

INVESTIR SUR LES POPULATIONS CLES POUR INVERSER LA TENDANCE DU VIH

**Plaidoyer pour le positionnement des MARPS dans les financements du Fonds Mondial au Cameroun**

**Principaux consultants :**

**Thomas TCHETMI, Tél : + 237 99 95 70 31**

**Email : [ttechmi@gmail.com](mailto:ttechmi@gmail.com)**

**Jean Marie TALOM, Tél : + 237 79 87 53 64**

**Email : [redscm@yahoo.fr](mailto:redscm@yahoo.fr)**

**Contact Principal : Serge DOUOMONG YOTTA, Directeur Exécutif**

**Affirmative Action, Quartier Essomba BP : 14 760 Yaoundé Cameroun**

**Téléphone : + 237 94 75 22 08**

**Email : [serge.douomong@gmail.com](mailto:serge.douomong@gmail.com) ; [action\\_affirmative@yahoo.fr](mailto:action_affirmative@yahoo.fr)**

**Infos maison de publication : ETS.MINUTE TEL: + 237 22 72 14 21 E-mail: [ets.minute@yahoo.fr](mailto:ets.minute@yahoo.fr)**

**Infos maison de traduction : LE GRAFPH, E-mail: [legrafph@yahoo.fr](mailto:legrafph@yahoo.fr), BP: 4882 Yaoundé, Cameroon;  
Tél : + 237 74 85 07 38**

**Financé par la GIZ à travers l'initiative BACK-UP. Convention de coopération N° : 83166701**



## REMERCIEMENTS

---

Affirmative Action exprime sa gratitude aux institutions et personnes qui ont directement ou indirectement contribué à la mise en œuvre et la réussite de ce projet. Merci en particulier: au Comité national de lutte contre le sida (CNLS) ainsi qu'à son Groupe Technique Central (GTC), au Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), à CAMNAFAW, au CCM, à l'ONUSIDA, au Fonds Mondial, à la GIZ (et en particulier son programme BACK-UP), à l'équipe de consultants qui ont facilité l'élaboration de ce document (M. Thomas TETCHMI et M. Jean Marie Talom).

Nous tenons également à remercier Mr. Marcel BELA (CNLS-GTC), Mr. Eitel Joris ELLA (CCM), le Dr Nemande (AMSHeR), Mr. Arouna TENA (CAMNAFAW), Mr. Serge Thierry AMBA (Action Positive), Me Jathan NDONGO (Conseiller juridique), Mr. Rostand VONDAB TENTCHIMOU (Président de l'Affirmative Action), et toutes les organisations à base communautaire dédiées aux populations les plus à risque qui ont pleinement contribué à l'enrichissement de ce document.

## TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>2</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS</b> .....	<b>3</b>
<b>DEFINITION DES CONCEPTS</b> .....	<b>5</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
1.1 Le Nouveau Modèle de Financement du Fonds Mondial .....	7
1.2 Les populations clés : une priorité pour le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH /Sida .....	8
1.3 Projet de positionnement des MARPs dans les financements du Fonds Mondial au Cameroun .....	9
<b>2. SITUATION DU VIH CHEZ LES POPULATIONS CLES AU CAMEROUN</b> .....	<b>10</b>
2.1 Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH) .....	10
2.2 Les travailleurs du sexe.....	12
2.3 Les camionneurs .....	13
2.4 Les Utilisateurs de drogues.....	13
2.5 Les autres populations vulnérables.....	14
<b>3. III. CONTEXTE LEGAL, STIGMATISATION ET DISCRIMINATION</b> .....	<b>15</b>
3.1 En lien avec le statut sérologique .....	15
3.2 En lien avec l'orientation sexuelle et l'identité de genre .....	16
3.3 En lien avec le travail du sexe .....	17
<b>4. LEÇONS APPRISES DE LA MISE EN ŒUVRE DU ROUND 10 PAR LE PR DE LA SOCIETE CIVILE</b> .....	<b>19</b>
4.1 Présentations générales.....	19
4.2 Principales leçons apprises par les Bénéficiaires Principaux, les Sous-Bénéficiaires et les OBC .....	20
4.3 L'expérience de mise en œuvre du présent projet a fait retenir certaines leçons. ....	20
<b>5. V. POURQUOI FAUT-IL INVESTIR SUR LES POPULATIONS CLES ?</b> .....	<b>21</b>
5.1 La constitution de la République du Cameroun .....	21
5.2 La question des femmes, des filles et de l'égalité de genre.....	22
5.3 Les droits de l'homme dans le cadre des subventions liées au VIH, à la TB, au paludisme et au renforcement des systèmes de santé.....	22
5.4 Réponses relatives aux TS, aux MSM et aux personnes transgenres dans le cadre de l'épidémie du VIH .....	24
5.5 Renforcement des systèmes communautaires .....	24
5.6 Le défi de la combinaison des programmes TB et VIH dans les pays durement touchés.....	25
<b>6. EXPERIENCES DES OBC</b> .....	<b>27</b>
6.1 HUMANITY FIRST CAMEROON.....	27
6.2 Alternatives-Cameroun (Douala, Cameroon) : Offering comprehensive goodwill programming in a challenging environment.....	28
6.3 Affirmative Action à travers son projet: "Accompagnement des HSH par les travailleurs sociaux" .....	29
<b>7. PLAIDOYER POUR LE POSITIONNEMENT DES POPULATIONS CLES DANS LE DEVELOPPEMENT DE LA NOTE CONCEPTUELLE</b> .....	<b>31</b>
7.1 L'objectif global.....	31
7.2 Les Objectifs spécifiques.....	31
7.3 Résultats attendus.....	31
7.4 Les stratégies et les actions ont consisté en : .....	32
7.5 Synthèse finale des priorités des populations clés .....	32
7.6 Recommandations .....	39
7.7 Perspectives .....	39
<b>8. LISTE DES ORGANISATIONS AYANT PRIS PART AU DIALOGUE PAYS</b> .....	<b>40</b>
<b>9. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>41</b>

## SIGLES ET ABREVIATIONS

---

<b>AGR</b>	Activité génératrice de revenue
<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>CAMNAFAW</b>	Cameroon National Welfare for Women
<b>CCC</b>	Communication pour le Changement de Comportements
<b>CCM</b>	Country Coordination Mechanism
<b>CDV</b>	Conseil et Dépistage du VIH
<b>CHP</b>	Care and Health programme
<b>CNLS</b>	Comité National de Lutte contre le SIDA
<b>CTA</b>	Centre de Traitement Agréé
<b>CM</b>	Camionneur
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>Fonds Mondial</b>	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le Paludisme
<b>FS/FOSA</b>	Formation Sanitaire
<b>GIPA</b>	Greater Involvement of People living with AIDS
<b>GTC</b>	Groupe Technique Central
<b>GTP/GTR</b>	Groupe Technique Provincial/Régional
<b>GIZ</b>	Coopération Technique Allemande
<b>IO</b>	Infection Opportuniste
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>HSH/MSM</b>	Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (Men having Sex with Men)
<b>MARPs</b>	Most at Risk Populations
<b>NC</b>	Note Conceptuelle
<b>NMF</b>	Nouveau Modèle/Mécanisme de Financement
<b>OBC</b>	Organisation à Base Communautaire
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>OSC</b>	Organisation de la Société Civile
<b>PE</b>	Pairs Educateurs
<b>PEC</b>	Prise En Charge
<b>PEPFAR</b>	President Emergency for the Fight against Aids and Reliefs
<b>PJD</b>	Presse Jeune Développement
<b>PNLT</b>	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PSN:</b>	Plan Stratégique National
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH
<b>RECAP+:</b>	Réseau Camerounais de Personnes Séropositives
<b>REDS</b>	Réseau sur l'Éthique, le Droit et le Sida
<b>S&amp;E</b>	Suivi-évaluation
<b>SIDA</b>	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
<b>SSR</b>	Santé Sexuelle et Reproductive
<b>TARV ou TAR</b>	Thérapie Antirétrovirale
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TS</b>	Travailleurs (e) du Sexe
<b>UD</b>	Usager de Drogue
<b>UNGASS</b>	United Nations General Assembly Special Session on AIDS
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>UPEC</b>	Unité de Prise En Charge
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>VIH</b>	Virus de l'Immuno déficience Humaine
<b>LGBTI</b>	Lesbienne, Gay, Bisexuel, Transsexuel, Intersexe.

## DEFINITION DES CONCEPTS

---

- ⌘ **L'expression populations clés présentant un risque plus élevé d'exposition au VIH** : désignent les populations les plus susceptibles d'être exposées au VIH ou de le transmettre.
- ⌘ **Groupes à (plus) haut risque et groupes vulnérables** : Les populations clés sont à distinguer des populations vulnérables qui, en raison des pressions de la société ou de circonstances sociales, sont plus exposées aux infections, notamment au VIH.
- ⌘ **Homosexuel(le), homosexualité** : Le terme *homosexuel* vient du grec *homós* qui signifie « semblable, pareil ». Il désigne des personnes qui ont des relations sexuelles ou éprouvent une attirance sexuelle et affective pour des personnes du même sexe. À ne pas confondre avec le terme latin *homo*, qui décrit l'humanité dans son ensemble. L'homosexualité ne se réduit pas à un simple comportement sexuel mais elle implique un ensemble d'attitudes, de valeurs et de préférences dont la seule véritable justification se trouve dans les rapports affectifs.
- ⌘ **Travailleurs de Sexe** : personne de sexe féminin ou masculin qui reçoivent des biens ou une compensation financière en échange de services sexuels, soit régulièrement soit occasionnellement, à domicile ou sur des sites fréquentés par les clients (Bar dancing, boîte de nuit, hôtels, poteaux), qui peuvent ou non définir consciemment ces activités comme génératrices de revenus. Cette catégorie englobe les femmes, les hommes, les personnes transsexuelles et les jeunes âgés de plus de 18 ans, consentants.
- ⌘ **Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes** : Expression parfois abrégée en *HSH*. Cette expression décrit des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, indépendamment de leurs rapports sexuels éventuels avec des femmes ou de leur identité bisexuelle ou gay sur le plan personnel ou social. C'est un concept utile, car il permet d'inclure des hommes qui s'identifient comme hétérosexuels tout en ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.
- ⌘ **Transgenre** : Personne possédant une identité sexuelle différente de celle de son sexe de naissance, qui peut n'être ni spécifiquement masculine, ni spécifiquement féminine. Cela peut concerner aussi bien les hommes que les femmes.
- ⌘ **Travesti(e)** : Personne portant des vêtements associés au sexe opposé dans le but d'expérimenter de façon provisoire l'appartenance à l'autre sexe. Elle ne souhaite pas nécessairement changer définitivement de sexe ou bénéficier d'une opération chirurgicale de réassignation sexuelle.
- ⌘ **Transsexuel(le)** : Personne qui recourt ou a recouru à une opération chirurgicale ou à un traitement hormonal dans le but de rendre son identité physique plus conforme au sexe de son choix.
- ⌘ **Camionneurs et transporteurs** : toute personne travaillant dans un véhicule de transport de personnes ou de marchandises circulant sur les grands axes routiers, y compris les chauffeurs de bus/car de transport en commun.
- ⌘ **Bisexuel** : Type de HSH qui entretient des rapports sexuels à la fois avec des partenaires masculins et des partenaires féminins
- ⌘ **Association identitaire**: associations des Populations clés présentant un risque plus élevé d'exposition au VIH, principalement les LGBTI et les TS
- ⌘ **Renforcement des systèmes communautaires** : Ces termes désignent les initiatives qui contribuent au développement ou au renforcement des organisations communautaires dans le but de mieux faire connaître les services de santé de qualité et de faciliter l'accès à ceux-ci. Cela comprend habituellement

le renforcement des infrastructures et des systèmes, la création de partenariats et la mise au point de solutions de financement durables.

- ⌘ **Identité sexuelle** : Ce terme désigne l'orientation sexuelle profondément ressentie par chaque personne intérieurement et personnellement, qui peut correspondre ou non au sexe assigné à la naissance. Cela englobe à la fois la perception personnelle du corps, qui peut impliquer la libre décision d'une modification de l'apparence ou de la fonction du corps par voie médicale, chirurgicale ou autre, et d'autres expressions du genre telles que l'habillement, le langage et la gestuelle
- ⌘ « **Santé positive, dignité et prévention** » : La formule « Santé positive, dignité et prévention » définit les politiques et les programmes de prévention du VIH dans une perspective de droits de l'homme, selon laquelle la prévention de la transmission est considérée comme une responsabilité commune à l'ensemble des individus, quel que soit leur statut sérologique. Destinée à remplacer des expressions comme *prévention positive* et *prévention par et pour les personnes séropositives*, la formule a vu le jour au cours d'une réunion internationale co-organisée par le Global Network of People Living with HIV (GNP+) et l'ONUSIDA en avril 2009. Composé de stratégies visant à protéger la santé sexuelle et reproductive et à retarder la progression des maladies liées au VIH, le concept englobe la promotion de la santé individuelle, l'accès à des services en matière de VIH et de santé sexuelle et reproductive, la participation des communautés, des actions de plaidoyer et l'évolution des politiques.
- ⌘ **Stigmatisation et discrimination** : *Stigmatisation* vient du grec *stigma* signifiant tache ou marque. La stigmatisation peut se décrire comme un processus dynamique de dévalorisation qui discrédite fortement une personne aux yeux des autres. Dans des cultures ou des contextes donnés, certains attributs sont jugés déshonorants ou honteux. Lorsque la stigmatisation est suivie de faits, elle devient de la discrimination, qui peut prendre la forme de gestes ou d'omissions. La discrimination désigne toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraire à l'égard d'une personne, généralement fondée – mais pas toujours – sur une caractéristique personnelle apparente ou perçue, l'assimilant à un groupe donné indépendamment du caractère justifié de ces mesures.
- ⌘ **Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes** : Également *Femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes*. Concept utile qui permet d'inclure non seulement les femmes s'identifiant comme lesbiennes ou homosexuelles et qui ont exclusivement des rapports sexuels avec d'autres femmes, mais aussi les femmes bisexuelles et celles qui s'identifient comme hétérosexuelles tout en ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes.
- ⌘ **LGBTI** : Cette abréviation signifie « Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transsexuels/transgenres/travestis et Intersexuels.
- ⌘ **Orientation sexuelle** : Faculté de chacun à ressentir une profonde attirance émotionnelle, affective et sexuelle envers des individus du sexe opposé, de même sexe ou de plus d'un sexe
- ⌘ **Assistance sexuelle**: Forme d'accompagnement spécifique qui consiste à raviver le plaisir sensuel, érotique ou sexuel chez les adultes en situation de handicap qui en font la demande. Pendant les séances sont proposés des massages, un contact corps à corps, des enlacements, des caresses et des touchers. Mais pas de rapports sexuels, ni relation sexuelle orale. L'orgasme n'étant pas l'objectif principal.
- ⌘ **Escort (boy)** : Terme désignant en anglais un service d'accompagnement individuel personnalisé.

## 1. INTRODUCTION

---

Le Cameroun fait face à une épidémie généralisée de VIH avec une prévalence de 4,3% dans la population générale. Le contexte national du VIH, du Sida et des IST auprès des populations clés notamment les travailleurs de sexe (TS), les minorités sexuelles (LGBTI) et les camionneurs est particulièrement alarmant avec des prévalences largement au dessus de la population générale (36,0 % parmi les TS, 37,2% chez HSH, 16,2% chez les Camionneurs).

Selon l'ONUSIDA, leur mobilisation est indispensable à la réussite d'une riposte au virus, en ce sens qu'elles sont essentielles (« clés ») aussi bien pour la dynamique de l'épidémie que pour la riposte. Dans tous les pays, les populations clés comprennent les personnes vivant avec le VIH. Chaque pays doit définir ses propres populations clés pour l'épidémie et pour la riposte en fonction du contexte épidémiologique et social.

### 1.1 Le Nouveau Modèle de Financement du Fonds Mondial

---

En 2012, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a approuvé les éléments clés d'un nouveau modèle de financement qui lui permettra d'investir de manière plus stratégique et d'avoir un impact plus marqué à l'échelle internationale sur le VIH, la tuberculose et le paludisme.

Le Cameroun est l'un des pays éligibles au nouveau modèle de financement du Fonds Mondial. Le pays envisage de soumettre une note conceptuelle unique VIH et Tuberculose en 2014. Le Fonds mondial a revu son modèle de financement de sorte à renforcer l'impact de la lutte contre les trois maladies. Ce nouveau modèle est conçu pour rendre les financements prévisibles, récompenser l'ambition, assouplir le calendrier des candidatures et raccourcir et simplifier la procédure, de sorte à améliorer le taux de réussite des candidatures.

Le nouveau modèle de financement accorde une place importante au dialogue qui a lieu au sein du pays, et encourage une démarche participative afin de garantir que les débats sur le thème de la santé et du développement puissent servir de base à la demande de financement présentée au Fonds mondial.

Tous les intervenants concernés sont: les instances de coordination nationale, les autorités publiques, le secteur privé et le secteur public, la société civile, les institutions universitaires, les principales populations touchées et les plus exposées au risque et les réseaux connexes, ainsi que les partenaires bilatéraux, multilatéraux et techniques dans le pays. Le rôle du Secrétariat consiste à apporter son soutien, à participer et à fournir des conseils, le cas échéant. L'établissement de la note conceptuelle dans un cadre ouvert constitue un critère d'admissibilité aux financements du Fonds mondial. Le Fonds mondial exigera des preuves attestant que ce processus s'est déroulé de manière ouverte et transparente lors de la soumission de la note conceptuelle. Dans le cas contraire, les notes conceptuelles seront renvoyées aux instances de coordination nationale pour être retravaillées.

Le nouveau modèle de financement s'appuie sur un partenariat étroit avec des partenaires techniques au niveau des pays. Parce qu'ils sont présents à l'intérieur même des pays, ces partenaires peuvent agir en synergie et apporter aux pays une aide significative, différenciée et adaptée à leur contexte, via les processus de dialogue avec le pays et l'élaboration de la note conceptuelle, et leur soutien continue pendant l'établissement de la subvention.

Le Cameroun met en œuvre le Round 10 du Fonds Mondial dont le volet communautaire cible principalement les HSH, les TS, et les Camionneurs.

## **1.2 Les populations clés : une priorité pour le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida**

---

Le nouveau Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le VIH /Sida au Cameroun 2014-2017 (révisé) tout comme le précédent PSN met un accent particulier sur les populations clés (MARPs) qui sont les moteurs de l'épidémie tout en renforçant les acquis de la réponse nationale. Ceci contribuera à réduire la prévalence, la morbidité et la mortalité liées au VIH grâce à la diminution des nouvelles infections dans les MARPs et dans la population générale et une amélioration de la qualité de la prise en charge des PVVIH.

La vision du PSN révisé est celle d'un Cameroun sans nouvelles infections, sans décès et sans discrimination liées au VIH. Pour cela il faut un accès universel à la prévention, aux soins et traitement du VIH et Sida afin d'atteindre l'objectif 6 des OMD.

Les communautés vulnérables sont au centre de la réponse en tant que bénéficiaires et acteurs avec un engagement ferme du gouvernement à assurer la prévention et la prise en charge du VIH et le SIDA, afin que ces communautés soient suffisamment compétentes pour apporter une riposte adéquate face à la pandémie.

La dimension genre, le respect des Droits Humains dans le cadre de la lutte contre le VIH et la réduction du stigma et de la discrimination dont sont victimes les PVVH au Cameroun sont également pris en compte.

Les cibles prioritaires du PSN sont :

- 1) Les personnes Vivant avec le VIH
- 2) Populations clés « moteurs de l'épidémie »:
  - Les Travailleurs et Travailleuses du Sexe
  - Les Hommes qui ont des Rapports sexuels avec d'autres Hommes (HSH)
  - Les Utilisateurs de drogues.
- 3) Populations vulnérables
  - Les Jeunes et adolescents (filles et garçons)
  - Les Hommes et Femmes en uniforme
  - Les Camionneurs
  - Les Prisonniers
  - Les Handicapés
  - Les Réfugiés
  - Les Pygmées
  - Les Bororos

Les interventions prioritaires portent sur la Communication pour le Changement de Comportement (CCC), la promotion des Préservatifs, le Conseil pour le Dépistage Volontaire (CDV), la Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME), les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), la Sécurité transfusionnelle, la disponibilité des ARV et des Intrants, la Prise en Charge (PEC) Globale des Adultes, La PEC Globale des Enfants, le Soutien aux personnes affectées et infectées.



Les questions Transversales ciblent le Genre, les Droits Humains, le Suivi/Evaluation, la Coordination et le Financement.

### **1.3 Projet de positionnement des MARPs dans les financements du Fonds Mondial au Cameroun**

---

Au cours des interventions comptant pour la première phase du programme R-10 VIH, les OBC identitaires chargées de la mise en œuvre des activités ont rencontré différentes difficultés à différents niveaux et avec des pertinences variables selon les zones d'intervention. A l'approche de la fin de la 1ère phase de la subvention R-10 VIH, le Cameroun s'arrimant aux mesures du nouveau mécanisme de financement doit engager un dialogue national afin de rédiger et de soumettre une note conceptuelle. Le nouveau modèle de financement accorde une place importante au dialogue qui a lieu au sein du pays, et encourage une démarche participative de toutes les parties prenantes, notamment les LGBT et autres populations clés. Afin de garantir l'implication de ces populations et optimiser la prise en compte de leur besoins spécifiques dans le cadre du nouveau mécanisme de financements, Affirmative Action avec le concours financier de la German Back-Up Initiative a initié le programme : « positionnement des MARPs dans les financements du Fonds Mondial au Cameroun ». L'objectif principal est de produire ce document de plaidoyer qui consignera leurs recommandations et qui guidera le comité de rédaction de la note conceptuelle durant l'élaboration de la note.

L'élaboration de ce document de plaidoyer s'est faite suivant les six (6) étapes prévues dans le projet, à savoir:

1. L'organisation d'un atelier de cadrage et de présentation du projet au siège d'Affirmative Action avec inputs des acteurs clés ;
2. La tenue de trois (3) ateliers de concertations avec les organisations travaillant avec les populations clés (MSM/LGBT; TS; CM; UD; Jeunes) à Mbalmayo du 04 au 10 mars 2014
3. La réunion de capitalisation des données avec les experts et facilitateurs ;
4. L'atelier de validation des recommandations issues des concertations de Mbalmayo avec un groupe restreint le 20 mars 2014 à Yaoundé ;
5. L'atelier de présentation des recommandations et de validation officielle, le 21 mars 2014 à Yaoundé sous la co-présidence du CNLS et de l'ONUSIDA ;
6. La traduction, l'impression et la diffusion du document.

## 2. SITUATION DU VIH CHEZ LES POPULATIONS CLES AU CAMEROUN

---

Les résultats de l'EDS-MICS 2011 révèlent que la séroprévalence dans la population générale est de 4,3%. Elle varie de 1,2% dans la région de l'Extrême -Nord à 7,2% dans la région du Sud. La prévalence du VIH à Douala est de 6,4% chez les femmes et 2,6% chez les hommes. La prévalence chez les femmes est de 5,6% contre 2,9% chez les hommes au niveau national. Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans elle est de 1,7% (1,2% de 15 à 19 ans et 2,2 % de 20 à 24 ans).

### 2.1 Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH)

---

La visibilité des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et intersexuées (LGBTI) est grandissante au Cameroun mais reste essentiellement urbaine, observée dans les villes telles que Yaoundé, Douala, Kribi, Limbe, Bafoussam, Garoua et Ngaoundéré. L'étude réalisée sur les facteurs associés aux rapports anaux non protégés chez 168 HSH à Douala indique que la stigmatisation, la pénalisation et le rejet envers ce groupe sont les facteurs principaux qui les empêchent d'accéder ou de recevoir les services essentiels de prévention et de soins du VIH<sup>1</sup>. D'autre part, le manque d'interventions de prévention combinant l'information, le soutien social et juridique, le soutien pour le renforcement de l'estime de soi, la prévention et la prise en charge des IST constituent autant de facteurs qui augmentent leur risque d'exposition au VIH.

L'étude intégrée de surveillance comportementale et biologique chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes au Cameroun réalisée en mai 2012<sup>2</sup> dans les deux grandes métropoles que sont Yaoundé et Douala révèle que la prévalence du VIH est de **24,2%** au sein de ce groupe à Douala contre **44%** à Yaoundé. Selon cette même étude, le taux la séroprévalence du VIH dans cette population croît avec le groupe d'âge. Aux termes de cette étude certaines caractéristiques spécifiques méritent d'être mises en évidence, aussi bien pour la ville de Yaoundé que celle de Douala.

#### 2.1.1 Caractéristiques sociodémographiques :

##### *i. Age, niveau d'instruction et statut matrimonial*

- Aussi bien à Yaoundé qu'à Douala, les HSH sont des personnes instruites. Au moins 70% ont le niveau secondaire et au moins 20% ont le niveau universitaire.
- La majorité des HSH interviewés a un âge compris entre 18 et 24 ans. A Yaoundé, ils représentent 57% et à Douala, ils sont à 67,3%. Les HSH âgés de 30 ans ou plus sont environ 10% dans chacune des deux villes.
- Dans les deux grandes cités, au moins 80% des HSH sont des célibataires. Moins de 10% sont mariés ou vivent en union libre avec un homme ou une femme. A Yaoundé par exemple, 7,7% sont en union libre avec un homme et 6,9% en union libre ou mariés avec une femme. A Douala, ces pourcentages sont respectivement de 9,5% et 6,4%.

##### *ii. Identités et rôles sexuels*

- Les bisexuels représentent respectivement 60,4% et 67,1% des HSH à Yaoundé et à Douala. Aussi l'on a 28,1% à Yaoundé et 21,9% à Douala qui sont des gays, c'est-à dire des hommes

---

<sup>1</sup> E. Henry, F. Marcelin, Y. Yomb et al. *Factors associated with unprotected anal intercourse among men who have sex with men in Douala, Cameroon 2009.*

<sup>2</sup> *Étude intégrée de surveillance comportementale et biologique chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes au Cameroun, Care, ACMS, CNLS, 2012.*

qui ont exclusivement des rapports sexuels avec des hommes. A Yaoundé, 7,3% ont déclaré qu'ils sont bisexuels occasionnels, c'est-à-dire des hommes qui déclarent avoir des rapports avec des hommes sans d'autres spécificités. A Douala, 9,6% ont affirmé être des bisexuels occasionnels.

- A Yaoundé comme à Douala environ 45% sont des actifs ; les passifs sont 35,6% à Yaoundé et 31% à Douala ; les versatiles sont environ 20%.

### **2.1.2 Comportements sexuels :**

- L'âge médian au premier rapport sexuel avec un homme est de 19 ans dans chacune des deux villes. A 15 ans déjà, 10,2% des HSH à Yaoundé ont eu un rapport avec un partenaire masculin. A Douala, ils sont 16,3%. Et à leur 18<sup>ème</sup> anniversaire, ce pourcentage passe à plus de 40% dans chacune des deux villes.
- Aussi bien à Yaoundé qu'à Douala, très peu de HSH ont eu exclusivement des rapports anaux au cours des 12 derniers mois (1,2%). Par contre, ils sont environ 20% à avoir eu exclusivement des rapports oraux avec un partenaire masculin. La majorité (78,2% à Yaoundé et 73,2% à Douala) a eu aussi bien les rapports anaux qu'oraux avec des partenaires masculins.
- Dans les deux villes, environ 45% des HSH ont eu entre 2 et 10 rapports sexuels anaux et à peu près 35% l'ont fait au moins 20 fois au cours de 12 derniers mois. De même au moins 20% ont eu des rapports sexuels oraux au moins 20 fois.
- Beaucoup de HSH ont affirmé avoir au moins une fois pris l'alcool avant d'avoir les rapports sexuels. Ils sont 73,9% à Yaoundé et 54,7% à Douala à l'avoir affirmé. Par contre, seulement 9,7% et 4,7% ont déclaré avoir au moins une fois consommé la drogue avant les rapports intimes respectivement à Yaoundé et à Douala.
- A Yaoundé, 81% des HSH ont eu au moins 2 partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois. A Douala, ils sont 73%.
- Environ la moitié des HSH ont eu des rapports sexuels avec des partenaires féminins au cours des 12 derniers mois de l'étude.
- Presque 25% ont déclaré avoir au moins une fois dans la vie eu des rapports sexuels en groupe et 15% en ont eu au cours des 12 derniers mois.

### **2.1.3 Utilisation du préservatif :**

- L'utilisation du préservatif n'est pas très courante au sein de la communauté HSH. Par rapport à la dernière relation sexuelle au cours des 12 derniers mois de l'étude avec un homme par exemple, 33% HSH ont recouru au préservatif à Yaoundé et à peu près 49% à Douala. Les proportions sont encore plus faibles pour l'utilisation systématique sur la même période de référence. Elle est de 19% à Yaoundé et de 32% à Douala.
- Avec les femmes, un peu plus de la moitié des HSH dans les deux villes ont protégé leur dernière relation sexuelle. Mais pour l'utilisation systématique, les proportions tombent autour de 40%.
- Parmi ceux qui déclarent utiliser le préservatif, 48% à Yaoundé et 61% à Douala déclarent l'utiliser du début à la fin sans l'enlever avant la fin des rapports sexuels avec les hommes. Avec les femmes, ces proportions tombent à environ 20% dans les deux villes.

- L'analyse des réponses à la démonstration du port du préservatif révèle que moins de 10% des HSH à Yaoundé et 22% à Douala maîtrisent le port correct du préservatif masculin.
- La marque de préservatif habituellement utilisée est 'Lovers' à Douala et 'Prudence Plus' à Yaoundé.

#### 2.1.4 Infections sexuellement transmissibles et VIH :

- Environ 80% des HSH ont une bonne connaissance (réponses spontanées) des IST. Parmi eux, 18% ont souffert/suspecté une IST au cours des 12 derniers mois. Au total, 37% et 38% ont eu au moins un signe d'IST au cours des 12 derniers de l'étude à Yaoundé et à Douala. Parmi eux, environ 90% ont recherché un traitement.
- A Douala, 48% des HSH ont une bonne connaissance des moyens de prévention et rejettent les idées fausses. A Yaoundé, ils sont 55%.
- L'analyse des résultats des tests de dépistage du VIH et de la syphilis révèle que 24% des HSH à Douala et 44% à Yaoundé sont séropositifs au VIH.
- La prévalence de la syphilis est de 0,3% Yaoundé et de 1,4% à Douala.

## 2.2 Les travailleurs du sexe

---

Selon les résultats de l'enquête bio-comportementale chez les TS de 2010<sup>3</sup> :

- la prévalence du VIH chez les TS est estimée à **36,0%** ;
- 45,2% des TS sont âgées de 15-24 ans ; et un peu plus de la moitié (50,9%) ont débuté la prostitution avant l'âge de 20 ans ;
- 79,4% des TS pratiquent une prostitution mobile en se déplaçant vers les bars, les boîtes de nuit et les hôtels pour offrir leurs services, contre 20,6% des TS qui reçoivent leurs clients à domicile ;
- 72,7% des TS ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel ;
- 52,2% des TS ont affirmé utiliser systématiquement un préservatif au cours des rapports sexuels avec des clients ;
- 63,3% des TS n'ont pas participé à une séance d'information sur le Sida au cours des 3 derniers mois ;
- 18,1% des TS n'ont jamais effectué de test de dépistage du VIH ;
- En cas d'IST, 18,8% des TS ont affirmé recourir à un centre de santé contre 14,5% qui affirmé faire de l'automédication.

Les données épidémiologiques de 2004 relèvent un taux de prévalence du VIH de 16,2% dans ce groupe<sup>4</sup>.

Le Rapport préliminaire de l'étude sur la prévention du VIH pour les populations à risque au Cameroun réalisée par l'USAID, le CNLS et le MINSANTE confirme la vulnérabilité des populations

---

<sup>3</sup> CNLS. Rapport de l'enquête séroépidémiologique et comportementale sur le VIH et la syphilis chez les travailleuses du sexe au Cameroun, 2010. <http://dev.cdss.dros-minsante-cameroun.org/content/enqu-te-s-roepidemiologique-et-comportementale-sur-le-vih-et-la-syphilis-chez-les-travailleur>.

<sup>4</sup> Rapport enquête auprès des groupes spécifiques, CNLS, 2004,

clés notamment les MSM et les TS qui ont une forte prévalence et font face à la violence, la stigmatisation et la discrimination.

### **2.3 Les camionneurs**

---

La séroprévalence chez les camionneurs est de 16,2% (GARP 2012).

Une étude réalisée en 2005<sup>5</sup>, montre que 17,7% des camionneurs ont affirmé avoir présenté une IST au cours des 12 derniers mois.

D'après le Rapport d'évaluation des indicateurs de PPSAC<sup>6</sup> :

- Seulement 28% des camionneurs ont des connaissances complètes sur le VIH/Sida ; 50% des Camionneurs se considèrent comme étant à risque d'infection à VIH ;
- 45% des camionneurs ont affirmé avoir effectué un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois ;
- Le nombre moyen de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois était de 2,27 ;
- 40% des camionneurs et 73% de leurs partenaires ont eu des rapports sexuels à risque, mais seulement 22% des camionneurs et 23,4% des leurs partenaires déclarent avoir utilisés un préservatif à cette occasion

La synthèse du Rapport final de l'Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) en matière de sexualité, de prévention et prise en charge des IST et du VIH/SIDA, des camionneurs de l'axe Douala-Garoua-Boulaï au Cameroun présente les résultats suivants :

- 1) En ce qui concerne les soins en cas de séropositivité, les itinéraires thérapeutiques convergent plus souvent vers les structures de santé aux alentours de la résidence de l'enquêté ;
- 2) S'agissant de la perception du SIDA et attitudes vis-à-vis des PVVIH, le Sida est une maladie dangereuse. Un peu plus de la moitié d'entre eux (54,4%) estiment ne pas être à l'abri du VIH/SIDA. On observe une tendance à la stigmatisation des PVVIH (57,8%) ;
- 3) L'utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels le long du trajet n'était pas systématique pour les camionneurs et leurs aides. 40,2% ont déclaré avoir eu des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels durant les 12 derniers mois précédents l'enquête. Les lieux d'approvisionnement en préservatif étaient la boutique (84,4%), la pharmacie (69,6%), les caisses de vente en bordure de route (52,4%) ;

D'une manière générale, il y'a très peu de données nationales sur les camionneurs. Ce qui suggère la réalisation des études pertinentes pour disposer des informations fiables et actualisées sur la cible.

Les échanges avec les camionneurs ont permis de relever que très peu de stratégies ont été déployées en direction de cette cible. Les camionneurs évoquent également l'absence d'outils de prévention adaptés à leur contexte.

### **2.4 Les Utilisateurs de drogues**

---

Bien que ce phénomène existe au Cameroun, son ampleur qui a été l'objet d'une récente étude doit d'avantage être investigué dans le cadre d'un projet de recherche opérationnel que le GTC/CNLS devra initier.

---

<sup>5</sup> Rapport de l'étude qualitative de base du projet de prévention du VIH/Sida chez les routiers. [www.iresco.org/Downloads/CamionneurRepSum.pdf](http://www.iresco.org/Downloads/CamionneurRepSum.pdf)

<sup>6</sup> Rapport d'évaluation des indicateurs de PPSAC, 2008. <http://dev.cdnss.dros-minsante-cameroun.org/en/node/497>

## **2.5 Les autres populations vulnérables**

---

### **2.5.1 Les Jeunes et adolescents (filles et garçons)**

Selon l'EDS MCS 2011, (i) seulement 28,5% connaissent le VIH/sida et les IST et rejettent des idées fausses ; (ii) 28,5% ont fait leur test VIH et connaissent leur état sérologique VIH et (iii) 37% utilisent correctement et systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels.

### **2.5.2 Les Hommes et Femmes en uniforme**

Chez ce groupe, la séroprévalence du VIH est de 6% (rapport UNGASS 2011)

### **2.5.3 Les Prisonniers**

Ils ont une séroprévalence de 8% (rapport annuel 2012 du CNLS)

### **2.5.4 Les Handicapés**

Le nombre est estimé à 3 millions de personnes au Cameroun. Cette population bénéficie de l'expression d'une grande volonté politique se traduisant par l'adoption d'une loi depuis 2010 visant à favoriser l'intégration sociale et économique des handicapés leur accès tous les services/programmes de prévention et de traitement. Malheureusement jusqu'ici aucune intervention spécifique notable n'a été faite en matière de VIH/sida en faveur de cette population victime par ailleurs de stigmatisation et de discrimination.

### **2.5.5 Les Réfugiés**

Le nombre s'est accru ses derniers temps en raison des crises socio- politiques intervenus dans des pays voisins du Cameroun et à qui une plus grande attention doit être accordée en collaboration avec le HCR.

### **2.5.6 Les Pygmées**

Le taux de séroprévalence au VIH est de 7,4% dont 10,8% pour les femmes et 3,8% pour les Hommes (EDS MICS 2011)

### **2.5.7 Les Bororos**

Ils ne bénéficient non plus d'aucune intervention en matière de lutte contre le VIH/sida.

### 3. CONTEXTE LEGAL, STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

---

Au Cameroun, les droits de l'homme, l'égalité des chances et la protection des personnes vulnérables sont garantis par la Constitution. La Constitution réaffirme l'adhésion à la déclaration universelle des droits de l'Homme ainsi qu'à certaines conventions internationales ratifiées par le pays. Parmi les conventions ratifiées par le Cameroun et qui protègent les droits humains, on peut rapidement évoquer : la Charte Africaine des droits de l'Homme et des peuples, la Convention contre la torture et autres traitements inhumains et cruels, la Convention sur l'élimination de toutes formes de discriminations à l'endroit des femmes, la Convention internationale sur l'élimination de toutes formes de discrimination raciale, la Convention internationale sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels, la Convention Internationale sur les droits de l'Enfance, le protocole de Maputo, la Charte Africaine de la jeunesse<sup>7</sup>, etc.

La loi n°2005/007 portant sur le Code de procédure pénale a été promulguée le 27 juillet 2005 et a introduit dans le droit positif camerounais de profondes innovations en matière de protection des droits de l'Homme. L'entrée en vigueur de la loi portant Code de Procédure Pénale qui unifie les systèmes juridiques anglophone et francophone en vigueur respectivement depuis 1938 et 1958 est devenue effective depuis 2007. Ce code contient des avancées significatives en matière de respect des droits de l'homme à tous les niveaux de la procédure pénale (enquête préliminaires, instructions, jugement et exécution des peines).

#### 3.1 En lien avec le statut sérologique

---

Il n'existe pas de législation, ni de réglementation spécifique sur le VIH. La protection des droits sociaux des Personnes Vivant avec le VIH demeure assurée par les textes régissant la vie professionnelle et familiale. Toutefois, la Commission Nationale des Droits de l'Homme et des Libertés dispose d'une sous-commission des questions spéciales qui peut recevoir et traiter des questions concernant les droits de l'Homme dans le contexte du VIH. Le Ministère de la justice a aménagé son organigramme en créant une direction des Droits de l'Homme et de la Coopération Internationale, avec pour objectif d'ancrer la culture des Droits de l'Homme dans le système judiciaire et pénitentiaire.

Une étude<sup>8</sup> réalisée par le RéCAP+ montre que la stigmatisation et la discrimination en l'endroit des PVVIH demeurent très accentuées au Cameroun. 23% des enquêtés en ont été victimes au moins une fois d'une perte d'emploi au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête. 47% à cause de leur statut sérologique positif au VIH, 13% pour les faits de discrimination exercée par l'employeur ou les collègues, 10% ont été refusés de promotion en raison de leur statut sérologique. La connaissance/le soupçon/l'imputation du statut séropositif est la principale raison pour laquelle les enquêtés ont rapporté une expérience de la Stigmatisation et Discrimination de la part d'autres personnes. Ainsi, on note 81% d'exclusion aux activités familiales, 78% d'exclusion des activités ou manifestations sociales, 72% d'exclusion des activités religieuses ou lieux de culte, 66% de victimes aux commérages, 61% de victimes aux insultes, harcèlement ou menaces verbales. 70% des initiateurs d'agressions physiques vis-à-vis des PVVIH se retrouvent en dehors des ménages de ces derniers. 17% d'agressions physiques sont faites par un autre membre du ménage et 12% d'agressions physiques sont provoqués par le partenaire de l'enquêté (13% de femmes qui agressent contre 9% d'hommes).

---

<sup>7</sup> Rapport préliminaire pays de l'UNGASS 2011

<sup>8</sup> RéCAP+, Index de la stigmatisation et la discrimination au Cameroun, 2012

Au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête, du fait de leur statut sérologique VIH positif, 5% des enquêtés se sont vus refusés les services de santé sexuelle, de santé reproductive et de planification familiale, 3% ont été renvoyés, suspendus ou interdits d'accès dans une institution d'enseignement au moins une fois, et se sont vus refuser au moins une fois l'accès à des services de santé, y compris les soins dentaires. L'auto stigmatisation chez les PVVIH est un phénomène réel qui se vit sous diverses formes: La honte est la forme d'auto-stigmatisation la plus vécue par les PVVIH : 35% de répondants. Le sentiment de culpabilité est ressenti par 30% des répondants. Le blâme de soi-même par 29%; alors que le blâme des autres n'est que de 21%. La piètre estime de soi 18%. Ceux qui pensent qu'ils devraient être punis représentent 9% de l'ensemble des répondants. 5% ont eu envie de se suicider.

**Les populations clés vivant avec le VIH souffrent d'une double stigmatisation du fait de leur statut sérologique d'une part et en raison de leur orientation sexuelle d'autre part.**

### **3.2 En lien avec l'orientation sexuelle et l'identité de genre**

---

Le Code pénal camerounais en vigueur pénalise les rapports sexuels entre personnes de même sexe à travers l'Article 347 bis, qui stipule qu': *Est puni d'un emprisonnement de six mois à cinq ans et d'une amende de 20.000 à 200.000 francs, toute personne qui a des rapports sexuels avec une personne de son sexe.*

Les HSH, et de manière générale les LGBTI, vivent au Cameroun dans un contexte marqué par la condamnation, la pénalisation<sup>9</sup>. et le rejet social de tout comportement homosexuel.

Un tel contexte peut avoir pour conséquence de compromettre le respect et la protection des droits en santé, des droits sexuels et du droit à la vie privée de ce sous-groupe de population. Des cas d'arrestation des LGBTI ont été observés dans le pays. Très peu d'arrestations sont justifiées des flagrants délits de rapports sexuels ou jeux amoureux entre partenaires de même sexe sur la place publique. La sont liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre supposée ou apparente.

D'après le Plan de gestion des risques de la mise en œuvre des interventions du Round 10, élaboré par la CAMNAFAW, les LGBTI sont également victimes à des degrés variables :

- d'agressions physiques ou verbales de la part de l'entourage,
- de rejet par la famille pour les plus jeunes,
- de stigmatisation, discrimination ou non-respect de la confidentialité sur leur l'orientation sexuelle en milieu de soins ;
- de chantage par l'entourage sous peine de dénonciation de son orientation sexuelle présumée comme homosexuelle.
- de violences sexuelles de la part de proches ou de voisins, en particulier envers les lesbiennes, visant à les "corriger" ou à les "forcer à devenir hétérosexuelles".

L'intégration des LGBTI dans la société est aussi rendue difficile par le fait que les populations établissent un lien entre les comportements homosexuels et la sorcellerie ou l'appartenance à certaines sectes.

---

<sup>9</sup> Stratégie de mise en œuvre des interventions en faveur des groupes de populations les plus exposées au VIH dans le cadre du programme VIH série 10 au Cameroun, CAMNAFAW, 2012



Le fait de ne pas respecter et protéger les droits en santé, les droits sexuels et le droit à la vie privée des LGBTI a vraisemblablement pour conséquence d'accentuer leur vulnérabilité au VIH et leur 'rôle' de passerelle de l'épidémie vers la population générale. En effet, la majorité des LGBTI sont amenés à dissimuler leur orientation sexuelle pour se conformer aux « normes » en ayant un partenaire officiel de sexe opposé tout en poursuivant des liaisons homosexuelles clandestines. Les HSH qui sont rejetés par leur famille peuvent être amenés à recourir à la prostitution pour survivre.

D'après le rapport « Coupables par association : violations des droits humains commises dans l'application de la loi contre l'homosexualité au Cameroun » produits par les organismes Human Right Watch, CAMFAIDS, Alternatives Cameroun et ADEFHO, 51 arrestations pour homosexualité ont été documentées depuis 2005.

Les rapports 2011 et 2012 du ministère de la justice sur les droits de l'homme indiquent les statistiques de la justice sur les arrestations pour homosexualité :

Année	Nombre d'enquêtes	Nombre de poursuites	Nombre de affaires jugées	Nombre de condamnations	Nombre de demandes d'abandon des poursuites / d'acquittements	Nombre de victimes
2011	36	12 dans le cadre d'enquêtes judiciaires, 25 par des tribunaux de première instance	16	14	02	21 hommes adultes et 08 enfants
2010	27	20	09	08	01	07 hommes adultes et 12 enfants

### 3.3 En lien avec le travail du sexe

Le Code pénal camerounais en vigueur pénalise le travail du sexe à travers l'Article 343 du Code pénal, qui stipule : (1) Est punie d'un emprisonnement de six mois à cinq ans et d'une amende de 20.000 à 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 gestes, paroles, écrits ou par tous autres moyens, au racolage de personnes de l'un ou l'autre sexe.

Malgré un cadre légal qui pénalise la pratique de la prostitution, il n'a pas été rapporté de cas de TS ayant été jugée et condamnée en application de l'article 343 (nouveau). L'on est donc dans le cas d'une pratique interdite par la loi mais tolérée par les autorités et la population. Il n'en demeure pas moins que les TS sont exposées à certains risques dans l'exercice de leur activité.

En effet, à l'occasion des contrôles de la police, les TS font parfois l'objet d'arrestation, bien souvent pour le motif de ne pas disposer de pièce d'identité. Celles-ci sont le plus souvent libérées après le paiement d'une somme de 3.000 Francs CFA environ. Dans certains cas, les TS sont victimes de violences sexuelles ou amenées à avoir des rapports sexuels non protégés en échange d'une

libération. Ces situations sont beaucoup plus observées avec les TS mobiles qu'avec les TS fixes (TS recevant les clients à domicile). Les TS sont également victimes, à une moindre mesure que les HSH, de stigmatisation, discrimination ou non-respect de la confidentialité en milieu de soins.

Le rapport 2010 du Ministère de la Justice sur la situation des droits de l'homme au Cameroun indique 25 enquêtes, 25 poursuites, 14 causes entendues et déterminées et 9 condamnations pour prostitution au Cameroun en 2010.

Tout en se réjouissant des avancées connues ces dernières années au Cameroun, notamment la décentralisation de l'accès aux antirétroviraux et leur gratuité, la stabilisation de l'épidémie VIH, le financement de programmes ciblant les populations les plus exposées aux risques, les professionnels du sexe déplorent l'absence d'actions spécifiques envers de leurs collègues masculins et transgenres. Ils recommandent que les programmes de lutte contre le VIH ciblant les travailleurs du sexe soient plus inclusifs et prennent en compte leurs différences. Ils sollicitent des outils de prévention du VIH et des IST et de services adaptés et non-stigmatisant.

**Tableau 1:** Récapitulatif des facteurs de vulnérabilité et de risque des populations clés

Populations cibles	Facteurs de vulnérabilité	Facteurs de risque
Les Travailleurs de sexe	Pauvreté récurrente, itinéraire social d'exclusion, violence, filles mères, exclusion scolaire, Absence de protection matrimoniale ou familiale, Faiblesse des autres systèmes de protection, situation monoparentale, faiblesse de l'accès à la prévention au traitement et soins...Stigma et discrimination	Multi partenariat sexuel, rapports sexuels non protégés, Précocité des rapports sexuels, prévalence élevée du VIH et des IST, faible pouvoir de négociation des rapports protégés, usage de drogues
Les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)	Homophobie, Marginalisation sociale, faible accès aux services de prévention et de prise en charge, faible accès aux services de prévention et de soins, ...	Multi partenariat sexuel, rapports sexuels non protégés, faiblesse de la fréquentation des services de prévention et de soins, faible conscience du risque VIH,
Les PVVIH	Discrimination, stigmatisation, pauvreté, chômage	Séropositivité, rapports sexuels non protégés
Les Camionneurs/transporteurs	Célibat géographique, mobilité, faible connaissance sur le VIH et les IST	Rapports sexuels non protégés, Multi partenariat sexuel, alcool, usage de drogues

*Source : PNUD, Rapport d'analyse des besoins sur les populations à risque dans le contexte du VIH de la ville de Douala, janvier 2013*

#### 4. LEÇONS APPRISES DE LA MISE EN ŒUVRE DU ROUND 10 PAR LE PR DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

---

##### 4.1 Présentations générales

---

Cette proposition cible «l'accès Universel pour la PTME, la prise en charge globale des PVVIH et la prévention du VIH auprès des populations les plus exposées au Cameroun».

Le second but et 14 objectifs qui s'y rattachent visent à réduire les nouvelles infections par le VIH parmi les populations les plus exposées notamment les TS, les HSH et les camionneurs. L'atteinte de ce but passera par une amélioration de l'accès aux services de prévention ainsi que la réduction de la stigmatisation et la discrimination envers les TS, les HSH et les camionneurs.

La stratégie consiste à assurer l'accès aux services de prévention du VIH et ceux visant à réduire la discrimination aux TS (12.672), HSH (4.608) et camionneurs (37.440 durant la première phase de mise en œuvre du programme).

Les principales interventions sont :

- Communication pour le changement de comportements ;
- Promotion et distribution des condoms et des gels lubrifiants ;
- Diagnostic précoce et prise en charge syndromique des IST ;
- Promotion et offre de services de conseil et dépistage volontaire ;
- Lutte contre la stigmatisation et discrimination.

Le programme fourni aux populations les plus exposées un paquet de services incluant la communication pour le changement de comportements, l'accompagnement dans la mise en œuvre des mesures de changement (distribution de condoms et lubrifiants, les facilités d'accès aux services de prise en charge syndromique des IST et de conseil et dépistage volontaire du VIH), la création d'un environnement favorable à l'épanouissement des populations bénéficiaires (avec les actions visant à lutte contre la stigmatisation et la discrimination). Toutes ces prestations, qui sont complémentaires et synergiques, sont mises en place de manière concomitante.

Le volet communautaire de cette proposition est mis en œuvre par l'ONG CAMNAFAW qui est en le Bénéficiaire Principal. CAMNAFAW travaille avec deux sous-bénéficiaires Care and Health Programme (CHP) et Presse Jeune Développement (PJD).

**CHP** est responsable de la mise en œuvre des activités de CCC auprès des TS et des Camionneurs, ainsi que de la coordination générale des activités menées dans les formations sanitaires. CHP jouit de son expérience passée dans le R5 où elle amené des activités similaires.

**Presse Jeunes Développement** est responsable de l'élaboration du guide et des supports de CCC, de l'organisation des réunions de plaidoyer et des rencontres d'échange d'expérience.

## **4.2 Principales leçons apprises par les Bénéficiaires Principaux, les Sous-Bénéficiaires et les OBC10**

---

- Travailler avec le Fonds Mondial renforce les méthodes managériales et la gouvernance des organisations bénéficiaires de sa subvention ;
- Les négociations dans de telles subventions doivent se faire à la fois avec des experts financiers et avec les experts des programmes ; faute de quoi les priorités financières vont affecter négativement les stratégies et la cohérence des programmes ;
- Dans de tels programmes qui touchent des populations clés, il est opportun de faire d'une organisation identitaire un sous-récepteur lorsqu'elle a des capacités nécessaires ; elle pourra alors être un observateur pertinent des réalités et contraintes de la subvention

## **4.3 L'expérience de mise en œuvre du présent projet a fait retenir certaines leçons.**

---

### **1. Le partenariat:**

Communiquer davantage avec les partenaires.

### **2. Le Contexte :**

Travailler dans un contexte difficile peut conduire à craindre une exposition ;

### **3. La négociation :**

La morosité financière internationale, les échecs passés et l'expérience nouvelle (celle du Fonds Mondial) à conduire à des décisions qui ont perturbé l'esprit du projet ;

### **4. La prise d'initiative :**

Le PR a souvent trop attendu les avis du secrétariat du FM avant d'engager certaines dépenses. Ceci a contribué très grandement au retard dans la mise en œuvre des activités. D'où la nécessité d'anticiper, de prendre le leadership et d'être proactif dans la mise en œuvre d'un programme d'une telle envergure.

### **5. Le respect des procédures financières et programmatiques.**

Bien que ce respect strict ait aussi été la cause des retards, cela contribue à la prudence et au respect des engagements pris.

---

<sup>10</sup> Rapports des missions de suivi de l'ICN dans le cadre du projet «Increasing the performance and quality of the global fund HIV/aids funded activities in cameroon », UNICEF, CCM - CTS, Octobre et Novembre 2013, Février 2014

## 5. RAISONS POUR LES QUELLES IL FAUT INVESTIR SUR LES POPULATIONS CLES.

---

### **Le Fonds mondial définit les populations-clés comme suit :**

« Les populations-clés sont exposées à un risque et à une charge de morbidité élevés relatifs aux trois maladies. Leur accès aux services pertinents est nettement inférieur à celui du reste de la population. Des efforts spécifiques et des investissements stratégiques sont donc nécessaires pour renforcer la couverture, l'équité et l'accessibilité. Ces populations se heurtent fréquemment aux violations des droits de l'homme, font face à de nombreux obstacles qui entravent l'accès aux services et leurs recours sont limités puisqu'elles sont systématiquement privées de leurs droits et victimes d'une marginalisation et d'une criminalisation sociales et économiques. Elles fournissent des informations, des conseils et une supervision de grande valeur aux organisations chargées de la mise en œuvre et au Fonds mondial en tant que membres du Conseil d'administration, membres du personnel, bénéficiaires des subventions, prestataires d'assistance technique et bénéficiaires, grâce à leur expérience directe et à leur investissement personnel dans la lutte contre les trois maladies. »

Les populations-clés incluent notamment les prisonniers, les migrants, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les femmes et les filles, les jeunes, les personnes handicapées, les professionnels du sexe et leurs clients, les consommateurs de drogues injectables, les populations autochtones et les personnes déplacées.

### **5.1 La constitution de la République du Cameroun**

---

Dans le préambule de sa constitution, le peuple camerounais :

Proclame que l'être humain, sans discrimination de race, de religion, de sexe, de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés ;

Affirme son attachement aux libertés fondamentales inscrites dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Charte des Nations Unies, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples et toutes les conventions internationales y relatives et dûment ratifiées, notamment aux principes suivants :

- ⌘ Tous les hommes sont égaux en droits et en devoirs. L'Etat assure à tous les citoyens les conditions nécessaires à leur développement ;
- ⌘ L'Etat assure la protection des minorités et préserve les droits des populations autochtones conformément à la loi ;
- ⌘ La liberté et la sécurité sont garanties à chaque individu dans le respect des droits d'autrui et de l'intérêt supérieur de l'Etat ;
- ⌘ Tout homme a le droit de se fixer en tout lieu et de se déplacer librement, sous réserve des prescriptions légales relatives à l'ordre, à la sécurité et à la tranquillité publics ;
- ⌘ Le domicile est inviolable. Nulle perquisition ne peut avoir lieu qu'en vertu de la loi ;
- ⌘ Le secret de toute correspondance est inviolable. Il ne peut y porté atteinte qu'en vertu des décisions émanant de l'autorité judiciaire ;
- ⌘ Nul ne peut être contraint de faire ce que la loi n'ordonne pas ;

- ⌘ Nul ne peut être poursuivi, arrêté ou détenu que dans les cas et selon les formes déterminées par la loi;
- ⌘ La loi assure à tous les hommes le droit de se faire rendre justice ;
- ⌘ Tout prévenu est présumé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité soit établie au cours d'un procès conduit dans le strict respect des droits de la défense ;
- ⌘ Toute personne a le droit à la vie et à l'intégrité physique et morale. Elle doit être traitée en toute circonstance avec humanité. En aucun cas, elle ne peut être soumise à la torture, à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ;
- ⌘ L'Etat garantit à tous les citoyens de l'un et l'autre sexes, les droits et libertés énumérés au préambule de la Constitution.

En son article premier et alinéa 2, *elle assure l'égalité de tous les citoyens devant la loi.*

## **5.2 La question des femmes, des filles et de l'égalité de genre**

---

La stratégie en faveur de l'égalité de genre, approuvée par le Conseil d'administration du Fonds mondial en 2008, réaffirme l'engagement de cet organisme vis-à-vis des questions de genre. Cette stratégie encourage les initiatives qui traitent des inégalités entre les genres et renforcent les actions en faveur de la cause des femmes et des filles. Le Fonds mondial reconnaît que les hommes et les femmes ont un accès inégal aux services de santé, et que la réponse apportée à ces trois maladies doit devenir plus efficace et équitable. Les hommes et les femmes de tous âges doivent être ciblés, impliqués et bénéficier équitablement des ressources du Fonds mondial.

Les interventions sensibles au genre et visant à le transformer doivent chercher à résoudre les problèmes immédiats et de long terme liés à la protection sociale de la santé et aux droits de l'homme. Il s'agit notamment d'interventions ciblant les besoins spécifiques des femmes, filles, hommes et garçons vulnérables, des professionnels du sexe, des prisonniers et des consommatrices de drogues. Ces interventions portent aussi sur les déterminants de la santé, notamment les questions structurelles et relatives aux droits, les normes néfastes, la législation, les comportements, ainsi que la stigmatisation et la discrimination institutionnelles. Grâce à des approches sensibles ou visant à transformer le genre, les inégalités en matière de santé peuvent être traitées plus systématiquement de façon à obtenir de meilleurs résultats pour les trois maladies. Les femmes et les hommes doivent travailler ensemble pour atteindre l'égalité de genre et des résultats positifs pour la santé. La combinaison d'interventions consacrées au VIH et à la santé sexuelle et reproductive peut permettre d'améliorer les résultats pour la santé des femmes en étendant l'accès aux soins, en améliorant la qualité des soins, en réduisant la duplication des ressources et en diminuant la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Cela peut être concrétisé par l'intégration d'interventions en matière de santé sexuelle et reproductive dans les services spécialisés pour le VIH ou par l'intégration de la lutte contre le VIH dans les services de santé sexuelle et reproductive.

## **5.3 Les droits de l'homme dans le cadre des subventions liées au VIH, à la TB, au paludisme et au renforcement des systèmes de santé**

---

Le Comité technique d'examen des propositions du Fonds mondial précisait ceci dans son rapport de 2012 : « *Pour garantir une mise en œuvre efficace du programme, le Comité technique d'examen des propositions recommande d'aviser les candidats que toutes les questions relatives aux droits de l'homme doivent tenir une place essentielle dans les discussions sur les modalités de la mise en œuvre de la proposition et que le non-respect de cette consigne compromettra toute candidature.* »

Les candidats de la première phase du nouveau modèle de financement qui ont inclus des programmes solides relatifs aux droits de l'homme dans leurs notes conceptuelles et leurs budgets ont reçu des appréciations positives du Comité technique d'examen des propositions.

En matière de santé et de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, une démarche fondée sur les droits de l'homme implique l'intégration des normes et des principes relatifs à ces droits dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre les maladies. Ces principes comprennent notamment la dignité humaine, la non-discrimination, la transparence et la responsabilité. Adopter une démarche fondée sur les droits de l'homme signifie aussi responsabiliser les groupes vulnérables et les populations-clés, assurer leur participation aux processus décisionnels les concernant et intégrer des mécanismes de responsabilité auxquels ils peuvent accéder. **La démarche fondée sur les droits de l'homme ne constitue pas un ensemble distinct de modules et d'indicateurs dans le cadre de mesure mais est décrite dans le champ d'application des services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.**

Les interventions basées sur les droits de l'homme comprennent, sans s'y limiter, les quatre domaines d'activité suivants :

- i. Lois et politiques : comprend notamment des consultations relatives aux réformes du droit, les recherches en droit, la rédaction de projets de lois et de politiques proposées et les campagnes de sensibilisation.
- ii. Formation et renforcement des capacités : comprend notamment les formations juridiques et les méthodes d'application des lois destinées aux agents de police, aux agents des services de justice pénale, aux agents de santé, aux organisations de femmes et aux populations-clés affectées. Malgré l'importance des formations et du renforcement des capacités, les candidats doivent être conscients du fait que, combinée à des lois et à des politiques justes et systématiquement mises en application, une formation peut se révéler encore plus efficace.
- iii. Activités d'application du droit : comprend les services et permanences d'aide juridique dédiés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux personnes transgenres, aux professionnels du sexe et aux personnes vivant avec le VIH (en particulier les populations-clés vivant avec le VIH), le dépôt de plaintes et de requêtes auprès des commissions nationales des droits de l'homme, la mise en place de mécanismes indépendants d'examen des plaintes et de médiation au niveau des hôpitaux, ou tout autre mécanisme ouvrant l'accès à des mécanismes de recours.
- iv. Suivi : comprend le suivi et la communication publique de l'information par des médiateurs ou des tribunaux, les enquêtes sur les violations des droits de l'homme menées par des organisations communautaires et la présentation des rapports officiels et non officiels auprès des mécanismes des Nations Unies pour la défense des droits de l'homme, tels que le Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Les activités de suivi doivent également inclure l'évaluation et l'atténuation des risques pour les dénonciateurs. De plus, les candidats peuvent demander une aide dans le cadre d'activités de renforcement des systèmes communautaires contribuant à enrayer la stigmatisation, notamment des groupes de soutien aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux personnes transgenres et aux professionnels du sexe.

Source : Fonds Mondial

#### 5.4 Réponses relatives aux TS, aux MSM et aux personnes transgenres dans le cadre de l'épidémie du VIH

---

La stratégies du Fonds mondial en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (2009) et en matière d'égalité des genres (2008), encouragent tous les partenaires, notamment les partenaires publics, techniques et de la société civile, à concentrer leur attention sur les vulnérabilités liées au VIH des personnes marginalisées en raison de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre ou de leurs comportements sexuels consentis, qu'ils soient réels ou supposés.

Les populations-clés ciblées par ces actions sont :

- les professionnels du sexe (hommes, femmes ou personnes transgenres ayant des rapports sexuels rémunérés, ainsi que leurs clients) ;
- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- les partenaires sexuelles des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- les personnes transgenres (hommes et femmes transgenres, transsexuels et personnes intersexuées) ;
- les autres minorités sexuelles (femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes).

#### 5.5 Renforcement des systèmes communautaires

---

Parmi les réponses au VIH les plus efficaces qui ont été apportées aux populations-clés affectées, nombreuses sont celles à l'avoir été dans des environnements communautaires, souvent par des pairs. Cependant, il arrive souvent que ces communautés ne disposent pas des ressources nécessaires pour devenir des partenaires efficaces dans la lutte nationale contre le VIH. Le financement d'activités permettant de renforcer les réponses communautaires est susceptible d'avoir un effet positif. Outre les services et les programmes, les candidats sont également invités à se concentrer sur les faiblesses du système qui affectent l'accès aux services par les populations-clés affectées et à solliciter des ressources en vue du renforcement des systèmes communautaires. Ces interventions peuvent reposer sur le renforcement des capacités, le financement des activités de base pour les réseaux et organisations de populations-clés affectées, le matériel et les infrastructures, l'établissement d'un partenariat pour les organisations qui représentent les minorités sexuelles ou qui interviennent auprès d'elles, ainsi que l'établissement d'un partenariat entre les réseaux de personnes vivant avec le VIH et les réseaux de populations-clés affectées.

**Tableau 2 : Le cadre de renforcement des systèmes communautaires.- Six éléments fondamentaux des systèmes communautaires :**

1. **Environnements propices et sensibilisation** : y compris l'engagement et la sensibilisation communautaires aux fins d'améliorer les environnements politiques et juridiques et le cadre de gouvernance et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.
2. **Réseaux, relations, partenariats et coordination communautaires** : favoriser des activités, des prestations de services et une sensibilisation efficaces, optimiser l'utilisation des ressources et l'impact et travailler de façon coordonnée, en collaboration.
3. **Renforcement des ressources et des capacités** : y compris les *ressources humaines* ayant des capacités



personnelles, techniques et organisationnelles adaptées, les *ressources financières* (notamment un financement opérationnel et de base) et *matérielles* (infrastructures et informations, ainsi que technologies et produits médicaux et autres indispensables).

**4. Activités communautaires et prestation de services :** accessibles à tous ceux qui en ont besoin, fondées sur des éléments probants et s'appuyant sur une évaluation par la communauté des ressources et des besoins.

**5. Renforcement de l'organisation et des capacités de direction,** y compris la gestion, la responsabilisation et les capacités de direction des organisations et des systèmes communautaires.

**6. Suivi et évaluation et planification,** y compris des systèmes de suivi et d'évaluation, l'évaluation de la situation, la collecte et la constitution de preuves, l'apprentissage, la planification et la gestion des connaissances.

Lorsque tous ces aspects sont renforcés et fonctionnent correctement, ils contribuent :

- à l'amélioration des résultats en matière de santé et de bien-être ;
- au respect de la santé des personnes et de leurs autres droits ;
- à la protection sociale et financière ;
- au renforcement de la réactivité et de l'efficacité des interventions menées par les communautés ; et
- au renforcement de la réactivité et de l'efficacité des interventions menées par les services

**Source :** Le cadre de renforcement des systèmes communautaires renforcement des systèmes communautaires – Fonds Mondial

## **5.6 Le défi de la combinaison des programmes TB et VIH dans les pays durement touchés**

---

Le Cameroun fait partie de la liste des 38 pays devant soumettre des notes conceptuelles conjointes tuberculose-VIH dans le cadre du nouveau modèle de financement, ce que les experts des deux domaines estiment non seulement nécessaire et bénéfique, mais également difficile à mettre en œuvre.

La décision prise par le Fonds mondial de demander aux pays à fort taux de coïnfection tuberculose/VIH de soumettre des notes conceptuelles conjointes a été annoncée en octobre dernier. Elle se faisait l'écho du sentiment selon lequel des programmes distincts de lutte contre la tuberculose et le VIH dans les pays à fort taux de coïnfection gaspillaient des ressources précieuses. La plupart de ces pays se trouvent en Afrique subsaharienne, signe de l'impact de la coïnfection sur le continent. En 2012, cette région a enregistré la plupart des 1,1 million environ de nouveaux cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH.

Des statistiques inquiétantes à l'échelle mondiale soulignent également la nécessité d'une approche plus intégrée de la lutte contre ces deux maladies. Au moins un tiers des 35,3 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde sont infectées par la 'tuberculose latente' (les personnes infectées n'ont pas encore développé la maladie et ne peuvent donc pas la transmettre). Elles sont 20

fois plus susceptibles de développer une tuberculose active que les séronégatifs, et plus susceptibles d'en mourir que de toute autre maladie liée au VIH.

*« La riposte de la santé publique au VIH et à la tuberculose dans les pays durement touchés doit être pleinement intégrée. Entretenir des programmes parallèles de lutte contre le VIH et la tuberculose n'est pas une option », déclare Luiz Loures, directeur exécutif adjoint des programmes à l'ONUSIDA. « En encourageant et en facilitant des ripostes conjointes au VIH et à la tuberculose, il est possible de changer la donne. »*

Selon les experts, l'intégration sera bénéfique, car elle se traduira par une réduction de la morbidité et de la mortalité, l'amélioration des résultats de la santé et des soins fournis aux patients Co-infectés. En outre, l'intégration devrait générer de meilleures données épidémiologiques. Les économies réalisées pourront être réinvesties pour soutenir le travail de deux groupes de chercheurs, les défenseurs des droits à la santé et les spécialistes des maladies qui auraient probablement beaucoup à apprendre les uns des autres. *« Des difficultés ne manqueront certainement pas, mais il faut aller de l'avant », déclare Lucica Ditiu, Secrétaire exécutif du Partenariat Halte à la tuberculose, joint au téléphone par Aidsplan. « Un facteur essentiel consistera à susciter l'adhésion des responsables des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH à cette idée. Ils doivent comprendre à quel point cette approche est importante ».*

L'un des défis à relever est, selon les experts, le fait que ces programmes évoluent en vases clos. Dans le panthéon des programmes mondiaux de la santé et des priorités de financement, le VIH a un profil plus élevé. Cette différenciation entraîne de manière naturelle, mais évitable, des guerres intestines à surmonter non seulement par la mise en évidence des bienfaits des programmes conjoints par la recherche mais aussi un engagement profond et constant à mieux collaborer. *« Ce processus conjoint d'élaboration de note conceptuelle combinée sera utile aux pays à long terme. Il aidera les équipes qui fonctionnent de manière cloisonnée à communiquer entre elles, probablement de manière agitée et abrupte au départ, mais donnera lieu à de nombreuses économies d'échelle et synergies », selon Ellen Mitchell de la fondation de la tuberculose KNCV basée aux Pays-Bas.*

La tuberculose est la maladie opportuniste la plus fréquemment observée chez les patients infectés par le VIH vivant dans des pays à forte prévalence des deux maladies. L'épidémiologie de l'infection à VIH a des répercussions considérables sur les taux de tuberculose et la lutte antituberculeuse. A l'échelle mondiale, la tuberculose arrive au premier rang des causes de décès chez les personnes infectées par le VIH. Au Cameroun en 2011, 81% des cas de TB avaient été testés pour le VIH. Le taux de séroprévalence du VIH chez les malades tuberculeux pulmonaires à microscopie positive était de 31% et pour l'ensemble des cas de 38%. La coinfection risque de devenir encore plus importante dans l'avenir tant que l'infection à VIH se propagera dans les populations.

## 6. EXPERIENCES DES OBC

---

### 6.1 HUMANITY FIRST CAMEROON

---

#### 6.1.1 Réunions de sensibilisation du Personnel Médical.

HUMANITY FIRST CAMEROON a été créé en 2010 afin d'aider les MSM à avoir accès aux messages de prévention contre les IST, le VIH, le Sida et les Hépatites adaptés à leurs problèmes spécifiques, et fournir une aide médicale et un accompagnement psychosocial aux MSM vivant avec les VIH.

Un constat s'est dégagé après plusieurs années de prévention contre les IST et le VIH/Sida auprès de cette population hautement à risque de transmission du VIH : l'accès difficile de part le contexte social et légal hostile à ces derniers et aussi un haut niveau de stigmatisation et de discriminations dans les formations sanitaires fréquenté par ces derniers.

Humanity First Cameroon avec le concours de AMFAR a mis sur pied un système de surveillance des situations de stigmatisation et discrimination dans les formations sanitaires afin d'en ressortir les causes et les effets sur l'avancée de la lutte contre le VIH et la prise en charge des MSM. Un rapport général a été produit, un programme de formation et de sensibilisation des prestataires de santé a été mis en place afin de réduire la stigmatisation et la discrimination au sein des hôpitaux, afin de garantir une réel prise en charge de MSM infecté par les VIH et à ceux souffrant des IST spécifiques. En termes de résultat une formation du personnel médical a été organisée et des séances de sensibilisation ont été tenues dans sept hôpitaux publics de Yaoundé.

#### 6.1.2 Leçons apprises

- La stigmatisation et la discrimination accroît la vulnérabilité des MSM et freine leur accès à la prise en charge du VIH,
- La stigmatisation et la discrimination des prestataires de santé en direction des MSM est souvent le fait de l'ignorance et des préjugés sociaux,
- Une formation continue et une sensibilisation constante de ces derniers améliorent leur perception des MSM et la qualité du service offert dans les formations sanitaires.

#### 6.1.3 Recommandations :

- Accentuer les programmes de formation des prestataires de santé à un accueil sans stigmatisation et discrimination de MSM dans les Formations Sanitaires ;
- Intégrer les affections et infection spécifiques des MSM dans les curricula de formation des prestataires de santé.
- Créer des cadres d'échange formel entre les prestataires de santé et les acteurs communautaires sur les questions de prise en charge des affections spécifiques des MSM pour une meilleur compréhension et imprégnation de ces derniers.



## 6.2 Alternatives-Cameroun (Douala, Cameroon): Offering comprehensive goodwill programming in a challenging environment

---

### 6.2.1 Stratégies:

- Establishing strong, savvy community leadership
- Providing comprehensive wellness programs
- Developing programs that reach MSM where they are – online, at home, in clubs
- Cultivating civil society allies

In 2005–06, 11 men from Douala were imprisoned for more than 12 months. Their crime: having gone to a nightclub known to be frequented by homosexuals, and not having enough money to bribe the police. After intense local and international pressure, the acquittal of these 11 men became a watershed event for MSM in Cameroon, galvanizing activists to scale up activities aimed at reducing the spread and impact of HIV among MSM.

Alternatives-Cameroun is a beacon of hope for MSM in a country where extortion and police harassment of MSM are still quite common. Led by a team of professionals (among them doctors, lawyers, media practitioners, and other healthcare providers) who are also activists, Alternatives has developed a comprehensive wellness model for meeting the HIV-related needs of MSM.

The core of Alternatives' programming is the Access Centre—a wellness center for MSM that offers primary healthcare services and referrals, and hosts discussions, debates, and support groups. Along with basic services, the center provides a safe space for MSM to feel valued and find a sense of community. Through an outreach program to various health centers and civil society partners, the Access Centre offers a referral network to assist MSM in securing much-needed help with legal support and vocational training.

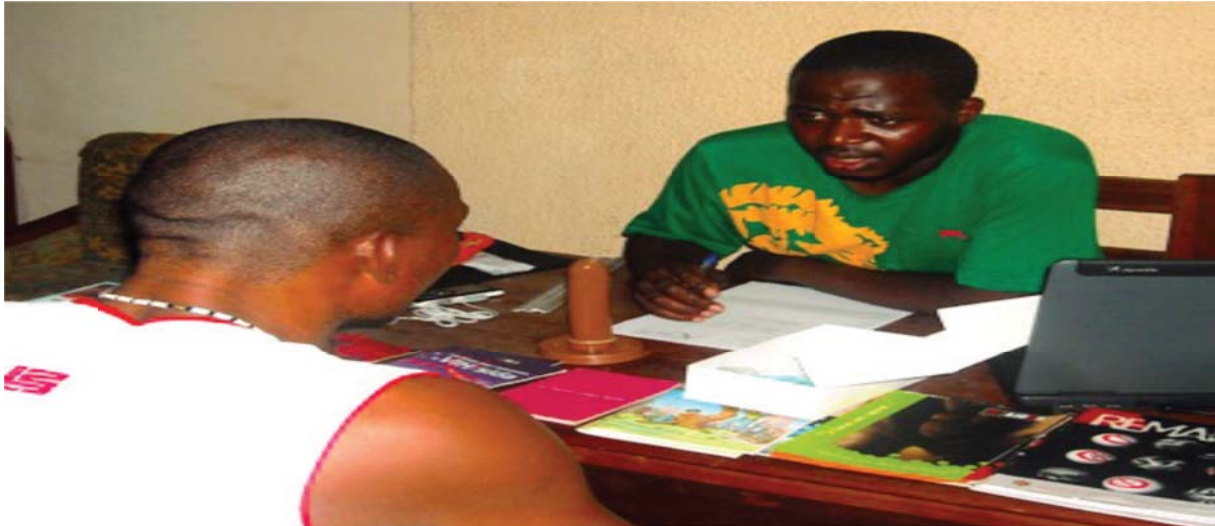
In addition to traditional street and bar outreach, Alternatives-Cameroun utilizes culturally specific approaches to inform, empower, and motivate hidden MSM. Uniquely, the organization has adopted an old West African tradition known as Grins to make contact with MSM who might not be reached through lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) venues. A Grins is a collective of men who gather for social support in a member's home. Alternatives set up numerous Grins throughout Douala, training leaders to offer HIV risk reduction information as well as referral to its Access Center.

Additionally, Alternatives recognized the need to make contact with men online through sexual networking websites. *"Clearly, MSM are meeting each other online and making connections for sex – it is only right that we be there to inform and empower them to play safe,"* says Steave Nemande, president of Alternatives-Cameroun. The organization now trains online peer educators to surf various websites used by MSM in Cameroon, befriending and informing men about HIV risk reduction strategies and offering social support in an anonymous manner. This Internet outreach has produced an increase in the uptake of Alternatives' primary health services.

The growth and success of Alternatives-Cameroun has led to increased support from other civil society organizations, primarily in the health and legal sectors. The help of their allies has encouraged

the group to move forward with plans to more forcefully advocate the decriminalization of same-sex behaviour.

The comprehensive nature of their program (outreach, education, social support, and healthcare services and referrals) has had a measurable impact on the health and well-being of MSM in Douala. In light of their success, Alternatives is expanding its reach throughout Cameroon and is making plans to work with MSM communities in Yaoundé and Buea.



Alternatives Access Centre's medical director conducting a behavior change communication session with a client (Photo: Alternatives)

### **6.3 Affirmative Action à travers son projet: "Accompagnement des HSH par les travailleurs sociaux".**

---

En réalité, le but de l'association Affirmative Action est de contribuer auprès du gouvernement, à réduire l'incidence et les effets du VIH et du Sida sur les HSH.

Le projet ci-dessus cité pour sa part, mis en œuvre entre 2012 et 2013, visait à réduire l'incidence de la maladie à travers une action sociale pilote informelle et directe auprès des HSH et leurs familles en vue de les amener à adhérer sans complexes à une prise en charge globale. L'affiche qui suit présente les détails du dit projet.

### 6.3.1 Affiche de présentation résumée du projet "Accompagnement des HSH par les travailleurs sociaux".



Homophobie et action sociale au Cameroun : cas de l'accompagnement des HSH par les travailleurs sociaux avec l'association identitaire « Affirmative Action » à Yaoundé Cameroun, 2012-2013.

#### Contexte

Au Cameroun, la prévalence du VIH est de 4,3%. Une récente étude de Care Cameroun a montré que chez les HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), les taux d'infection au VIH sont supérieurs, soit 44% à Yaoundé et 24% à Douala par exemple. Malgré ce signal d'alarme, le contexte camerounais très homophobe limite les actions contre le VIH/sida par une absence de stratégie explicite contre la pandémie auprès des HSH, et enrichit ainsi la stigmatisation et la discrimination.

#### Objectif

Réduire l'incidence de la maladie à travers une action sociale pilote informelle et directe auprès des HSH et leurs familles en vue de les amener à adhérer sans complexes à une prise en charge globale..

#### Méthodologie

- Causeries éducatives au sein de l'association et « cafés VIH » pour des Jeunes LGBT
- Médiations familiales pour les HSH séropositifs rejetés, parfois en situation d'indigence extrême
- Accompagnement en milieu hospitalier et écoute individualisée

- La chambre de refuge

#### Activités

##### - Organisation des causeries éducatives :

Les causeries éducatives sont animées par l'assistante sociale bénévole à Affirmative Action sur des thèmes pertinents que les pairs éducateurs ramènent des grins où ils exercent leurs activités de sensibilisation.

##### - Organisation des « Café VIH » :

Ce sont des séances animées, soit par des pairs éducateurs volontaires de Affirmative Action, soit par l'assistante sociale. Les personnes présentes à ces séances sont majoritairement des jeunes HSH séropositifs.

Café VIH



-**Médiations familiales** : Ce sont des activités pendant lesquelles l'assistante sociale rencontre les membres des familles des HSH séropositifs vivant dans le rejet. Dans la plupart des cas, ce sont des jeunes élèves ou étudiants financièrement dépendant, victimes d'un double stigma: leur séropositivité et leur orientation sexuelle. Activité très délicate, elle a tout son sens dans un contexte socioculturel et mystico religieux où l'homosexualité est criminalisée.

##### - Accompagnement en milieu hospitalier et écoute:

Les jeunes HSH séropositifs bénéficient du soutien de l'association Affirmative Action qui en cas de possibilité supporte les frais médicaux. Il existe un système de solidarité entre les membres pour accompagner les personnes qui ont état physique altéré.

L'assistante sociale renforce cette action par un counseling et une éducation thérapeutique et recherche les moyens nécessaires à leur prise en charge.

##### -La chambre de refuge:

Grace à la « Rainbow Solidarité » et via la Fondation de France, Affirmative Action dispose d'une chambre de refuge où les LGBT victime de rejet peuvent séjourner le temps qu'une médiation familiale soit effectuée en vue de leur réinsertion.

Chambre de refuge



#### Résultats

- Obtention d'un médecin bénévole au sein de l'association
- Plus de 200 HSH sensibilisés à travers une dizaine de causeries éducatives
- 02 médiations familiales réussies
- Plus de 50 HSH suivis dans les structures hospitalières de la ville
- Conviction d'autres travailleurs sociaux
- une chambre de refuge disponible

#### Difficultés

- Réticence de plusieurs HSH ne se sentant pas en sécurité
- Stigmatisation et SMS de menaces à l'endroit du travailleur social
- Insuffisance de moyens d'appuis en examens biologiques, traitement des IO, insertion sociale
- Pérennité de la chambre de refuge

#### Conclusions et perspectives

La prévalence chez les HSH nécessite une action sociale d'urgence (suivi psychologique et social, assistance via des activités génératrices de revenus, etc.) car marginalisés, ils souffrent de la double sanction du VIH et de la discrimination et sont obligés de vivre dans « une clandestinité dangereuse » ou d'entamer involontairement le travail du sexe.

**Affirmative Action exprime sa gratitude à tous ceux qui de près ou de loin ont participé à la réussite de leurs activités.**

Contact : **Serge DOUOMONG YOTTA & Rostand VONDAB TENTCHIMOU**, Directeur et Président d'Affirmative Action,, BP: 14760 Yaoundé Cameroun, E-mail: [action\\_affirmative@yahoo.fr](mailto:action_affirmative@yahoo.fr) Tél: + 237 94 75 22 08 ; + 237 96 57 68 74

**B.F. YMELE NOUZI ep YMEFACK**,  
La maison des enfants et des jeunes de Bafou (MEJ), Cameroun, REDS Cameroun;  
Assistante Principale des Affaires Sociales

## 7. PLAIDOYER POUR LE POSITIONNEMENT DES POPULATIONS CLES DANS LE DEVELOPPEMENT DE LA NOTE CONCEPTUELLE

---

Les notes conceptuelles (NC) remplacent les anciens documents de proposition au Fonds mondial et représentent les principaux moyens pour demander et accéder à un financement de ce dernier dans le cadre du nouveau modèle de financement. Les NC se dégagent des **plans stratégiques nationaux** entièrement chiffrés et hiérarchisés en fonction des priorités, constituant ainsi un **solide dossier d'investissement**. À défaut de plan stratégique national, où lorsqu'il est en cours d'élaboration, qu'il ne reflète pas entièrement la situation actuelle ou qu'il est jugé insuffisant pour permettre d'élaborer une NC solide, les pays sont encouragés à constituer des dossiers d'investissement pour la lutte contre le VIH solides et hiérarchisés en fonction des priorités dans le cadre des procédures de planification stratégique nationale ; cela leur permettra de soumettre leurs demandes de financement au Fonds mondial et aux autres partenaires financiers dans les délais. Des NC distinctes peuvent être présentées pour chacune des trois maladies et pour les interventions transversales de renforcement des systèmes communautaires et de santé.

Les NC sont l'émanation d'un processus participatif et itératif multilatéral de dialogue avec le pays et intègrent les éléments clés suivants : contexte épidémiologique du pays et riposte mise en œuvre à ce jour, établissement des priorités dans les activités pour le montant de financement indicatif et les sources de financement d'encouragement, et présentation exhaustive des besoins.

Dans ce plaidoyer, il s'agit de s'assurer de la participation des MARPS au dialogue national, la prise en compte de leurs besoins spécifiques, ce qui permettrait aux MARPS du Cameroun de contribuer efficacement à la réponse nationale du VIH et de la Tuberculose.

### 7.1 L'objectif global

---

Amener les populations clés à contribuer au développement de la NC du Cameroun dans le cadre du Nouveau Mécanisme de Financement.

### 7.2 Les Objectifs spécifiques

---

- Identifier les priorités des populations clés pour la NC ;
- Sensibiliser les décideurs sur l'importance de la prise en compte de ses priorités dans la NC.
- Faire connaître à l'opinion nationale les besoins et les priorités des populations clés en matière de lutte contre le VIH/Sida.
- Identifier et faire connaître les représentants des populations clés dans le Comité en charge de la rédaction de la NC.
- Participer effectivement à l'élaboration de la NC.
- Evaluer le niveau de prise en compte des besoins des populations clés dans la Note Conceptuelle.

### 7.3 Résultats attendus

---

- Trois ateliers d'identification des priorités organisés respectivement pour les MSM, TS et usagers de drogues, camionneurs et autres groupes vulnérables ;

- Un document des priorités produit et diffusé ;
- Des rencontres de sensibilisation organisées auprès des décideurs clés ;
- Les réunions de sensibilisation des partenaires sur les priorités des populations sont organisées ;
- Les représentants des populations clés sont désignés dans le Comité en charge de la rédaction de la NC ;
- Les populations clés participent activement aux travaux du Comité d'élaboration de la Note Conceptuelle ;
- **Au moins 60% des priorités des populations clés identifiées au cours des ateliers sont prises en compte dans les notes conceptuelles ;**
- Les réunions d'évaluation du niveau de prise en compte des besoins des populations clés dans la Note Conceptuelle sont organisées

#### **7.4 Les stratégies et les actions ont consisté en :**

---

- Organisation des ateliers d'identification des priorités avec les organisations identitaires et celles travaillant sur la thématique des populations clés ;
- Production et diffusion du document contenant ces priorités ;
- Organisation des rencontres de sensibilisation ;
- Tenue d'une réunion de sensibilisation des partenaires sur les priorités des populations clés ;
- Désignation des représentants des populations clés dans le Comité en charge de la rédaction de la NC ;
- Participation aux travaux du Comité d'élaboration de la NC ;
- Tenue des réunions d'évaluation du niveau de prise en compte des besoins des populations clés dans la Note Conceptuelle ;

#### **7.5 Synthèse finale des priorités des populations clés**

---

Au cours des concertations avec les organisations travaillant avec les populations clés (MSM/LGBT; TS; CM; UD; Jeunes) tenues du 04 au 10 mars 2014 à Mbalmayo, les participants ont été répartis en groupes pour plancher sur les priorités des MARPS à inclure dans la note conceptuelle. Ces priorités devaient être formulées autour d'une liste de points clés afin de rester en cohérence avec le plan stratégique révisé 2014-2017. Par la suite, les réunions techniques ont permis de la capitalisation des données. Un atelier de validation des recommandations issues des concertations de Mbalmayo avec un groupe restreint s'est tenu à Yaoundé, le 20 mars 2014. Pour terminer, l'atelier de présentation des recommandations organisé le 21 mars sous la co-présidence du CNLS et de l'ONUSIDA a permis de procéder à la validation officielle des priorités des populations clés dans le cadre de la note conceptuelle.

Nous présentons ci-dessous les synthèses des actions prioritaires retenues par composante dans les différents groupes : MSM/LGBT, Travailleurs de Sexe et Usagers de drogue, Camionneurs et autres groupes vulnérables.



## **7.5.1 Priorités des MSM/LGBTI**

### **7.5.1.1 Communication pour le Changement de Comportement**

1. Actualiser et diffuser les outils de communication adaptés à la cible (boîte à image, pénis et vagin artificiel, tracts, brochures, affiches, CD, ....) ;
2. Renforcer les causeries éducatives et développer d'autres stratégies telles que la sensibilisation individuelle, les actions dans les hot spots, la sensibilisation sur internet, etc. ;
3. Privilégier la Communication interpersonnelle au siège et à l'extérieur du siège des OBC ;

### **7.5.1.2 Préservatifs**

1. Renforcer la Promotion et la vulgarisation des préservatifs masculins et féminins ;
2. Mettre en place les distributeurs automatiques des préservatifs dans les milieux chauds fréquentés par la cible ;

### **7.5.1.3 Lubrifiants**

1. Renforcer la Promotion et la vulgarisation des gels lubrifiants ;
2. Faire du gel lubrifiant un produit de marketing social ;
3. Augmenter le nombre de lubrifiant à distribuer lors des activités communautaires ;
4. Faire un plaidoyer pour l'exonération des frais de douane et
5. A terme inscrire le gel lubrifiant dans la liste des médicaments essentiels, renforcer la ligne budgétaire pour l'achat des lubrifiants ;
6. Renforcer/améliorer le système d'approvisionnement.)

### **7.5.1.4 CDV**

1. Augmenter le nombre de campagnes de dépistage et faciliter l'accès au suivi biologique ;
2. Développer des campagnes de dépistage mobiles dans les locaux des OBC, les points Chauds en partenariat avec le MINSANTE/CNLS/GTC/GTR ;

### **7.5.1.5 IST**

1. Assurer le Dépistage et prise en charge des IST ;
2. Favoriser la référence guidée par les pairs ;
3. Favoriser les consultations des IST par les experts médicaux des FOSA au sein des OBC ;
4. Mettre sur pied une prise en charge des affections de la marge anale (condylomes) en plus de l'approche syndromique des autres IST
5. Développer des campagnes périodiques spécifiques de dépistage de la Syphilis auprès des MSM (Y compris le dépistage de couples) ;

#### **7.5.1.6 Disponibilité des ARV et des Intrants**

1. Rechercher des financements locaux pour palier et éviter les pénuries fréquentes ;
2. Impliquer les HSH dans les circuits de suivie psycho social des PVVIH/HSB dans les FOSA à travers des partenariats ou des échanges de services ;

#### **7.5.1.7 PEC Globale Adultes**

1. Former le personnel médical à la santé anale et équipement des FOSA et centres commentaires en matériel pour examens anaux.

#### **7.5.1.8 Soutien aux personnes affectées et infectées**

1. Assurer l'aide à observance ;
2. Organiser les médiations familiales ;
3. Mettre sur pied les groupes de parole des personnes infectées et affectées ;
4. Former les CPS pour l'accompagnement des MSMPVVIH ;
5. Assurer le Soutien financier pour le paiement des examens de suivi ;

#### **7.5.1.9 Genre**

1. Renforcer les capacités sur l'approche genre (leadership féminin FSF, prise en compte des transgenres) ;
2. Assurer la Promotion et vulgarisation de l'égalité du genre ;
3. Intégrer l'approche genre dans les actions auprès des MSM en tenant compte des rôles sociaux qui rendent vulnérables une partie de la cible ;

#### **7.5.1.10 Droits Humains**

1. Renforcer les capacités des superviseurs en para juriste ;
2. Renforcer les capacités des prestataires de santé en droits humains ;
3. Renforcer le plaidoyer auprès des autorités administratives, judiciaires, forces de maintien de l'ordre et religieux sur les droits humains ;
4. Augmenter le nombre de conseils juridiques par zone (zone étant deux régions du Cameroun) pour favoriser la proximité et la mobilité ;
5. Réviser le plan de gestion de risque et renforcer l'implication du communautaire dans le processus de sa mise en œuvre ;
6. Renforcer (au niveau national et régional) le groupe de travail sur les Population Clés impliquant les OBC, les différents acteurs de la société civile en relation avec les Droits Humains et financement d'une feuille de route ;
7. Renforcer l'assistance juridique aux MSM/LGBTI.

### **7.5.2 Priorités des travailleurs de sexe**

#### **7.5.2.1 Communication pour le Changement de Comportement**

1. Produire et diffuser le matériel adapté à la cible (Boîte à images, vagin artificiel, dépliants imagés, affiches, manuels éducatifs, etc.) ;
2. Identifier et renforcer les capacités des pairs éducateurs en tenant compte de la thématique de la santé sexuelle et reproductive ;
3. Renforcer les causeries interpersonnelles ;

4. Intégrer la problématique de la PTME dans les actions de CCC ;

#### **7.5.2.2 Préservatifs**

1. Augmenter le nombre de préservatifs à octroyer aux TS ;
2. Renforcer la distribution des préservatifs dans les FOSA ;
3. Mettre en place les distributeurs automatiques des préservatifs dans les milieux fréquentés par les TS ;

#### **7.5.2.3 Lubrifiants**

1. Promouvoir et distribuer les gel lubrifiants y compris dans les FOSA ;
2. Distribuer les gels lubrifiants lors des activités de CCC ;

#### **7.5.2.4 CDV**

1. Multiplier les Campagnes de dépistages volontaires gratuits dans les coins chauds ;
2. Plaidoyer pour étendre la gratuité aux TS ;

#### **7.5.2.5 IST**

1. Introduire les Tests rapides de détection des IST ;
2. Inclure les examens biologiques des IST dans le service offert aux TS orientées dans les FOSA (PCV – Frottis cervical, PU) ;
3. Renforcer la surveillance de la résistance aux traitements syndromiques ;

#### **7.5.2.6 Disponibilité des ARV et des Intrants**

1. Renforcer la disponibilité et l'accessibilité des compteurs CD4 et ARV dans les CTA et UPEC ;
2. Renforcer la décentralisation du circuit de distribution d'ARV en y impliquant les associations de TS/VIH ;

#### **7.5.2.7 PEC Globale Adultes**

1. Assurer le passage à l'échelle de la prise en charge nutritionnelle des TS/VIH+ (Food Base Programme) ;
2. Former et maintenir au moins 02 conseillers psychosociaux et des assistants sociaux par OBC ;
3. Renforcer les centres conviviaux existants pour les TS tout en promouvant l'intégration des services pour lutter contre la stigmatisation ;
4. Faire la référence guidée des TS vers les CTA/UPEC.

#### **7.5.2.8 Soutien aux personnes affectées et infectées/Mitigation de l'impact du VIH sur les TS**

1. Assurer la formation/renforcement de l'autonomisation des TS (Financement des AGR, formation, scolarisation) ;
2. Assurer le soutien aux enfants des TS infectées ;

#### **7.5.2.9 Genre**

1. Organiser des activités orientées vers les partenaires des TS prise en charge des IST incluse ;
2. intégrer les clients des TS lors de la causerie éducative ;
3. Organiser les sensibilisations spécifiques sur le genre et VIH ;

#### **7.5.2.10 Droits Humains**

1. Renforcer les capacités des TS sur leurs droits en matière de santé Sexualité et la reproduction ;
2. Renforcer le plaidoyer auprès des autorités administratives, judiciaires, forces de maintien de l'ordre et religieux sur les droits humains ;
3. Renforcer les capacités des superviseurs en para juriste ;
4. Renforcer l'assistance juridique aux TS.

#### **7.5.3 Priorités des camionneurs et autres groupes vulnérables**

##### **7.5.3.1 Communication pour le Changement de Comportement**

1. Concevoir et diffuser les outils et supports de sensibilisation spécifiques aux problématiques des camionneurs (pare soleil, CD, porte clé, porte/protège dossier, T-shirt, casquette, grandes affiches, manuels éducatifs, lampes torches, nattes, etc.)
2. Accroître le nombre de Causeries éducatives ;
3. Organiser les causeries par petit groupe et ou entretien individuel ;
4. Renforcer la sensibilisation des populations riveraines et les tenanciers des auberges ;
5. Former les PE parmi les populations riveraines des aires de repos ;
6. Sensibiliser les camionneurs aux dangers de l'usage des excitants et des stupéfiants ;
7. Renforcer les capacités des syndicats des camionneurs et des organisations patronales sur le VIH.

##### **7.5.3.2 Préservatifs**

1. Augmenter la quantité de préservatifs à distribuer ;
2. Installer les distributeurs automatiques de préservatif dans les aires de repos ;
3. Rendre accessible de manière permanente les préservatifs auprès des camionneurs et leurs partenaires ;
4. Faire la promotion de l'utilisation correcte et systématique du préservatif ;
5. Distribuer gratuitement les préservatifs aux camionneurs et à leurs potentiels clients ;

##### **7.5.3.3 Lubrifiants**

1. Rendre disponible les lubrifiants auprès de toutes les OBC ;
2. Assurer la distribution des lubrifiants auprès des HSH camionneurs et leurs partenaires ;

##### **7.5.3.4 CDV**

1. Sensibiliser les camionneurs sur l'importance du dépistage volontaire ;
2. Renforcer l'organisation des campagnes de dépistage auprès des camionneurs et des populations riveraines ;

##### **7.5.3.5 IST**

1. Renforcer la prise en charge syndromique des IST chez les camionneurs ;
2. Renforcer et rendre accessibles les kits des IST aux camionneurs et leurs partenaires
3. Assurer la Prise en charge d'autres IST spécifiques ;

##### **7.5.3.6 Disponibilité des ARV et des Intrants**

1. Adapter les prescriptions d'ARV en tenant compte du facteur mobilité dans la prise en charge ;

#### **7.5.3.7 PEC Globale Adultes**

1. Donner des instructions aux UPEC/CTA pour que les camionneurs éloignés de leurs centres de traitement puissent accéder aux ARV.

#### **7.5.3.8 Genre**

2. Sensibiliser les camionneurs aux problématiques spécifiques du genre ;

#### **7.5.4 Autres groupes vulnérables**

##### **7.5.4.1 Priorités des usagers de drogues**

1. Réaliser les études sur les usagers de drogues (enquête CAP, étude de prévalence, etc.) ;
2. Concevoir et diffuser les supports de prévention du VIH auprès des usagers de drogues (brochures, livrets, affiches, bandes dessinées, dépliants, CD, etc.) ;
3. Organiser les campagnes de dépistage volontaires du VIH ;
4. Renforcer les capacités des OBC sur la problématique des usagers des drogues ;
5. Former le personnel de santé sur la prise en charge médicale des usagers de drogues ;
6. Assurer le Dépistage et la prise en charge des infections par le VIH et des hépatites virales ;
7. Prendre en charge les traitements spécifiques pour la dépendance aux produits et ses atteintes secondaires médico-psycho-sociales ;

##### **7.5.4.2 Priorités des jeunes**

1. Produire et diffuser les supports de CCC adaptés aux adolescents et jeunes de 10 à 24 ans (affiches, bandes dessinées, dépliants, manuels éducatifs, brochures, CD, film, documentaire, théâtre, etc.) en français, anglais et langues locales ;
2. Réaliser les études spécifiques sur la vulnérabilité des adolescents et jeunes (filles et garçons) ;
3. Renforcer la prévention sexuelle du VIH après des adolescents/jeunes (filles et garçons) ;
4. Fournir un appui technique et financier aux organisations de jeunesse et clubs santé en milieu scolaire/universitaire ;
5. Développer/renforcer le leadership des jeunes dans la réduction de leur propre vulnérabilité ;
6. Mener les campagnes de sensibilisation et de prévention des violences sexuelles en direction des jeunes filles ;
7. Mettre en place les centres conviviaux pour les adolescents et les jeunes et équiper en Kits CCC ;

8. Utiliser les TIC et les médias sociaux pour la prévention du VIH auprès des adolescents/jeunes ;
9. Former/recycler les professionnels de la santé sur la prise en charge conviviale des adolescents/jeunes ;
10. Renforcer les Campagnes de sensibilisation des jeunes à l'occasion des événements spéciaux (11 février, 20 mai, 12 août, 1<sup>er</sup> décembre, vacances sans sida, jeux scolaires primaire, secondaire et universitaires...) ;
11. Organiser une caravane nationale de mobilisation des jeunes, des autorités et décideurs sur le VIH ;
12. Organiser un forum annuel sur le leadership des jeunes contre le VIH et le dialogue avec les décideurs ;
13. Promouvoir/développer et diffuser les talents des jeunes dans différents domaines (musique, cinéma, dessin, etc.) ;

#### **7.5.4.3 Priorités transversales a tous les groupes**

##### **1. Suivi/Evaluation au niveau communautaire**

- a) Former/recycler les superviseurs et les membres des OBC pour la collecte des données ;
- b) Renforcer les capacités des superviseurs en planification stratégique, suivi évaluation et gestion des projets ;
- c) Renforcer l'effectif de chaque OBC par le recrutement d'une personne en charge du S&E ;
- d) Prévoir un partenaire ancré par région d'intervention pour faciliter la coordination des OBC ;
- e) Développer/adapter les outils de collecte des données au niveau communautaire ;

##### **2. Mise en œuvre**

- a) Renforcer l'appui institutionnel aux OBC pour garantir la sécurité et faciliter la mise en œuvre des activités (charges fixes : salaires, loyer, eau, électricité, internet, matériel didactique etc.) ;
- b) Assurer l'implication accrue et à tous les niveaux des Populations Clés dans la conception, la mise en œuvre des activités en leur faveur (Clarification des rôles et responsabilités des OBC, définition du paquet minimum d'activités) ;

##### **3. Financement**

- a) Faire un plaidoyer en direction du Fonds mondial pour des possibilités d'avance des financements ;
- b) Assurer la mise à disposition à temps des fonds pour les activités ;

#### **4. Renforcement du système communautaire**

1. Renforcer les capacités hollistiques des leaders communautaire en gestion du système communautaire et mobilisation des ressources ;
2. Former les OBC sur l'organisation du système des soins au Cameroun ;
3. Apporter un appui financier et technique aux OBC ;
4. Renforcer/appuyer la mise en réseau et la collaboration entre les différentes OBC ;
5. Renforcer les capacités managériales des OBC ;
6. Développer les activités génératrices de revenu ;
7. Encourager les FOSA à formaliser le cadre de collaboration avec les OBC. Assurer la prise en charge effective du personnel du projet (superviseurs, médiateur de santé, comptable, charges fiscales, etc.) ;
8. Renforcer et appuyer la capitalisation des activités menées ;
9. Faire une analyse des capacités organisationnelles, techniques, financières et opérationnelles des OBC assorti d'un Plan de renforcement des capacités.

#### **7.6 Recommandations**

---

Réaliser les études spécifiques chez les populations vulnérables telles que les populations autochtones (les pygmées, les bororos...), les personnes en situation d'handicap (sourd, aveugle, moteur...), les filles mères, les prisonniers, etc.

#### **7.7 Perspectives**

---

- 1) Renforcer les compétences du pool des représentants des populations clés identifié pendant les ateliers de Mbalmayo pour une meilleure participation durant l'élaboration de la Note Conceptuelle
- 2) Assurer le suivi d'évaluation du niveau de prise en compte des besoins des populations clés dans la Note Conceptuelle
- 3) Mobiliser et renforcer les organisations des populations clés pour un suivi participatif de la mise en œuvre de la note conceptuelle du Cameroun approuvée par le Fonds Mondial afin de s'assurer que les priorités validées sont effectivement mises en œuvre.

## 8. LISTE DES ORGANISATIONS AYANT PRIS PART AU DIALOGUE PAYS

---

- 1- **GIZ** (Gerald Mely),
- 2- **Care** (Marceline TCHAMANI),
- 3- **GVFI** (Matthew Le BRETON),
- 4- **Alternatives Cameroun** (Yves YOMB),
- 5- **RECAP+** (Michel IROGO),
- 6- **Moto Action** (Valerie SANDRES),
- 7- **Global Social Action** (N. POKAM),
- 8- **CAMFAIDS** (Michel ENGAMA),
- 9- **Humanity First Cameroon**, (Jules ELOUNDOU, Freddy BELINGA),
- 10- **CAMEF** (Isaac NDOUMBE KEDI),
- 11- **ACODEVO** (Jacques BOGLA),
- 12- **AIDS ACODEV** (Adonis TCHOUDJA),
- 13- **Association Amis du Cœur** (Emile EBONGUE),
- 14- **Affirmative Action** (Thomas OLOGO),
- 15- **AJSG** (Mohamadou HAMDJA),
- 16- **ANDES** (Martial NGONO),
- 17- **SIDADO** (Eric FOPOSSI),
- 18- **ADEFHO** (Joseph Achille TCHEDJOU),
- 19- **ADEPEV** (Marc Lambert LAMBA),
- 20- **COLIBRI** (François WAFFO),
- 21- **Trésor et progrès** (Ange OLINGA),
- 22- **Lady's Corporation** (Berthe AWOH),
- 23- **ARIPIA** (Lili Mercier),
- 24- **Positive Génération** (F. NGALAMOU),
- 25- **Presse Jeunes Développement** (Duvalier NDAMCHEU),
- 26- **CLAP** (André EKOTO),
- 27- **ACFILI** (Vivi BANU),
- 28- **ASAD** (Stéphane PENDA),
- 29- **AFSU EN Maroua** (Abdoulaye SALI),
- 30- **Garoua Eveil** (Daniel YOREMNE),
- 31- **SASCO** (Joël K. NGONGANG),
- 32- **ACESA+** (Nina ETOUNKI),
- 33- **ACESA** (Paul V. MAYONG),
- 34- **Espoir+** (Joséphine Batoum),
- 35- **ASEPT** (Philebert F. BENE),
- 36- **EVICAM** (Huguette ATCHOUMOU),
- 37- **ALUCOSIS+** (Jacques MISSIKA),
- 38- **Horizons Femmes** (Aurelie KAYA, Carole KOM, Monga Nzefa),
- 39- **CEPEDIC** (Brice LESSOMO NDA),
- 40- **RACAGA** (Houma DJALLO),
- 41- **APRODHAFIM** (Théophile TAGNY),
- 42- **CODEYO-OPD** (Charles F. AMBARA),
- 43- **AJEMBO-Est** (Zakari NYAM),
- 44- **APCAS** (Casimir ONANA. E.),
- 45- **BONET** (Ernest AWANTO),
- 46- **IRJA-Ambam** (Désiré NTEDE),
- 47- **DS-SIDA** (Jacques OMBILITEK),
- 48- **CEPROSCON** (Chouaïbou N. NJOYA),
- 49- **Human Well Being** (Achille O. TODOEM),
- 50- **MEJ** (Berthe YMELE),
- 51- **RESAEC-Maroua** (Kaossiri BABE),
- 52- **ATIPAD** (Patrice Adolphe BIKA EKO),
- 53- **Réseau des Jeunes du Cameroun** (Merveille Mélodie TCHOUMTO BAMEN),
- 54- **Stop TB Partnerships** (Serge Laurent DJACPOU),
- 55- **FPJS** (Emma OZELE),
- 56- **Kids AIDS** (Edwige LEMA MBILI),
- 57- **DS-sida Awae** (René G. ESSOMBA BALLA),
- 58- **AJLC-Adamaoua** (Zacharie B. BINKNE),
- 59- **APEB** (Michel KAMDEM).



## 9. BIBLIOGRAPHIE

---

1. PNUD, Rapport d'analyse des besoins sur les populations à risque dans le contexte du VIH de la ville de Douala, PNUD, 2013
2. Fonds Mondial ; Le cadre de renforcement des systèmes communautaires renforcement des systèmes communautaires, 2013
3. INS, *Enquête Démographique de Sante et a Indicateurs multiples au Cameroun*. Rapport préliminaire. Yaoundé, INS, 2012.
4. *Cartographie des travailleurs de sexe au Cameroun*, MINSANTE, CHP, JHP, FNUAP, 2008
5. Coupables par association : violations des droits humains commises dans l'application de la loi contre l'homosexualité au Cameroun, de Human Right Watch, CAMFAIDS, Alternatives Cameroun et ADEFHO, Mars 2013
6. CNLS, *Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011 - 2015*. CNLS, MINSANTE 2010.
7. CNLS, *Plan Stratégique National de lutte contre le Sida 2014- 2017*. CNLS, MINSANTE 2014.
8. CAMNAFAW, *Stratégie de mise en œuvre des interventions en faveur des groupes de Populations les Plus Exposées au VIH dans le cadre du programme VIH série 10 au Cameroun*, 2012
9. TRELLET-FLORES L. *La prévention de la prostitution : fondements, précautions, pistes. Un essai de conceptualisation*. VEI Enjeux, n° 128, mars 2002 Paris-Nanterre.
10. *Rapport préliminaire UNGASS Cameroun 2012*.
11. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2010.
12. ONUSIDA, *manuel de la région mena, le VIH et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes au Moyen-Orient et en Afrique du nord - d'une démarche de sensibilisation à une démarche d'engagement*, 2012
13. ONUSIDA, *guide de terminologie de l'ONUSIDA*, 2011
14. *Objectif : Zéro - Stratégie 2011-2015*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida 2010.
15. *Joint action for results: UNAIDS outcome framework, 2009-2011*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2010.
16. FOCAP/PASOC, FISS VIH/SIDA et RAP+ : *Enquête sur L'Etat de Lieu de la Stigmatisation et la Discrimination à L'Egard des Groupes Marginalisés à Douala et Yaoundé*, Novembre 2009.
17. Gueboguo C. *La question homosexuelle en Afrique. Le cas du Cameroun*. Paris: L'harmattan, Coll. "Etudes Africaines" 2006.
18. Gueboguo C. 2009. *Sida et homosexualité(s) en Afrique : Analyse des communications de prévention*. Paris, L'Harmattan, coll. "Etudes Africaines " .
19. Henry E., Marcellin F, Yomb Y. et al. in *Behavior*, Editor's Choice (Sex Transm Infect 2010;86:136e140. doi:10.1136/sti.2009.036939): Factors associated with unprotected anal intercourse among men who have sex with men in Douala, Cameroon 2009
20. Africa Gay contre le Sida, juillet 2012
21. Déclaration de M. Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, à l'occasion de la Journée internationale de lutte contre l'homophobie, le 17 mai 2009
22. Manuel pratique sur le renforcement des services juridiques liés au VIH, Organisation Internationale de Droit du Développement (OIDD/IDLO) et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2009
23. Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida, Soixante-cinquième session de l'Assemblée Générale des Nations Unies, 8 juillet 2011

24. Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres - Recommandations pour une approche de santé publique, OMS, 2011
25. UNAIDS Action Framework: *Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People*, (UNAIDS) 2009
26. Break the Chain 2012: un mois pour renverser la vapeur, Dans le cadre du plan d'actions d'urgence HSH de l'Office fédéral de la santé publique, la campagne Break the Chain 2012 s'est déroulée du 1<sup>er</sup> au 30 avril 2012.
27. Etude intégrée de surveillance comportementale et biologique chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes au Cameroun, HIV/AIDS Prevention program (HAPP), Care, CNLS, ACMS, 2012
28. Etude qualitative de base du projet de prévention des IST/VIH/SIDA sur les axes routiers du Cameroun et auprès des populations riveraines, CARE/IRESKO, 2005
29. Jean-Roger ESSOMBE EDIMO (2007) : dynamique territoriale de la concentration des entreprises à Douala : polarisation et effets de diffusion, Article en cours de publication dans Revue « AUTREPART », de l'Institut de Recherches pour le Développement (IRD), Paris.
30. SECOD « *Statistiques Economiques de Douala* », 2005 et 2007
31. INS (2003) : enquête sur le cadre de vie des populations de Yaoundé et de Douala, vol. IIB, résultat pour la ville de Douala, juillet, pp 34 -35
32. E. Henry, F. Marcelin, Y. Yomb et al. *Factors associated with unprotected anal intercourse among men who have sex with men in Douala, Cameroon 2009*
33. CNLS. Rapport de l'enquête séroépidémiologique et comportementale sur le VIH et la syphilis chez les travailleuses du sexe au Cameroun, 2010. <http://dev.cdss.dros-minsante-cameroun.org/content/enqu-te-s-roepidemiologique-et-comportementale-sur-le-vih-et-la-syphilis-chez-les-travailleur>.
34. Rapport enquête auprès des groupes spécifiques, CNLS, 2004
35. Rapports 2011, 2012 du ministère de la justice sur les droits de l'Homme
36. Rapport de l'étude qualitative de base du projet de prévention du VIH/Sida chez les routiers. [www.iresko.org/Downloads/CamionneurRepSum.pdf](http://www.iresko.org/Downloads/CamionneurRepSum.pdf)
37. Rapport d'évaluation des indicateurs de PPSAC, 2008. <http://dev.cdss.dros-minsante-cameroun.org/en/node/497>
38. Rapports des missions de suivi de l'ICN dans le cadre du projet «Increasing the performance and quality of the global fund HIV/aids funded activities in cameroon », UNICEF, CCM - CTS, Octobre et Novembre 2013, Février 2014
39. Profil des estimations et projections en matière de VIH au Cameroun 2010-2015
40. CNLS, *Rapport annuel 2009*
41. RéCAP+, Index de la stigmatisation et la discrimination au Cameroun, 2012
42. Stratégie de mise en œuvre des interventions en faveur des groupes de populations les plus exposées au VIH dans le cadre du programme VIH série 10 au Cameroun, CAMNAFAW, 2012
43. Moto Action, Connaissances, Attitudes et Pratiques en matière de sexualité, de prévention et prise en charge des IST et du VIH/SIDA des camionneurs de l'axe Douala-Garoua-Boulaï au Cameroun, synthèse du Rapport final, 2013
44. USAID/CNLS/MINSANTE, HIV Prevention for Populations at Risk in Cameroon Preliminary report, 2013
45. MINJUSTICE, Rapport sur la Situation des Droits de l'Homme au Cameroun, 2010