dessous de l'objectif de 2,5%¹²³. Depuis avril 2023, avec le programme Couverture santé universelle, certains services essentiels liés au VIH deviennent gratuits (tests, charge virale, ART, etc) dans les structures publiques pour les PVVIH. Ce qui aide à réduire les dépenses pour les plus pauvres.

En outre, plusieurs programmes s'adressent aux populations clés tel que le projet CHILL (Community HIV/AIDS Investments for Longer and Healthier Lives) est une initiative majeure au Cameroun visant à renforcer la lutte contre le VIH/SIDA, en particulier auprès des populations les plus vulnérables. Une initiative du PEPFAR-USAID et mis en œuvre par une dizaine d'associations identitaires à travers le pays sous la coordination de l'ONG CHP. Des ONG et partenaires techniques soutiennent le dépistage, le renforcement des capacités des professionnels de santé, la diffusion et la sensibilisation. L'on note aussi l'augmentation du nombre de centres de traitement certifiés (CTC) à travers le pays pour rapprocher les services, et l'utilisation de « differentiated service delivery » (délivrance multi-mois de médicaments, suivi communautaire et dispense en communauté) pour améliorer l'adhérence et réduire les obstacles¹²⁴.

Cependant, il reste que même si 92% de personnes connaît leur statut, des écarts subsistent entre les régions du Cameroun (certaines régions sont moins couvertes, notamment celles en conflits ou avec des infrastructures faibles), entre les zones urbaines et celles rurales (ces dernières étant moins couvertes), entre les jeunes et certains groupes vulnérables (les populations clés, les déplacés internes restent exposés à des barrières telles que la stigmatisation, la discrimination, manque d'accès aux services adaptés)¹²⁵. Les enfants de moins de 10 ans et les adolescents vivant avec le VIH ont des taux d'identification et de mise sous traitement beaucoup trop faibles que les adultes¹²⁶. Bien que la majorité des personnes sous traitement atteigne la suppression virale, le pourcentage de 82% pour ceux sous traitement,

¹²¹ ICAP Global Health, The CQUIN NETWORK, 2024.

¹²² Rapport FHI 360, Sans VIH au Cameroun, 2024.

¹²³ UNICEF, Santé et VIH au Cameroun, 2023.

¹²⁴ FHI 360, idem.

¹²⁵ ¹²⁵ ICAP Global Health, The CQUIN NETWORK, idem.

¹²⁶ UNICEF, idem.

reste inférieur à l'objectif de 95%. Il y a aussi des obstacles en termes de disponibilité des tests, de suivi et d'observance du traitement.

3.4.2. Contraintes à la disponibilité des services

Les services de lutte contre le VIH sont en principe offerts à toute la population : accès à l'information sur le VIH ; communication pour le changement de comportement ; distribution des préservatifs féminins ; distribution des préservatifs masculins ; prophylaxie pré-exposition (PrEP) ; prophylaxie post-exposition ; pratique de la circoncision masculine médicale volontaire ; prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; services de dépistage et de conseil volontaires ; protection sociale des adolescentes et jeunes femmes et distribution des antirétroviraux. Le problème ressort cependant sur le niveau de couverture. C'est là où des contraintes apparaissent. Ces contraintes sont d'abord d'ordre financier.

La limitation des ressources financières impose des choix qui peuvent paraître discriminatoires. Mais l'implacable réalité amène à faire des choix et à laisser sur le carreau d'autres cibles. Lorsque par exemple les financements du Fonds Mondial ou du Pefpar font défaut, les populations clés paient un lourd tribut. Les ressources dont dispose l'Etat ne permettent pas de prendre tout le monde en charge. Dans ce cas de figure, l'Etat se concentre uniquement sur les cibles qu'il considère prioritaires :

Au niveau étatique, il y a en termes de prévention, il y a tout ce qui est offert, la prévention primaire avec la sensibilisation qui est faite. Aussi bien en hôpital que lors des campagnes spéciales, il y a les distributions de préservatifs qui sont faites. Il y a le dépistage du VIH qui est fait gratuitement pour toutes les populations qui ont besoin d'orientation. Quand vous êtes dépisté positif, il y a la prise en charge qui est gratuite pour vous. Mais maintenant, il y a aussi ce travail qui est fait avec du financement du Fonds mondial pour la prévention sur les populations avec les associations qui offrent justement des services. Si on n'a préfinancement du Fonds mondial, on n'a plus le volet prévention sur les populations clés, parce que ça n'est pas inclus dans le Fonds mondial au Cameroun¹²⁷.

Les ressources financières constituent toutefois une partie du problème. L'autre, ce sont ces multiples barrières sociales qui empêchent que la spécificité puisse totalement se matérialiser pour les services de lutte contre le VIH. D'autres types de populations ne se retrouvent pas dans certains cadres où ils sont offerts. Les formations hospitalières ne font pas l'affaire de tous ; surtout les populations clés. Elles déclarent ne pas être les bienvenues dans ces lieux. Les structures de santé pour tous ne leur conviennent pas. Elles demandent explicitement à avoir une riposte propre : « *mettre sur pied des programmes qui tiennent en compte les minorités sexuelles. Les programmes de lutte contre le VIH pour les minorités sexuelles, qu'on pense à ça. Un mécanisme d'anti stigmatisation dans ces FOSA... qu'on mette des personnes un peu comme quoi si je sais que je vais partir dans cette fosa-ci je vais voir une personne, la personne de la cible même* »¹²⁸. A défaut d'avoir des formations sanitaires destinées uniquement à cette catégorie, elle sollicite avoir un personnel qui leur est dédié et qui

¹²⁷ EI ONUSIDA.

¹²⁸ FGD HSH, Kribi.

permettrait qu'ils se sentent en confiance. Même à l'hôpital, ils souhaitent rester dans leur univers communautaire.

Toujours au sujet des offres de service, les usagers de drogues affirment aussi ne pas s'y retrouver. Selon eux, ils sont complètement à l'abandon aussi bien par leurs familles que par l'Etat. De manière stricte, rien n'est fait pour qu'ils puissent trouver leur compte :

Il manque des services adaptés aux consommateurs de drogue. Par exemple, à Kribi, il n'y a pas un centre de rééducation pour les drogués, il n'y a pas une formation pour aider les consommateurs de drogue à trouver un emploi. Il n'y a pas une prise en charge nationale auprès des consommateurs de drogue que nous sommes. Il faut mettre les ressources financières à la disposition des organisations de la société civile pour mieux lutter contre la consommation de la drogue. La politique nationale doit installer des centres de désintoxication dans chaque ville. La politique nationale doit entrer sur le terrain des acteurs, en entrant dans certaines familles pour sensibiliser les parents et les enfants¹²⁹.

3.5. Coordination multisectorielle, mécanismes décisionnels et de responsabilisation

La lutte contre le VIH relève d'une synergie d'acteurs à plusieurs niveaux. Chaque acteur a un rôle spécifique. Ceci étant, ces acteurs se retrouvent dans une relation interdépendante. Dans une telle configuration, ils se parlent, se concertent, et collaborent. Les partenaires techniques et financiers qui facilitent très souvent le financement des activités et interventions mises en œuvre y veillent au grain. Ils s'assurent toujours à ce que les différentes stratégies d'actions soient élaborées et menées de manière concertée. En toute chose, le travail d'équipe doit prévaloir. Et quand il faut, ils n'hésitent pas à conditionner leur participation sous réserve de l'implication de tout le monde :

Dans la rédaction de chaque subvention du Fonds mondial, l'instance de coordination des subventions du fonds mondial (ICN) lors des étapes de la rédaction de la note conceptuelle veille à ce que toutes les parties prises soient incluses dans la rédaction. Ainsi, les réseaux et les organisations représentant les personnes vivant avec le VIH, les droits des femmes, la santé sexuelle et reproductive, l'égalité entre les genres siègent comme membre à part entière¹³⁰.

Par ailleurs, la lutte contre le VIH concerne en premier lieu les personnes infectées et les plus exposées. C'est dire que pour une meilleure riposte, ces populations doivent être associées aux processus décisionnels. Elles forment avec les autres acteurs, l'équipe constituée pour mener la lutte. Elles ne peuvent pas être traitées exclusivement comme des bénéficiaires des différentes stratégies. Leur vécu est précieux et doit être absolument capitalisé pour des résultats probants. L'action dépend de son contexte et doit pour se faire s'y adapter. Or, une partie de la connaissance de ce contexte est détenue par les victimes, tandis que l'autre partie est détenue par les acteurs chargés d'élaborer les interventions. Chacun a donc une connaissance partielle et parcellaire sur laquelle on ne peut fonder une stratégie ou une politique porteuse de

¹²⁹ FGD, UDI Kribi.

¹³⁰ EI, CARE.

résultats. Très souvent ce ne sont pas les populations le problème, mais ceux qui ont le lead des interventions. C'est à eux de faire le premier pas, de tendre la main aux populations.

Dans le cas d'espèce, on constate que les populations concernées par les interventions contre le VIH sont associées aux acteurs intermédiaires : les associations et les ONG. Un leader de la société civile déclare : « *ils sont impliqués. À l'ICN il y a des groupes thématiques, il y a le REDHAC qui est un très grand réseau des personnes vivant avec le VIH, qui est directement en collaboration avec les populations. Je crois qu'ils sont directement impliqués* »¹³¹. Il apparaît que ces populations sont absentes à des niveaux plus élevés. Elles sont représentées par le biais des associations et des ONG qui travaillent avec elles au quotidien. De manière directe auprès des instances décisionnelles, leur présence n'est pas signalée. On sait également que ces populations ont un penchant élevé pour la vie en communauté. Elles se sentent mieux entre elles. Un pair-éducateur note par exemple que : « *si tu n'es pas TS tu ne peux pas faire le travail de pair éducateur. Donc quand j'arrive chez mes collègues, elles sont même contentes que Ma Coe est déjà là, on m'appelle de gauche à droite. Mais toi qui es un étranger, on ne peut pas te laisser entrer là-bas. On prend d'abord les gens de la maison pour encadrer nos sœurs* »¹³². Cette inclinaison les amène à créer des associations pour mieux se faire valoir. Celles-ci sont plus à mêmes de créer des rapprochements avec les instances supérieures

3.6. Allocation des fonds, dépenses et budgétisation sensible au genre

La lutte contre le VIH au Cameroun dépend entièrement des fonds extérieurs. Face aux multiples sollicitations internes, le gouvernement n'a pas toujours les moyens d'y répondre. Les besoins dépassent généralement les ressources disponibles. Sur le secteur de la santé et de la lutte contre le VIH, le gouvernement bénéficie de l'appui et de l'accompagnement des partenaires extérieurs en vue de palier à la modestie de ces moyens. Une contribution extérieure hyper capitale, car : « *le financement du VIH dépend essentiellement des fonds extérieurs. On a presque 94%., 5% à 6 % des fonds domestiques restent, c'est les fonds de l'extérieur. Tu vois que la réponse est essentiellement sur les fonds extérieurs* »¹³³. Cette dépendance place la riposte contre le VIH en situation précaire. Il n'y a aucune garantie de la pérennité de ce soutien. La bascule peut survenir à tout moment. La contingence n'est jamais à exclure. Les priorités des donateurs peuvent subitement changer. Le don relève de la morale et non de l'obligation. Il n'y a aucun devoir à appuyer les efforts nationaux de lutte contre le VIH. Cet appui ne peut être possible tant qu'il ne semble pas affecter les intérêts vitaux des donateurs. Aucune sérénité pour l'avenir. D'ailleurs les premiers signaux ont été émis par le gouvernement américain en début d'année 2025. De manière imprévisible, les financements américains ont été stoppés, compromettant tous les engagements qui avaient déjà été pris. Jusqu'à ce jour, les impacts de cet arrêt subit des financements américains n'ont pas encore été endigués. Beaucoup d'engagements sont en suspens, voire complètement annulés : « *depuis l'arrêt des financements, le gouvernement camerounais n'a pas pris certaines mesures ne serait-ce qu'à*

¹³¹ EI Leader associatif, Kribi.

¹³² FGD TS, Kribi.

¹³³ EI, ONUSIDA.

titre conservatoire, rien n'a été fait jusqu'ici »¹³⁴. Beaucoup ne savent actuellement où donner la tête, à quel saint se vouer. Pas de perspective à l'horizon. C'est carrément l'expectative.

Seulement, la maladie n'attend pas. Seul un engagement permanent lui fera perdre du terrain. A la moindre inaction, sa progression recommence. Mais l'absence de financement extérieur risque de paralyser l'action la plus importante de la riposte, les interventions communautaires qui sont très souvent menées par les organisations de la société civile. Ces organisations ont consacré l'essentiel de leur agenda à de telles activités, contrairement aux formations sanitaires qui doivent affronter tous les problèmes de santé qui affectent la population. Très souvent, les formations sanitaires préfèrent référer pour les cas de VIH les patients dans les OBC¹³⁵. Or, ces organisations fonctionnent exclusivement avec les ressources financières extérieures : « *les organisations de la société civiles sont financées pour la plupart par les subventions du Fonds mondial et PEPFAR* »¹³⁶.

Ce déficit de ressources impacte de manière générale la budgétisation sensible au genre. Le gouvernement dans le but de réduire les disparités genre a pris la résolution dans les politiques de développement de mettre un accent sur le genre, en allouant des budgets conséquents quand cela s'avère nécessaire. Mais ces ressources financières, peinent à être mobilisées. Le secteur de la santé n'est pas le seul qui en souffre. Tous les secteurs sont concernés, mais la mayonnaise tarde à prendre, parce que c'est une nouvelle orientation budgétaire. Les administrations n'ont pas encore suffisamment pris l'ampleur de la question, et cela se matérialise dans la préparation des budgets. En dépit des discours et des engagements au plus haut niveau, la prise en compte du genre apparaît encore sur le terrain comme une donnée abstraite. L'on cherche encore à établir sa pertinence. En conséquence, elle se fait oublier dans la planification du fait que beaucoup ne parviennent pas toujours à la saisir. Certains n'y voient quelquefois aucune utilité. La boussole gouvernementale en matière de politique nationale genre peine ainsi à s'opérer au-delà des départements ministériels en première ligne : le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille et le Ministère des Affaires Sociales MINAS). Le premier frein provient donc du gouvernement lui-même, et ses entités qui devraient en principe suivre la voie tracée par les départements porteurs de la politique nationale genre. A cause de ce retard à l'allumage, la budgétisation sensible au genre reste faible. Dans le cadre de la lutte contre le VIH, le constat est patent : la politique nationale genre est peu traduite dans les programmes, un manque de budget alloué aux approches genrées, une formation insuffisante des agents sur les questions genre¹³⁷.

3.7. Suivi-évaluation de la riposte dans la durabilité

Les stratégies nationales de lutte contre le VIH/SIDA font naturellement l'objet d'un suivi et évaluation. C'est ce suivi et évaluation qui justifie d'ailleurs le passage d'une politique ou d'une stratégie en une autre. Actuellement, le Plan Stratégique National mis en œuvre couvre la période 2024-2030. Ce plan a été précédé par celui de la période 2021-2023. Le passage au plan en cours s'est fait après une évaluation. Ce type d'évaluation ne peut éluder l'aspect genre.

¹³⁴ EI, Leader association, Kribi.

¹³⁵ FGD HSH-PVVIH, Bertoua

¹³⁶ EI, CARE.

¹³⁷ EI GTR (CNLS), Bertoua.

En effet, pour barrer la voie au VIH, il n'est pas possible d'ignorer l'approche genre. C'est elle qui permet de pouvoir toucher la couche la plus vulnérable et la plus affectée par le VIH.

Au niveau communautaire, les interventions qui sont menées par des acteurs sur le terrain font également l'objet de suivi. Les bénéficiaires ne sont pas toujours des excellents apprenants qui adoptent le comportement convenable dès le premier contact. La plupart du temps, il faut être assidu dans la pédagogie en procédant à des vérifications régulières. « *Il faut se rassurer que la personne boit effectivement ses médicaments. Il faut rappeler à la personne ses jours de prise, il faut faire des groupes de parole pour faire comprendre à cette personne qu'elle n'est seule dans son cas, il faut faire des suivis thérapeutiques* »¹³⁸, rappelle un leader associatif.

3.8. Aspects liés au genre dans la prestation de services communautaires et autres plateformes de prestation

Le genre n'est pas ignoré dans la lutte contre le VIH au Cameroun. Les interventions communautaires qui sont faites auprès des populations mettent un accent sur les groupes considérés comme les plus vulnérables. Ces groupes ne sont pas abandonnés à eux-mêmes. Par contre, on constate une sorte de division du travail par les acteurs chargés de mener des interventions communautaires. Tous ne travaillent pas sur les mêmes cibles au niveau des acteurs opérationnels. Les cibles sont choisies sans une intention malveillante ou un désir de marginalisation :

*Les homosexuels et les travailleuses de sexe, lorsque nous faisons nos stratégies avancées, nous ne touchons pas ces cibles parce que ces cibles sont touchées directement par les OBC. Nous, nous touchons les femmes enceintes, nous touchons les enfants exposés, nous touchons les femmes allaitantes mais l'autre cible, homo, travailleuses, il y a une OBC qui s'en occupe et eux ils acheminent les rapports au district de façon mensuelle. Ils ont des petites campagnes qu'ils organisent, par exemple il y a la CESA qui est en campagne depuis aujourd'hui. Donc ils ont les petites campagnes qu'ils organisent*¹³⁹.

Les populations bénéficiaires à leur niveau ont intégré ce fait. Elles savent concrètement à qui s'adresser en cas de besoin : « *on a même eu les dialogues. Il y a certains gars qui viennent souvent pour faire des petites causeries avec nous. Ils essaient de gérer. Quand on se plaint par rapport aux policiers, il y a un autre, un autre qui s'occupe de nous. Quand on se plaint* »¹⁴⁰. Cette division des tâches est très bien intégrée par les différentes populations. Elles en ont conscience et ne donnent nullement l'impression que celle-ci a des visées marginales et discriminantes. Au contraire, il a été révélé que les populations bénéficiaires souhaitent davantage de particularisation dans les programmes de lutte contre le VIH : « *mettre sur pied des programmes qui tiennent en compte les minorités sexuelles. Les programmes de lutte contre le VIH pour les minorités sexuelles, qu'on pense à ça, surtout dans cette période de crise-ci qu'on traverse* »¹⁴¹.

¹³⁸ EI, Leader associatif, Kribi.

¹³⁹ EI PF PTME District de Kribi.

¹⁴⁰ FGD TS, Bertoua.

¹⁴¹ FGD HSH, Kribi.

3.9. Reconnaissance juridique et politique de la société civile, en particulier des organisations communautaires

Les organisations de la société civile sont reconnues au Cameroun depuis 1990 grâce à la loi n° 90/053 du 19 décembre 1990 relative à la liberté d'association, modifiée et complétée par la loi n°2021/022 du 16 décembre 2021. Toutes les associations sans exception, qui exercent leurs activités au Cameroun tirent leur fondement de cette loi. C'est d'elle que découle les lois des associations jugées spécifiques à l'instar des ONG qui font également partie de la galaxie des organisations de la société civile. Le législateur camerounais a à travers cette loi, consacré la liberté inhérente à la personne humaine. On y décèle très peu de restrictions. En effet, elle donne à quiconque la possibilité de créer et d'être membre d'une association. Le soin a été pris afin de permettre à toute personne désireuse de mener une vie associative de le faire sans contrainte. Il suffit juste de s'assurer que les buts poursuivis par l'association ne sont pas contraires aux lois et règlements de la République. L'article 4 précise que : « *Les associations fondées sur une cause ou en vue d'un objet contraires à la Constitution, aux lois et aux bonnes mœurs, ainsi que celles qui auraient pour but de porter atteinte notamment à la sécurité, à l'intégrité territoriale, à l'unité nationale, à l'intégration nationale et à la forme républicaine de l'Etat sont nulles et de nul effet* ».

À la lecture de cet article de la loi, aucune association de la société civile défendant la reconnaissance de l'homosexualité¹⁴², les travailleuses de sexe¹⁴³ ou les usagers de drogues¹⁴⁴ ne peut être légalisée et menée ses activités. Toutes ces pratiques sont réprimées par la loi. Toutefois, si la défense et le soutien de ces pratiques sont proscrits par la loi, les personnes issues de ces communautés ne sont cependant pas des citoyens de seconde zone. Ils bénéficient de la part de l'Etat des droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens. En effet, l'Etat camerounais s'est engagé à travers sa constitution (loi fondamentale) à respecter et à garantir les droits de l'homme. Le droit à la santé en fait partie. Et aucun citoyen ne peut en être exclu, sous n'importe quel prétexte. Ainsi, malgré qu'ils violent la loi par leurs pratiques, (homosexualité, prostitution, consommation de drogue), ils continuent de bénéficier des offres de santé en communauté comme dans les formations sanitaires. Ceux des prestataires qui s'y opposent, violent la loi et sont passibles de répondre de leurs actes auprès des autorités judiciaires :

Les besoins de la TS sont abordés d'une manière particulière parce que s'il y a déjà les préservatifs, on ne donne pas ça à la population facilement, on donne ça plus aux TS parce qu'on sait que nous sommes plus exposées. Je dirai que le gouvernement favorise les TS par rapport à la population en général" C'est vrai que le gouvernement met l'accent un peu plus sur les TS, Si tu es TS et que tu es malade, on te donne ça gratuitement. Même ici à WOPA si tu es dépistée positive, on te met sous ARV gratuitement. Il y a aussi les ARV pour les personnes dépistées négatives, qu'on appelle la PREP. C'est un moyen de prévention contre le VIH. Mais pour bénéficier de ça, il faut faire plusieurs examens : VIH, syphilis, hépatite, l'épaisse de

¹⁴² Art 347 bis du Code pénal.

¹⁴³ Art 343 du Code pénal.

¹⁴⁴ Article 102 de la Loi n°97/019 du 7 août 1997 relative au contrôle des stupéfiants, des substances psychotropes et des précurseurs et à l'extradition et à l'entraide judiciaire en matière de trafic de stupéfiants, des substances psychotropes et de précurseurs.

créatinine pour voir si tes reins peuvent supporter ce médicament. C'est un comprimé qui est déjà à 99% sûr pour les TS qui n'utilisent pas le préservatif. Quand tu consommes ça, tu ne peux pas porter le VIH mais tu peux porter d'autres maladies¹⁴⁵.

Les organisations de la société civile qui défendent les droits fondamentaux de l'homme avec un accent particulier sur ces populations ne font pas l'objet d'obstruction de la part des pouvoirs publics. Elles bénéficient d'une tolérance administrative au titre des services rendus aux populations. Cependant, elles vivent avec le sentiment d'avoir une épée de Damoclès au-dessus de leurs associations et peuvent voir leur récépissé de déclaration annulé à tout moment. Elles agissent comme partenaires de l'Etat en tant que tel, elles l'aident à assumer ses engagements.

¹⁴⁵ FGD, TS Kribi.

Chapitre 4 : Analyse des écarts et identification des leviers d'action

Ce chapitre examine les gaps qui mettent en lumière les insuffisances et les obstacles majeurs à la riposte contre le VIH/SIDA. A partir de cette analyse, les leviers d'action essentiels sont identifiés. Ceux-ci permettront de guider les interventions de manière ciblée. L'objectif étant celui de transformer les écarts en opportunités d'amélioration concrète.

4.1. Synthèse des principales lacunes identifiées dans les phases 2 et 3

4.1.1 VIH, santé, droits sexuels et reproductifs

La connaissance du VIH reste inégale entre les sexes au Cameroun. Les enquêtes révèlent que les hommes présentent une compréhension des modes de transmission et de prévention du VIH par rapport aux femmes, qui bénéficient davantage de campagnes ciblées dans le cadre de la santé maternelle et infantile. Cette méconnaissance accroît la vulnérabilité masculine. A ce déficit informationnel, l'on note également l'adoption des comportements sexuels à risque (des rapports multipartenaires). Par ailleurs, la faible intégration de l'éducation sexuelle complète limite la capacité des adolescents à adopter des comportements sexuels responsables : *« les jeunes ici aiment le vagabondage et les rapports non protégés. Le vagabondage, donc dormir de partenaire en partenaire ou de maison en maison sans connaître que la personne est infectée par le VIH. Parfois même c'est les grossesses que les jeunes filles ramènent. Elles utilisent les mêmes hommes, surtout les étrangers qui viennent ici »*¹⁴⁶. Les adolescentes demeurent donc exposées aux risques liés aux grossesses précoces, aux avortements à risque et aux violences sexuelles, souvent dans un contexte de faible pouvoir de décision sur leur santé reproductive.

En outre, les attitudes de réticence à l'utilisation du préservatif par les hommes et femmes ainsi que chez les hommes ayant les rapports avec d'autres hommes ont pour conséquence d'aggraver le taux de prévalence au VIH/SIDA au sein des communautés. Ces derniers (les HSH) rencontrent en effet d'importants obstacles dans l'accès aux services de VIH, souvent à cause de la stigmatisation et de la discrimination sociale et institutionnelle. Le manque de personnel soignant sur les besoins spécifiques de ces groupes accentue leur marginalisation.

4.1.2 Normes sociales

Les normes de genre traditionnelles restent un frein majeur à l'égalité et à la santé sexuelle et reproductive. Elles assignent aux femmes des rôles de soumission et de dépendance, tandis qu'elles valorisent la domination masculine. Cette construction sociale contribue à la tolérance de comportements à risque tels que la multiplicité des partenaires chez les hommes ou la faible négociation du préservatif chez les femmes. Ces normes accentuent ainsi les clivages entre les sexes tout en réduisant le droit des femmes à l'éducation, à l'opinion, à la terre, à l'héritage en violation de la loi. Cette forme de vulnérabilité de la femme est en grande partie nourrie par les systèmes familiaux patriarcaux et les croyances religieuses et socioculturelles qui influencent la répartition du pouvoir économique et décisionnel, limitant

¹⁴⁶ FGD, adolescentes, Kribi.

l'autonomie financière et corporelle des femmes. De plus, la stigmatisation des orientations sexuelles non conformes accentue la marginalisation de certaines catégories sociales, freinant leur accès aux services de santé et de justice.

4.1.3 Cadre légal et politique

Le cadre juridique camerounais dispose de plusieurs instruments visant à garantir l'égalité et à lutter contre les violences basées sur le genre, notamment le code pénal, la constitution et certaines lois spécifiques sur la protection des femmes et des enfants. Toutefois, la mise en oeuvre reste limitée par la faiblesse des mécanismes d'application, le manque de coordination institutionnelle et la persistance des discriminations socioculturelles. Par ailleurs, certaines dispositions continuent d'entretenir la discrimination, en particulier celles criminalisant l'homosexualité, qui renforcent la peur et la marginalisation des minorités sexuelles. L'absence de lois spécifiques sur la santé sexuelle et reproductive y compris constitue également une lacune majeure.

4.1.4 VBG et violences basée sur l'orientation sexuelle

Les données montrent que la situation des VBG et violences basée sur l'orientation sexuelle reste très préoccupante. Les femmes et les filles, les personnes handicapées, les travailleuses de sexe et les minorités sexuelles sont les plus touchées. Ces violences prennent plusieurs formes (physiques, verbales, émotionnelles, économiques, sexuelles, etc) et souvent commises dans l'impunité. Les minorités sexuelles subissent un cumul de discriminations renforcé par la criminalisation des pratiques homosexuelles. Cela les empêche souvent de dénoncer les violences ou d'accéder aux services de santé et de justice. La peur du rejet, du chantage, de l'arrestation constitue un frein majeur à la protection de leurs droits.

4.1.5 Participation et leadership des femmes

Les données font observer une faible capacitation des femmes au leadership et une faible implication et participation des femmes et des jeunes filles à la prise des décisions. La faible présence des organisations dirigées par les jeunes filles et la persistance des croyances socioculturelles, alimentent le complexe d'infériorité des femmes et de la jeune fille et ont un impact significatif sur l'engagement, l'implication et le leadership de ces dernières. Cette situation est le résultat d'une combinaison de facteurs structurels et culturels (stéréotypes de genre, faible accès à l'éducation, manque de mentorat) qui limitent la prise d'initiative des femmes et jeunes filles et font que le leadership féminin est faiblement reconnu dans les espaces publics.

4.1.6 Autonomisation de la femme

L'autonomisation de la femme demeure entravée par la dépendance économique envers le conjoint et les inégalités d'accès aux ressources productives. Malgré la montée progressive de l'entreprenariat féminin dans des secteurs informels comme étant l'expression de résilience des femmes face aux obstacles socioculturels et structurels qui se dressent sur leur chemin vers l'autonomie financière, le manque de protection sociale, l'absence de dispositif de financement adaptés et la faiblesse de la formation technique limitent la durabilité de ces initiatives.

4.1.7. Droits humains

Les violations des droits humains demeurent fréquentes, touchant particulièrement les femmes, les personnes vivant avec le VIH, les personnes handicapées et les populations clés. Celles-ci s'expriment en grande partie par la stigmatisation des PVVIH et des minorités sexuelles dans les structures hospitalières, ce qui compromet la qualité de la prise en charge. La stigmatisation et la discrimination de ces catégories sont également perceptibles dans les familles et les communautés. Les HSH ne sont pas perçus comme une catégorie genrée, mais davantage comme une catégorie déviante et délinquante qui ne mérite pas de l'empathie. Sur le plan infrastructurel, le manque de structures de prise en charge des usagers de drogues participe à les éloigner des interventions de santé. Par ailleurs, le manque de formation du personnel de santé sur les droits et la diversité des usagers entraîne des comportements discriminatoires souvent non sanctionnés. Sur le plan juridique, les lois criminalisant la prostitution, les pratiques homosexuelles et la consommation de drogues contribuent à l'exclusion de certains groupes, qui deviennent alors invisibles dans les politiques publiques.

4.1.7 Financement et mobilisation des ressources

La riposte efficace au VIH/SIDA reste tributaire des ressources financières allouées à cette réponse. Toutefois, il se dégage un ensemble de contraintes à savoir, la dépendance de la riposte aux financements extérieurs avec l'absence des mesures conservatoires prises par le gouvernement camerounais après l'arrêt des financements américains en 2025. Ce déficit de ressources impacte de manière générale la budgétisation sensible au genre.

4.2. Forces et faiblesses, opportunités et menaces

Au cours des années antérieures, le Cameroun a fait une analyse de la prise en compte du genre dans la riposte au VIH/Sida. Ces analyses consignées dans les rapports d'évaluation du PSN 2014-2017, PSN 2018-2022 et PSN 2024-2030, et combinées aux données obtenues de l'enquête de terrain de cette étude, ont permis de relever diverses forces et opportunités, mais aussi des faiblesses et des menaces à prendre au sérieux, tel que le récapitule le tableau ci-après :

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none">- Prise en compte des femmes et des filles comme cibles prioritaires dans les politiques, conventions, directives et stratégies nationales et internationales relatives à la santé et au VIH/Sida ;- Existence d'un environnement de planification dans le cadre de lutte contre le VIH/SIDA ;- Disponibilité des politiques, documents cadres, normes, standards de services ; études, CRV relatifs au VIH/Sida et au genre ;	<ul style="list-style-type: none">- Conditions de travail précaires et faible rétribution ayant pour conséquence la démotivation et la démission de certains des pairs éducateurs ;- Interventions et activités sporadiques et irrégulières à cause du manque de ressources ;- Limitation des capacités de contribution efficace des associations et réseaux des femmes du fait d'un faible niveau de développement organisationnel et institutionnel ;- Participation peu significative des femmes et des filles les processus d'élaboration des politiques et des stratégies nationales les concernant ;- Faible synergie entre les acteurs intervenant dans la riposte au VIH dans le secteur femmes et familles ;

<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité d'une stratégie nationale de communication en faveur de la lutte contre le VIH ; - Disponibilité d'une cartographie des intervenants dans la lutte contre la VBG ; - Disponibilité d'une politique nationale genre 2022-2030; - Disponibilité de la stratégie nationale de lutte contre les VBG 2022-2027 ; - Existence des associations et réseaux d'associations des femmes ; - Utilisation croissante du téléphone mobile et de la communication digitale pour la mobilisation, l'éducation et la sensibilisation femmes et des jeunes filles y compris dans les zones rurales ; - Mise en œuvre de nombreuses activités en faveur des femmes et des jeunes filles dans le cadre du PSN, socle de bonnes pratiques à capitaliser ; <p>Existence d'une commission centrale de lutte contre le VIH/Sida au MINPROFF et d'autres départements ministériels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Couverture insuffisante des personnes en situation de vulnérabilité par les interventions de la riposte au VIH ciblant les femmes et les filles ; - Absorption insuffisante des financements mobilisés pour la lutte contre le VIH dans le secteur femmes et familles ; - Très faible taux d'utilisation du préservatif féminin qui se périmé ; - Couverture très limitée des activités sur le territoire national (seules les grandes métropoles bénéficient des activités liées au VIH et IST). - Faible accès des personnes handicapées aux services de prévention et de prise en charge, du fait des barrières physiques / architecturale (formations sanitaires et autres sites non dotées de rampes...) et communicationnelles (acteurs, supports ou canaux de sensibilisation ne tenant pas compte des modes de communication adaptés aux personnes ayant des déficiences sensorielles ou intellectuelles, tels que la langue des signes, le braille, le sous-titrage des films, l'audiodescription et les boîtes à images) ; - Faible visibilité / prise en compte de certaines sous-groupes populationnels vulnérables dans le système de collecte des données de santé publique (DHIS2), en raison d'une désagrégation insuffisante ; - Faible coordination des interventions et système de remontée des données embryonnaire.
<p>Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intérêt notable des Nations Unies et des bailleurs de fonds pour la promotion de la santé de la femme et de la fille, notamment en ce qui concerne le financement; - Existence d'une culture institutionnelle de planification participative au Cameroun propice à une bonne réceptivité des actions prévues en faveur des femmes et des jeunes filles dans les PSN ; - Tendance à la démocratisation de l'Internet mobile avec des opportunités de la communication digitale. 	<p>Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persistance de certaines barrières socioculturelles et légales néfastes ; - Existence des crises sécuritaires au niveau national qui conduisent à des situations d'urgence alarmantes ; - Ressources financières limitées.

Chapitre 5 : Recommandations et interventions prioritaires fondées sur des données probantes

Ce chapitre propose des recommandations et interventions prioritaires étayées par des données probantes. Il vise à transformer les constats en actions concrètes et efficaces. Chaque proposition repose sur des preuves solides pour maximiser les impacts des interventions.

THEMATIQUES	RECOMMANDATIONS
VIH, santé, droits sexuels et reproductifs	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la connaissance de toutes les populations sur le VIH, notamment celles présentant des vulnérabilités sociales et renforcer la sensibilisation sur l'usage des préservatifs pour tout rapport sexuel à risque • Renforcer le pouvoir de décision des femmes à l'usage du préservatif • Assurer le respect de la conformité des infrastructures de santé / Formations Sanitaires (notamment privées) à la législation en vigueur relatives à l'accessibilité des personnes handicapées aux bâtiments et édifices publics ou ouverts au public (rampes, largeurs des portes et couloirs, signalétique, toilettes...)
Normes sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre la stigmatisation et la discrimination (externes et internalisées) envers les personnes vivant avec le VIH et les populations clés en tenant compte des inégalités liées au genre et des normes sociales qui les alimentent • Lutter contre la déscolarisation précoce de la jeune fille et encourager sa scolarisation jusqu'à la fin du cycle secondaire • Mettre en œuvre des programmes de prévention des violences basées sur le genre dans la programmation des interventions liés au VIH au bénéfice des travailleuses de sexe et des groupes marginalisés
Participation et leadership des femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la participation des organisations dirigées par des femmes, des adolescentes et des jeunes femmes aux plateformes de planification et de prise de décision en matière de VIH/SIDA • Former des pairs éducatrices issues de populations socialement vulnérables dans les domaines de la prévention du VIH et de la santé sexuelle et reproductive
Autonomisation de la femme	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomiser économiquement les femmes et particulièrement les femmes vivant avec le VIH et promouvoir leur accès aux ressources productives, à la formation professionnelle, et aux opportunités de financement. • Renforcer le leadership des organisations des femmes et des jeunes filles vivant avec le VIH dans la mobilisation des ressources et le renforcement des capacités de leurs leaders
Droits humains (stigmatisation et discrimination)	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître le droit à la santé comme un droit inaliénable et sanctionner la stigmatisation et la discrimination comme une violation du droit fondamental à la santé • Mettre en place des mécanismes juridiques et institutionnels de protection des droits humains et renforcer la sensibilisation des prestataires et des communautés sur les VBG, l'égalité de genre et l'inclusion, et garantir l'accès à la justice pour les femmes, les

	<p>personnes vivant avec le VIH, les personnes en situation de handicap et les populations clés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre fin à l'impunité des auteurs des violences faites aux femmes, à la jeune fille, aux adolescentes et aux populations clés
<p>Financement et mobilisation des ressources</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la budgétisation sensible au genre dans toutes les interventions de lutte contre le VIH et travailler à une augmentation substantielle des financements internes en élargissant aux populations clés • Fournir une assistance technique et en formation pour soutenir l'élaboration de budgets sensibles au genre, l'évaluation de genre et consulter les organisations dirigées par les femmes sur les plans et budgets

Plan d'action des interventions prioritaires

THEMES	RECOMMANDATIONS	ACTIVITES	CALENDRIER	RESPONSABLES
VIH, santé, droits sexuels et reproductifs	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la connaissance de toutes les populations sur le VIH et renforcer la sensibilisation sur l'usage des préservatifs pour tout rapport sexuel à risque 	<ul style="list-style-type: none"> Former des pairs conseillers femmes et filles en milieu communautaire et en milieu scolaire Produire et diffuser sur les réseaux sociaux des outils actualisés d'information, éducation et communication (IEC) en intégrant le genre y compris pour les personnes ayant des déficiences sensorielles ou intellectuelles (braille, audio, langue des signes, boîtes à images, etc). Renforcer la formation à l'alphabétisation numérique pour les femmes afin d'accéder en toute sécurité aux ressources en ligne sur le VIH. 	Court à moyen terme (2025-2028)	MINSANTE, OSC, MINPROFF, MINAS, MINJEC
	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le pouvoir de décision des femmes à l'usage du préservatif 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des interventions communautaires et éducatives qui favorisent des relations égalitaires, promeuvent la communication au sein du couple, et soutiennent l'accès des femmes aux préservatifs féminins et masculins (Intégrer une attention particulière aux besoins des adolescentes, des femmes vivant avec le VIH, des travailleuses de sexe et autres populations) 	Court à moyen terme (2025-2028)	MINPROFF, MINSANTE, ONG
Normes sociales	<ul style="list-style-type: none"> Lutter contre la stigmatisation et la discrimination (externes et internalisées) envers les personnes vivant avec le VIH en tenant compte des inégalités liées au genre et des normes sociales qui les alimentent 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des actions spécifiques pour les populations clés afin de transformer les rapports de pouvoir et promouvoir l'égalité de genre et le respect des droits humains dans la lutte contre le VIH Sensibiliser l'ensemble des communautés à la préservation du lien social avec les PVVIH, en valorisant le leadership des groupes affectés et en renforçant leur participation active dans la conception et la mise en œuvre des interventions Former les personnes VVIH et les populations clés qui vont mener des sensibilisations au niveau communautaires Former les personnels de santé et leaders communautaires sur les droits sexuels et reproductifs des femmes socialement vulnérables (FSV) 	Court à moyen terme (2025-2028) Court à moyen terme (2025-2028)	MINSANTE, CNLS, Organisations de la société civile Parlement Organisations des droits de femmes Récipiendaires et sous récipiendaires des financements du fonds mondial Organisations des Nations unies Forces de sécurité

	<ul style="list-style-type: none"> Lutter contre la déscolarisation précoce de la jeune fille et encourager sa scolarisation jusqu'à la fin du cycle secondaire 	<ul style="list-style-type: none"> Mener des campagnes visant à promouvoir l'égalité de genre, l'autonomisation des filles, et l'engagement des garçons dans la remise en question de la masculinité nocive. Les campagnes devront combiner éducation formelle et initiatives communautaires (clubs scolaires, médias sociaux, groupes de pairs, théâtres participatifs, etc) pour créer un changement durable Étendre les campagnes pour inclure un soutien post-secondaire aux filles afin de prévenir la vulnérabilité au VIH 		MINPROFF Parlement
	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre des programmes de prévention des violences basées sur le genre dans la programmation des interventions liés au VIH au bénéfice des travailleuses de sexe et des groupes marginalisés ; 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les capacités des organisations communautaires, y compris celles dirigées par des femmes, des jeunes et des populations clés, ainsi que et des forces de sécurité, pour prévenir la violence sexiste Mettre l'accent sur l'intégration d'une approche fondée sur les droits humains et l'égalité de genre, en remettant en question les normes sociales et de masculinité nocive qui alimentent la violence Assurer la formation des FDS sur la prévention, la prise en charge centrée sur les survivantes et la responsabilisation institutionnelle, tout en renforçant la collaboration avec les communautés locales afin de bâtir la confiance, promouvoir le leadership féminin et garantir la participation des groupes marginalisés dans la conception et la mise en œuvre des actions Faire la vulgarisation le plaidoyer pour l'avant-projet de loi sur les VBG Vulgariser la stratégie nationale de lutte contre les VBG dans les programmes VIH 		
Participation et leadership des femmes	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir la participation des organisations dirigées par des femmes, des adolescentes et des jeunes femmes aux plateformes de planification et de prise 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer et assurer la participation et représentation des organisations dirigées par des femmes, des adolescentes et des jeunes femmes au leadership dans la lutte contre le VIH/SIDA et au sein des organes de coordination (CCM, PNLS, comités genre et droits ; Mettre en place un cadre de concertation VIH-Genre-Vulnérabilités. 	Court à moyen terme (2025-2028)	MINPROFF, MINAS, MINSANTE, CNLS, Organisations de la société civile Parlement

	de décision en matière de VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Cartographier les organisations et réseaux communautaires dirigés par des femmes et des filles, y compris celles issues de populations clés • Soutenir des forums annuels de leadership et mise en place de coalition d'organisations dirigées par des femmes afin de partager les meilleures pratiques en matière de plaidoyer sur le VIH. 		<p>Organisations des droits de femmes Récipiendaires et sous récipiendaires des financements du fonds mondial Organisations des Nations unies</p> <p>Parlement, OSC, MINPROFF, MINAS, MINJUSTICE, MINSANTE</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la structuration et la gestion des organisations dirigées par des femmes, des adolescentes et des jeunes femmes délivrant les services en lien avec le VIH • Faire le plaidoyer afin que les organisations à base communautaires dirigées par des femmes, des adolescentes et des jeunes femmes reçoivent des financements dans la lutte contre le VIH • Mener les plaidoyers pour une harmonisation de l'âge de consentement libre et éclairé pour l'accès aux services de santé 		
Autonomisation de la femme	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomiser économiquement les femmes et particulièrement les femmes vivant avec le VIH et promouvoir leur accès aux ressources productives, à la formation professionnelle, et aux opportunités de financement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers de formation technique (couture, coiffure, agriculture durable, TIC, artisanat, etc.) adaptés aux contextes locaux et aux besoins des femmes vivant avec le VIH. • Création de coopératives ou associations de production dirigées par des femmes vivant avec le VIH, pour créer des micro-projets, mutualiser les ressources et accéder plus facilement aux marchés. • Mise en place de fonds de microcrédit et d'épargne solidaire accessibles aux femmes et adolescentes vivant avec le VIH, avec conditions adaptées pour surmonter les obstacles liés à la stigmatisation. <p>Campagnes de sensibilisation communautaire visant à réduire la stigmatisation liée au VIH et à promouvoir le rôle économique des femmes.</p>	Court à moyen terme (2025-2028)	Récipiendaires et sous récipiendaires des financements du fonds mondial

	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le leadership des organisations des femmes et des jeunes filles vivant avec le VIH dans la mobilisation des ressources et le renforcement des capacités de leurs leaders 	<ul style="list-style-type: none"> Ateliers de formation en gestion organisationnelle: gouvernance interne, planification stratégique, gestion financière, suivi et évaluation. Formations spécifiques en mobilisation de ressources : rédaction de propositions de financement, partenariats avec bailleurs, communication et visibilité institutionnelle. Ateliers de formation en plaidoyer et prise de parole publique : renforcement de la confiance, de la capacité à représenter leur communauté et à dialoguer avec les décideurs. Création de réseaux et plateformes de jeunes femmes vivant avec le VIH pour favoriser le partage d'expériences et la solidarité. 		
Droits humains (stigmatisation et discrimination)	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaître le droit à la santé comme un droit inaliénable et sanctionner la stigmatisation et la discrimination comme une violation du droit fondamental à la santé Mettre en place des mécanismes juridiques et institutionnels de protection des droits humains et renforcer la sensibilisation des prestataires et des communautés sur les VBG, l'égalité de genre et l'inclusion, et garantir l'accès à la justice pour les femmes, les personnes vivant avec le VIH, les personnes en situation de handicap, les et les populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> Appuyer la mise en œuvre de la stratégie Nationale de lutte contre les violences basées sur le genre Réviser les lois nationales pour intégrer explicitement le droit à la santé et interdire toute forme de discrimination liée au VIH, au genre, au handicap ou à l'orientation sexuelle. Établir des sanctions claires contre les actes de stigmatisation dans les établissements de santé et autres services publics. Développer des campagnes nationales de sensibilisation (médias, écoles, réseaux sociaux, théâtre communautaire) pour promouvoir le droit à la santé et lutter contre la stigmatisation. Intégrer un module de formation axé sur l'approche des droits humains dans tous les programmes de formation des prestataires de services VIH. 	Court à moyen terme (2025-2028)	MINSANTE MINPROFF, Commission nationale des droits de l'Homme, Organisations des Nations unies Organisations de la société civile Parlement Organisations des droits de femmes Récipiendaires et sous récipiendaires des financements du fonds mondial

	<ul style="list-style-type: none"> Mettre fin à l'impunité des auteurs des violences faites aux femmes, à la jeune fille, aux adolescentes et aux populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> Faire le plaidoyer pour le renforcement de la mise en place et le renforcement des one stop shop Appuyer l'assistance juridique des populations clés victimes de violences Financer et renforcer les capacités des associations communautaires afin qu'elles puissent documenter les violations de droits et mener un plaidoyer efficace Organiser des sessions de formation des magistrats sur le VIH, le genre et les populations clés Mettre en place des cliniques juridiques communautaires gratuites ou des partenariats avec des ONG spécialisées pour accompagner les victimes de stigmatisation/discriminations, et violences basées sur le genre. 		
Financement et mobilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer la budgétisation sensible au genre dans toutes les interventions de lutte contre le VIH et travailler à une augmentation substantielle des financements internes en élargissant aux populations clés 	<ul style="list-style-type: none"> Former tous les acteurs clés à la budgétisation sensible au genre dans toutes les interventions de lutte contre le VIH, y compris de suivi-évaluation à l'analyse intersectionnelle du genre et des autres vulnérabilités sociales Faire le plaidoyer pour l'augmentation substantielle des financements internes des interventions de lutte contre le VIH ; 	Court à moyen terme (2025-2028)	MINFI, MINEPAT, MINSANTE, CNLS, Organisations de la société civile, MINAS, PTF, Universités
	<ul style="list-style-type: none"> Fournir une assistance technique et en formation pour soutenir l'élaboration de budgets sensibles au genre, l'évaluation de genre et consulter les organisations dirigées par les femmes sur les plans et budgets 	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des séances de consultations les organisations dirigées par les femmes, les adolescentes et les jeunes femmes sur les plans et budgets sensibles au genre Former des acteurs des réseaux dirigés par des femmes et des réseaux de femmes issues de populations clés à la budgétisation sensible au genre Réaliser des études ciblées sur la vulnérabilité des Femmes socialement vulnérables (FSV) au VIH. Produire et diffuser des outils de suivi évaluation prenant en compte la dimension genre (sexe, âge, type de vulnérabilité) 		

Estimation des coûts des interventions prioritaires répondant aux résultats de l'évaluation genre

➤ Estimation des coûts par Recommandation

L'analyse des recommandations, suivie de leur déclinaison en activités concrètes, fait ressortir un budget global estimé à un milliard cinquante-sept millions deux cent soixante-seize milles neuf cent quarante francs CFA (**1 057 276 944** FCFA).

Parmi ces recommandations, celle portant sur l'autonomisation économique des femmes, en particulier des femmes vivant avec le VIH, ainsi que sur la promotion de leur accès aux ressources productives, à la formation professionnelle et aux opportunités de financement, apparaît comme celle présentant le plus important écart de financement par rapport aux programmes et ressources actuellement disponibles.

Il convient toutefois de souligner que cette recommandation intègre un budget prévisionnel de 300 millions FCFA, destiné à la mise en place d'un fonds de subvention éventuellement remboursable en faveur des femmes vivant avec le VIH, afin de soutenir le financement de microprojets générateurs de revenus.

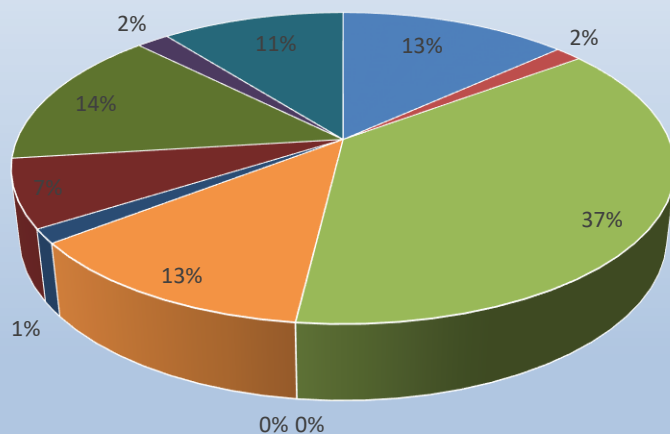
Par ailleurs, trois recommandations sur les onze analysées présentent un gap de financement d'environ 40 % du budget total, à savoir :

- le **renforcement du leadership des organisations de femmes et de jeunes filles vivant avec le VIH**, notamment en matière de mobilisation de ressources et de renforcement des capacités de leurs dirigeantes ;
- le **soutien à la participation des organisations dirigées par des femmes, des adolescentes et des jeunes femmes** aux plateformes de planification et de prise de décision dans le domaine du VIH ;
- la **lutte contre la déscolarisation précoce des jeunes filles** et la **promotion de leur maintien dans le système éducatif jusqu'à la fin du cycle secondaire**.

Enfin, il importe de relever que les activités prévues dans le cadre des recommandations relatives à la fourniture d'une assistance technique et à la formation en matière de budgétisation sensible au genre, à l'évaluation de l'impact genre ainsi qu'à la consultation des organisations féminines dans les processus de planification et de budgétisation, sont intégrées dans la recommandation relative au renforcement du leadership des organisations de femmes et de jeunes filles vivant avec le VIH. Cette intégration permet d'assurer une cohérence dans la planification budgétaire et d'optimiser l'utilisation des ressources dédiées au renforcement des capacités et à la mobilisation financière de ces organisations.

Recommandations	Budget issu des recommandations sur 3 ans en FCFA
Soutenir la participation des organisations dirigées par des femmes, des adolescentes et des jeunes femmes aux plateformes de planification et de prise de décision en matière de VIH	140 296 500.
Améliorer la connaissance de toutes les populations sur le VIH et renforcer la sensibilisation sur l'usage des préservatifs pour tout rapport sexuel à risque	16 570 166.
Autonomiser économiquement les femmes et particulièrement les femmes vivant avec le VIH et promouvoir leur accès aux ressources productives, à la formation professionnelle, et aux opportunités de financement	391 885 000
Fournir une assistance technique et en formation pour soutenir l'élaboration de budgets sensibles au genre, l'évaluation de genre et consulter les organisations dirigées par les femmes sur les plans et budgets	
Intégrer la budgétisation sensible au genre dans toutes les interventions de lutte contre le VIH et travailler à une augmentation substantielle des financements internes en élargissant aux populations clés	
Lutter contre la déscolarisation précoce de la jeune fille et encourager sa scolarisation jusqu'à la fin du cycle secondaire	133 500 000
Lutter contre la stigmatisation et la discrimination (externes et internalisées) envers les personnes vivant avec le VIH en tenant compte des inégalités liées au genre et des normes sociales qui les alimentent	15 493 500
Mettre en œuvre des programmes de prévention des violences basées sur le genre dans la programmation des interventions liés au VIH au bénéfice des travailleuses de sexe et des groupes marginalisés ;	74 685 500
Renforcer le leadership des organisations des femmes et des jeunes filles vivant avec le VIH dans la mobilisation des ressources et le renforcement des capacités de leurs leaders	152 488 277
Renforcer le pouvoir de décision des femmes à l'usage du préservatif	20 000 000
Soutenir la participation des organisations dirigées par des femmes, des adolescentes et des jeunes femmes aux plateformes de planification et de prise de décision en matière de VIH	112 358 000
Grand Total	1 057 276 944.

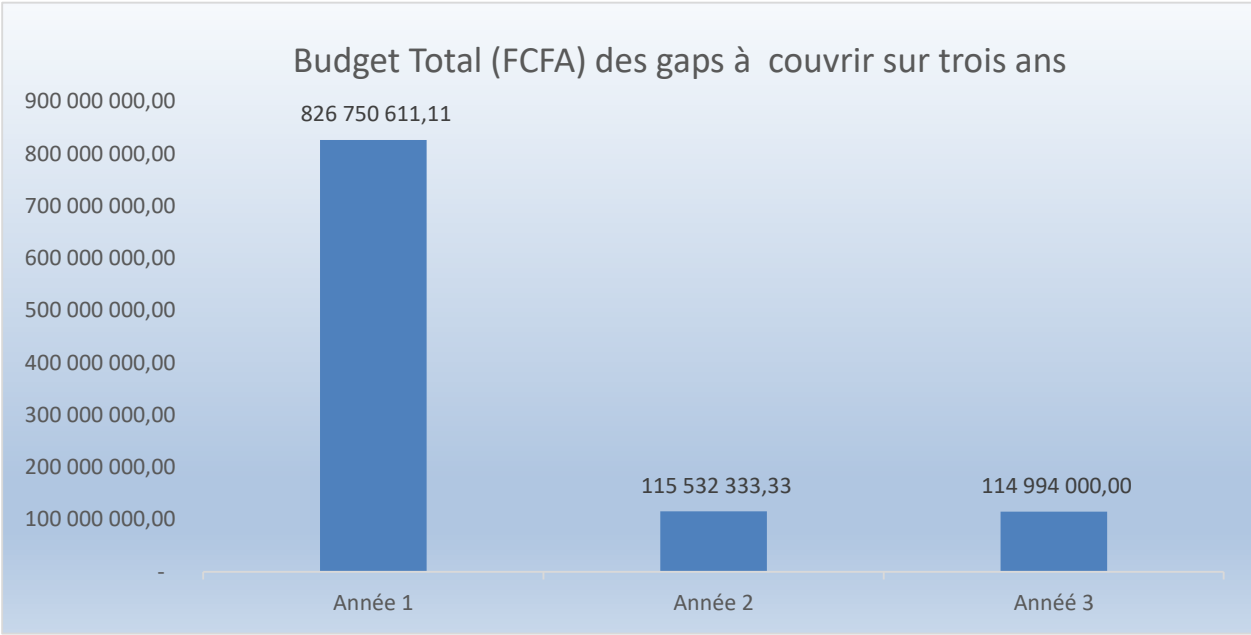
REPARTITION DU BUDGET PAR RECOMMANDATION



- Soutenir la participation des organisations dirigées par des femmes, des adolescentes et des jeunes femmes aux plateformes de planification et de prise de décision en matière de VIH
- Améliorer la connaissance de toutes les populations sur le VIH et renforcer la sensibilisation sur l'usage des préservatifs pour tout rapport sexuel à risque
- Autonomiser économiquement les femmes et particulièrement les femmes vivant avec le VIH et promouvoir leur accès aux ressources productives, à la formation professionnelle, et aux opportunités de financement
- Fournir une assistance technique et en formation pour soutenir l'élaboration de budgets sensibles au genre, l'évaluation de genre et consulter les organisations dirigées par les femmes sur les plans et budgets
- Intégrer la budgétisation sensible au genre dans toutes les interventions de lutte contre le VIH et travailler à une augmentation substantielle des financements internes en élargissant aux populations clés
- Lutter contre la déscolarisation précoce de la jeune fille et encourager sa scolarisation jusqu'à la fin du cycle secondaire
- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination (externes et internalisées) envers les personnes vivant avec le VIH en tenant compte des inégalités liées au genre et des normes sociales qui les alimentent
- Mettre en œuvre des programmes de prévention des violences basées sur le genre dans la programmation des interventions liés au VIH au bénéfice des travailleuses de sexe et des groupes marginalisés ;

➤ Estimation des coûts par Intervention sur trois ans

INTERVENTION	Budget An 1 (FCFA)	Budget An 2 (FCFA)	Budget An 3 (FCFA)
Soutenir la participation des organisations dirigées par des femmes, des adolescentes et des jeunes femmes aux plateformes de planification et de prise de décision en matière de VIH	46,765,500	46,765,500	46,765,500
Améliorer la connaissance de toutes les populations sur le VIH et renforcer la sensibilisation sur l'usage des préservatifs pour tout rapport sexuel à risque	16,031,833	538,333	
Autonomiser économiquement les femmes et particulièrement les femmes vivant avec le VIH et promouvoir leur accès aux ressources productives, à la formation professionnelle, et aux opportunités de financement	391,885,000	-	
Fournir une assistance technique et en formation pour soutenir l'élaboration de budgets sensibles au genre, l'évaluation de genre et consulter les organisations dirigées par les femmes sur les plans et budgets	-	-	-
Intégrer la budgétisation sensible au genre dans toutes les interventions de lutte contre le VIH et travailler à une augmentation substantielle des financements internes en élargissant aux populations clés	-	-	-
Lutter contre la déscolarisation précoce de la jeune fille et encourager sa scolarisation jusqu'à la fin du cycle secondaire	44,500,000	44,500,000	44,500,000
Lutter contre la stigmatisation et la discrimination (externes et internalisées) envers les personnes vivant avec le VIH en tenant compte des inégalités liées au genre et des normes sociales qui les alimentent	15,493,500	-	-
Mettre en œuvre des programmes de prévention des violences basées sur le genre dans la programmation des interventions liés au VIH au bénéfice des travailleuses de sexe et des groupes marginalisés ;	27,228,500	23,728,500	23,728,500
Renforcer le leadership des organisations des femmes et des jeunes filles vivant avec le VIH dans la mobilisation des ressources et le renforcement des capacités de leurs leaders	152,488,278	-	-
Renforcer le pouvoir de décision des femmes à l'usage du préservatif	20,000,000	-	-
Soutenir la participation des organisations dirigées par des femmes, des adolescentes et des jeunes femmes aux plateformes de planification et de prise de décision en matière de VIH	112,358,000	-	-
Grand Total	826,750,611	115,532,333	114,994,000



Conclusion générale

L'évaluation de la prise en compte du genre dans la riposte nationale au VIH/Sida met en évidence des contraintes profondes et multiformes, allant des pesanteurs socioculturelles aux limites institutionnelles et juridiques qui façonnent et entretiennent la vulnérabilité des individus face au VIH et affectent au passage la pertinence, l'efficacité et l'équité des interventions. Malgré des progrès réalisés en matière d'accès au dépistage, aux soins et aux traitements, les approches gouvernementales adoptées demeurent encore essentiellement orientées vers les femmes et les filles, délaissant la plupart du temps les populations clés et d'autres groupes socialement vulnérables dont les besoins spécifiques sont faiblement pris en compte. L'insuffisance des compétences et des ressources dédiées à la lutte contre la maladie freine l'efficacité des interventions et compromet la durabilité des acquis.

Pour que la riposte nationale soit véritablement inclusive, il est impératif pour le Cameroun de dépasser ces obstacles en renforçant la transversalité du genre et des droits humains. Cela implique l'intégration systématique des analyses de genre et de droits humains dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes VIH ; le renforcement des capacités des acteurs institutionnels et communautaires, afin de leur permettre d'adopter des approches sensibles au genre et aux droits humains dans toutes leurs actions ; l'allocation de financements spécifiques et durables pour les initiatives en faveur de l'équité, notamment celles visant les femmes mais également les populations clés ; la promotion d'un environnement juridique et social protecteur, en luttant contre la stigmatisation et toutes les formes de violences basées sur le genre ; le renforcement des mécanismes de participation communautaire, pour garantir que les populations les plus affectées soient au centre des décisions qui les concernent.

En somme, l'efficacité de la riposte nationale au VIH ne dépend pas seulement des efforts biomédicaux, mais aussi de la capacité à inscrire durablement l'équité de genre et le respect des droits humains au cœur des politiques de santé. La levée progressive de ces barrières contribuera à bâtir une réponse plus juste, plus inclusive et plus résiliente face à l'épidémie de VIH au Cameroun.

Références bibliographiques

- [Comité National de Lutte contre le Sida / Ministère de la Santé Publique du Cameroun]. (2024). Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les IST pour la période 2024-2030. République du Cameroun.
- Assemblée générale des Nations Unies. (2021, 8 juin). Déclaration politique sur le VIH et le sida : Mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030. Nations Unies.
- Banque mondiale les Indicateurs du développement dans le monde (2024).
- CARE & CHP. (2024). Rapport d'activités CARE et CHP 2024.
- Charles Becker, Jean-Pierre Dozon, Christine Obbo et Moriba Touré. Vivre et penser le sida en Afrique. I. Experiencing and understanding. AIDS in Africa. CODESRIA-KARTHALA-IRD, 1999.
- Chindji-Kouleu, F., *Journaliste sans journal*, Yaoundé, Ed. Saagraph, 2005
- Choundap Limbepe, L., « Lutte contre le SIDA ; la gratuité des antirétroviraux (ARV) au Cameroun : acteurs, institutions et réseaux d'une construction politique », Mémoire en DEA en Sciences politiques, Université de Yaoundé II, 2006-2007.
- Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS). (2025). Enquête bio-comportementale intégrée chez les populations clés (PC) au Cameroun et cartographie des lieux de vulnérabilité au VIH, des services et programmes en direction des PC (IBBS 2025).
- Comité National de Lutte contre le Sida et les IST (CNLS). (2024). Plan national stratégique VIH 2024-2030.
- Comité National de Lutte contre le Sida et les IST (CNLS). (2024). Rapport annuel 2024.
- Constitution du Cameroun du 18 janvier 1996.
- Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/SIDA.
- Desclaux, A. et al, (Sous-dir), *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, Paris, Karthala, 2000.
- Eboko, F., Abe, C., et Laurent, C., (sous-dir), *Accès décentralisé au traitement du VIH. Evaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS, 2010.
- Essi, M.J.M., « Sida et sorcellerie chez les Boulou de la Mvila dans le Sud-Cameroun », Thèse de doctorat en Anthropologie, Université de Yaoundé, 2008.
- Global sexual and reproductive health package for men and adolescent boys. New York: UNFPA, (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/IPPF_UNFPA_GlobalSRH_PackageMenAndBoys_Nov2017.pdf), 2017.
- INS & ICF. Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2018.
- Institut National de la Statistique (INS). (2014). Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 5).
- Institut National de la Statistique (INS). (2014). Troisième enquête sur l'emploi et le secteur informel (EESI3, 2013).
- Institut National de la Statistique (INS). (2018). Enquête démographique et de santé du Cameroun (EDS 2018). Récupéré de <https://ins-cameroun.cm/wp-content/uploads/2020/06/VIH-EDSC-V.PDF>
- Institut National de la Statistique (INS). (2020). Genre et dynamique de quelques indicateurs-clés de santé 2020 au Cameroun. INS & ONU Femmes.

- Institut National de la Statistique (INS). (2024). Communiqué de presse ECAM5. Récupéré de <https://ins-cameroun.cm/wp-content/uploads/2024/04/Communique-de-presse-ECAM5-DG-du-30-avril-2024-ok.pdf>
- Labra, O., Lacasse, A., « Représentations sociales du VIH-sida chez les étudiants de niveau universitaire d'une région éloignée du Québec » in *Revue canadienne de service social*, volume 32, numéros 1 et 2 (2015), pp.161-179.
- Lavaud, S., « Une épidémie au féminin », in *Journal du Sida (Le)*, N° 112-113, 1999/01, pp.8- 10.
- Meli Meli, V., « Les jeunes et la lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun : associations et structures de l'action collective », Mémoire de DEA en Sociologie de développement, Université de Yaoundé 1, 2004/2005.
- Ministère de la promotion de la femme et de la famille & ONU Femmes (2020) Cameroun Profil Genre-pays.
- Ministère de la promotion de la femme et de la famille & ONU Femmes (2022) Plan sectoriel du plan sectoriel femmes-familles de lutte contre le VIH/SIDA ET LES IST 2021-2026 ».
- Ministère de la promotion de la femme et de la famille (2021) Politique Nationale genre du Cameroun 2022-2030.
- Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF). (2019). Étude nationale sur les déterminants socioculturels des violences basées sur le genre et leur impact sur le VIH/Sida et la mortalité maternelle chez les femmes et filles. MINPROFF, CNLS & ONU Femmes.
- Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF). (2020). Cameroun Profil Genre-pays 2020. MINPROFF, INS & ONU Femmes.
- Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF). (2024). Les femmes et les hommes, les filles et les garçons au Cameroun 2024. MINPROFF & INS.
- Ministère de la Santé Publique (2023) Rapport synthèse de la revue du plan stratégique national de lutte contre le VIH 2021-2023 au Cameroun.
- Ministère de la Santé Publique. (2024-2030). Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le Sida et les IST.
- Molart et al, *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH - Actualisation 2015 du rapport 2013*, Paris, Conseil national du sida et des hépatites virales, 2015.
- Mountapbeme Fehou, A., « Séropositivité et partage de l'information par les personnes vivantes avec le VIH-SIDA à Yaoundé », Mémoire de Master en Sociologie, Université de Yaoundé 1, 2010.
- Nsangou Mbouemboue, M, M., « La demande de soins de santé chez les femmes infectées par le VIH. Contribution à une analyse des itinéraires thérapeutiques des séropositives au Cameroun », Thèse de doctorat en Sociologie, Université de Yaoundé 1, 2014.
- Ntonda, J., « Sida, pentecôtisme et périls bio politiques en Afrique centrale », in *Enjeux* n° 31, avril-juin, 62-66, 2007, Pp.59-62.
- Olanguena Awono, U., *Le sida en terre d'Afrique : l'audace des ruptures*, Toulouse, Privat, 2006.
- PNUD le Rapport sur le développement humain du (2023).
- Politique Nationale de Promotion du Genre au Benin Mars, 2008.
- Politique nationale genre 2021-2030 Cameroun.

- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). (2021). Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. ONUSIDA.
- Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). (2020). Rapport développement humain 2020.
- PSN 2024-2030 Cameroun.
- RECAP+2023-STIGMA INDEX 2.0 : enquête nationale sur l'indice de la stigmatisation envers les personnes vivant avec le vih au cameroun stigma index 2.0.
- Vaneza Flores, Stella Heras, Vicente Julian, Comparison of Predictive Models with Balanced Classes Using the SMOTE Method for the Forecast of Student Dropout in Higher Education, 2022, 457; <https://doi.org/10.3390/electronics11030457>.

Annexes

Annexe 1

Equipe de recherche

Noms et Prénoms	Fonction/Institution
Dr NDJAH ETOLO Edith Valéry	Consultante principale/Université de Yaoundé 1.
M. ZAMBO Bouchard	Consultant adjoint
M. ELOUNDOU Armand	Expert en coût et budgétisation
Dr NOA Sylvestre	Chercheur associé/Université de Yaoundé 1
Dr ONAH Jean Roger	Chercheur associé/Université de Yaoundé 1
Dr ESSALA Badel	Chercheur associé/Université de Yaoundé 1
Mme KEPTCHUI ME KOUAHOU Michèle	Chercheuse associée /Université de Yaoundé 1
Mme MPITE Claire	Chercheuse associée/Université de Bertoua
M. MEKE Boris	Chercheur associé /Universitaire de Yaoundé 2

Annexe 2

Equipe de relecture

1. MATIP Alain, MINPROFF
2. MOTO YOUNG Francisca, MINPROFF
3. NGORO Joseph, MINPROFF
4. NTIGA BELLA Engelbert Placide, MINPROFF
5. MENKIAWI Elvis NGONG, MINPROFF
6. NGUE BADJE Noé Théodore Magloire, MINAS
7. ESSONO ASSOMO Annick, GTC/CNLS
8. ADJAH Aline, GTC/CNLS
9. TEH MONTEH Caroline, DROS/MINSANTE
10. KAMEN LIWANDI Mathias, CAMFAIDS
11. BIVINA MVONDO Fabien, RECAJ+
12. NDJIB OUM Michel, RECAP+
13. AKABE Rose Marcelle, ICWCA
14. MEDJO Josephine, ONUFEMMES
15. KOB SAME David, ONUSIDA

Annexe 3

Guide d'entretien

Cotexte et normes

1. Quel pourcentage de personnes vivant avec le VIH connaissent-elles leur statut VIH ?
2. Quel pourcentage de femmes, de travailleuses de sexe et de minorité sexuelle vivant avec le VIH reçoivent des antirétroviraux ?
3. A votre avis, quelles normes et pratiques socioculturelles peuvent concourir à augmenter le risque de transmission du VIH chez les femmes, les travailleuses de sexe et les minorités sexuelles ?
4. Comment ces normes et pratiques socioculturelles concourent-elles à créer des obstacles à la prévention du VIH, à accroître le risque de transmission du VIH et à réduire l'adhésion au traitement antirétroviral ?
5. Quels sont les principaux déterminants sociaux qui rendent les populations clés vulnérables au VIH? (pauvreté, manque de sécurité du revenu, services de protection sociale, sécurité alimentaire, logement, eau et assainissement et accès à l'éducation, etc.)
6. Quelles sont les lois ou les politiques qui peuvent affecter directement les femmes, les travailleuses de sexe et les minorités sexuelles en ce qui concerne le VIH ? (pénalisation de la prostitution et des pratiques homosexuelles, mariage forcé, etc.)
7. Y a-t-il des pratiques qui les protègent ? Si oui, lesquelles ?
8. Y a-t-il des discriminations dont sont victimes les femmes et les travailleuses de sexe vivant avec le VIH ? Si oui, lesquelles ? (Avortement forcé, Déni d'accès à la contraception, Stérilisation forcée, Dépistage du VIH forcé ou contraint, Déni des services de santé en raison du statut VIH, Violence verbale, Violence physique, Utilisation forcée ou contrainte d'un type spécifique de contraception)
9. Comment ces cas de discrimination sont-ils traités ?
10. Quelles sont les conséquences de de tels actes dans la lutte contre le VIH ?

Cibles prioritaires et populations clés

1. À quelles populations s'adresse la riposte nationale contre le VIH ?
2. Cette riposte aborde-t-elle différemment les besoins des femmes, des travailleuses de sexe, et des minorités sexuelles par rapport au reste de la population ? Si oui, comment ?
3. Quel est le niveau d'ancrage de cette riposte par rapport à la politique nationale genre ?
4. Cette riposte prend-elle en compte les risques et vulnérabilités spécifiques au VIH des populations clés ? Pourquoi ?

Services de prévention et de prise en charge

1. Quels sont les services de prévention du VIH et de prise en charge opérationnels que vous offrez ? (Accès à l'information sur le VIH, Communication pour le changement de comportement, Préservatifs féminins, Préservatifs masculins, Prophylaxie pré-exposition (PrEP), Circoncision masculine médicale volontaire, Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, Services de dépistage et de conseil volontaires, Protection sociale, Prophylaxie post-exposition, Interventions de réduction des méfaits, telles que programmes d'aiguilles-seringues et traitements de substitution

aux opiacés, anti-retroviraux, Programmes de prévention primaire de la violence basée sur le genre et de la violence faite aux femmes, Éducation sexuelle inclusive)

2. Parmi ces services, lesquels sont les plus offerts et les plus accessibles aux populations clés ? Pourquoi ?
3. Quels sont les défis les plus courants concernant l'accès à ces services ?

Prise de décision, participation, partenariat, collaboration

1. Comment votre organisation participe-t-elle à la prise de décision relative à la riposte nationale au VIH ?
2. Quel est le niveau d'implication directe des PVVIH et des populations clés dans l'élaboration de politiques, de directives et de stratégies de prévention et de lutte contre le VIH ?
3. Quels sont les mécanismes qui garantissent (tels que des forums de partenariat, des groupes thématiques mixtes sur le VIH, des conseils ou commissions nationaux sur le sida et des mécanismes de coordination nationaux) la prise en compte des points de vue, des besoins et des droits des populations clés ? Comment fonctionnent-ils ?

Budgétisation et financement

1. Quelles sont vos principales sources de revenus de la lutte contre le VIH Sida ?
2. Ces revenus sont-ils à la hauteur des besoins ? Pourquoi ? Sinon quelle est la raison de cette insuffisance ? (diminution du financement des donateurs ; crise économique ; demandes de financement concurrentes, catastrophes naturelles; facteurs religieux et socioculturels ; faible investissement dans les politiques d'égalité entre les genres ; environnement juridique, etc.)
3. Quelles sont les principales poches de dépense ? (circoncision masculine volontaire, préservatifs, prophylaxie pré-exposition (PrEP) et adolescentes et jeunes femmes, Dépenses consacrées à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, Dépenses sur les facteurs sociaux habilitant, Dépenses en conseil et dépistage du VIH, Dépenses en thérapie antirétrovirale, etc.)
4. Quelle sont les principales populations bénéficiaires de ces dépenses ?

Violences basées sur le genre

1. Quel est l'impact de la violence basée sur le genre dans la riposte contre le VIH ?
2. Quels sont les partenariats que vous développez pour mettre en œuvre des programmes et des initiatives traitant de la violence basée sur le genre et de la violence faite aux femmes dans la riposte au VIH ?

Limites et recommandations

1. Quelles sont les lacunes actuelles pour faire en sorte que la riposte nationale au VIH réponde suffisamment aux besoins des femmes, des travailleuses de sexe et des minorités sexuelles dans le contexte du VIH ?
2. Quelles sont les recommandations que vous pouvez en faire ?

Annexe 4

Récapitulatif de la taille de l'échantillon par sexe

Techniques	Cibles	Bertoua	Kribi	national	Total Général
Entretiens individuels	Professionnel de santé	1 (Femme)	1 (Homme)	/	2
	GTR CNLS	1 (Homme)	1 (Homme)	/	2
	Délégation régionale/départementale MINSANTE	1 (Homme)	1 (Femme)	/	2
	Délégations régionale/départementale MINPROFF	1 (Homme)	1 (Homme)	/	2
	Partenaires techniques et financiers	/	/	3 (Hommes)	3
	GTC CNLS	/	/	1 (Femme)	1
	MINPROFF	/	/	1(Femme)	1
	Leader d'association (OBC)	1 (Femme)	1 (Homme)	/	2
	TOTAL		7	7	6
Focus groups discussion	Femmes rurales	1	1	/	2
	Adolescentes	1	1		2
	PVVIH (Hommes/Femmes)	2	2		2
	Travailleuses de sexe	1	1	/	2
	Usagères de drogue	1	1		2
	HSH	1	1	/	2
	TOTAL		7	7	

Source : données de terrain

Table des matières

Sommaire	2
Liste des sigles et abréviations	3
Liste des tableaux et encadrés	5
Préface	6
Remerciements	7
Résumé exécutif	8
Introduction générale	12
1.1. Contexte et justification	13
1.2. Objectifs	14
1.2.1. Objectif général	14
1.2.2. Objectifs spécifiques.....	14
1.3. Résultats attendus	15
1.4. Cadre méthodologique	15
1.4.1. Type d'étude.....	15
1.4.2. Sites de la collecte des données	15
1.4.3. Population cible	16
1.4.4. Outils de collecte des données.....	18
1.4.5. Comité de pilotage.....	18
1.4.6. Clairance éthique et autorisation administrative.....	18
1.4.7. Déroulement de la collecte des données	19
1.4.8. Processus d'analyse des données.....	19
1.4.9. Confidentialité et considérations éthiques	19
1.4.10. Difficultés rencontrées et limites de l'étude	19
Chapitre 1 : Etat des lieux du genre et du VIH au Cameroun	21
1.1. Indicateurs sociodémographiques, économiques et sanitaires du pays	21
1.1.1. Opérationnalisation du concept genre et revue de la littérature.....	21
1.1.2. Situation de l'égalité des sexes.....	23
1.1.3. Taux de mortalité maternelle, prévalence contraceptive et taux de fécondité.....	25
1.1.4. Situation sociopolitique : migration, conflits politiques, violence et criminalité (violence des gangs) et situations d'urgence causées par des catastrophes naturelles	26
1.2 Situation épidémiologique du VIH au Cameroun	27
1.3. Evaluations antérieures sur le VIH et l'égalité des sexes et progrès réalisés à ce jour	28
1.3.1. Aperçu des évaluations passées du VIH sous l'angle du genre et d'autres évaluations de programmes liés au VIH et au genre	28
1.3.2. Recommandations de l'évaluation du PSN 2021-2023 et mise en œuvre.....	28

Chapitre 2 : Prévalence et incidences du VIH/SIDA selon le genre	31
2.1. Prévalence, prévention et données comportementales	31
2.1.1 Populations clés et tendances géographiques caractérisant les sous-groupes vulnérables ...	32
2.1.2 Sensibilisation et prévention pour l'évolution des connaissances sur les risques du VIH/SIDA auprès des adolescent.e.s et des populations clés.....	33
2.2. Comportements sexuels et pratiques en matière de protection contre le VIH/SIDA	35
2.2.1. Utilisation du préservatif par âge, sexe et type de population	35
2.2.2 Autres moyens de prévention contre le VIH/SIDA.....	37
2.3. Genre et accès aux services de prévention et de traitement du VIH/SIDA	37
2.3.1. Déterminants clés de l'accès aux services et incidences comportementales	37
2.3.2. Déterminants liés aux femmes socialement vulnérables.....	40
2.3.3. Déterminants liés aux PVVIH et aux populations clés	41
2.4. Violences basées sur le genre pouvant entraver l'accès des femmes et des filles aux services de lutte contre le VIH.....	42
2.4.1. Violences classiques	42
2.4.2. Formes émergentes de violences à l'égard des femmes et des filles	43
2.4.3. Violence à l'encontre des populations clés	44
2.5. Impacts liés aux violences subies par les femmes et les filles	45
2.5.1. Impacts sanitaires.....	45
2.5.2. Impacts psychologiques et émotionnelles.....	45
2.5.3. Impacts économiques	45
2.5.4. Impacts familiales et intergénérationnelles.....	45
2.6. Stigmatisation sociale et pratiques discriminatoires dans les établissements de santé et/ou par le personnel judiciaire ou chargé de l'application de la loi et d'autres prestataires de services affectant les femmes, les filles, les PVVIH et les populations clés.....	46
2.6.1. Stigmatisation sociale et pratiques discriminatoires dans les établissements de santé	46
2.6.2. Stigmatisation sociale et pratiques discriminatoires par le personnel judiciaire ou chargé de l'application de la loi	46
2.6.3. Stigmatisation sociale et pratiques discriminatoires en famille et en communauté.....	47
Chapitre 3 : Genre et réponse nationale au VIH/SIDA	48
3.1. Cadre normatif de promotion du genre dans la riposte au VIH/SIDA	48
3.1.1 Cadres régional et international de non-discrimination à l'égard des PVVIH	48
3.1.2. Cadre national de promotion du genre et de protection des personnes vulnérables	49
3.1.3 Lois et actions spécifiques permettant un accès égal aux services	50
3.2. Égalité des sexes dans les politiques et programmes de lutte contre le VIH	51
3.2.1. Genre et VIH dans la vision et la SND 30.....	51

3.2.2.	Égalité des sexes dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH, feuille de route pour la pérennisation de la riposte au VIH	52
3.2.3.	Prise en compte du genre dans les politiques d'inclusion	54
3.2.4.	Considérations liées au genre, telles que la reconnaissance des inégalités entre les sexes, les normes de genre préjudiciables, la violence sexiste et d'autres éléments dans la stratégie nationale	55
3.3.	Acteurs clés et actions menées en matière lutte contre le VIH/SIDA	56
3.4.	Services de lutte contre le VIH/SIDA et défis existants.....	60
3.4.1.	Couverture des services	60
3.4.2.	Contraintes à la disponibilité des services	61
3.5.	Coordination multisectorielle, mécanismes décisionnels et de responsabilisation... ..	62
3.6.	Allocation des fonds, dépenses et budgétisation sensible au genre.....	63
3.7.	Suivi-évaluation de la riposte dans la durabilité.....	64
3.8.	Aspects liés au genre dans la prestation de services communautaires et autres plateformes de prestation.....	65
3.9.	Reconnaissance juridique et politique de la société civile, en particulier des organisations communautaires.....	66
Chapitre 4 :	Analyse des écarts et identification des leviers d'action.....	68
4.1.	Synthèse des principales lacunes identifiées dans les phases 2 et 3.....	68
4.1.1	VIH, santé, droits sexuels et reproductifs	68
4.1.2	Normes sociales	68
4.1.3	Cadre légal et politique.....	69
4.1.4	VBG et violences basée sur l'orientation sexuelle	69
4.1.5	Participation et leadership des femmes.....	69
4.1.6	Autonomisation de la femme.....	69
4.1.7	Financement et mobilisation des ressources.....	70
4.2.	Forces et faiblesses, opportunités et menaces.....	70
Chapitre 5 :	Recommandations et interventions prioritaires fondées sur des données probantes	72
	Plan d'action des interventions prioritaires.....	74
	Estimation des coûts des interventions prioritaires répondant aux résultats de l'évaluation genre	79
	83
Conclusion générale		84
Références bibliographiques.....		86
Annexes		89
Annexe 1		90
Annexe 2.....		91

Table des matières 95