

**GUIDE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION  
ET LA DISCRIMINATION A L'ACCES A LA SANTE DES  
ADOLESCENT(E)S ET JEUNES 2020-2022 AU CAMEROUN**

Par  
Patrice Désiré NDZIE  
*Expert en développement et VIH*  
Consultant

**Octobre 2019**

## Sommaire

Sigles et acronymes.....	04
Introduction .....	06
Processus d'élaboration.....	08
Définition des concepts.....	10
I - Le contexte général du Cameroun.....	11
1. <i>Situation géographique, administrative et politique</i> .....	11
2. <i>Situation démographique</i> .....	12
3. <i>Situation ethnique, culturelle et linguistique</i> .....	12
4. <i>Situation socio-économique</i> .....	13
5. <i>Organisation du système de santé</i> .....	13
II - La situation de la santé des adolescent(e)s et jeunes au Cameroun.....	15
1. <i>Situation de l'engagement politique</i> .....	15
2. <i>Situation de la santé de reproduction y compris des IST, du VIH et du Sida chez les adolescent(e)s et les jeunes</i> .....	16
3. <i>Situation des autres maladies endémiques</i> .....	19
4. <i>Situation des pratiques néfastes, des traumatismes/violences à la santé des adolescent(e)s et les jeunes</i> .....	20
5. <i>Situation de la santé mentale des adolescent(e)s et les jeunes</i> .....	20
6. <i>Situation des services socio-sanitaires conviviaux pour les adolescent(e)s et les jeunes</i> .....	21
III - L'Analyse situationnelle sur la problématique de la stigmatisation et la discrimination chez les Adolescent(e)s et Jeunes en matière de santé .....	22
1. <i>Sur le plan de l'accessibilité financière</i> .....	23
2. <i>Sur le plan de l'offre de service</i> .....	24
3. <i>Sur le plan de la gouvernance et les pratiques d'équité dans les FOSA</i> .....	26
4. <i>Sur le plan de l'appropriation communautaire des interventions en SAJ</i> .....	26
5. <i>Sur le plan de la formation du personnel de santé</i> .....	28
6. <i>Synthèse des Forces / Faiblesses / Opportunités / Menaces</i> .....	29
IV - L'orientation stratégique du GSD-SAJ.....	31
1. <i>Vision</i> .....	31
2. <i>But</i> .....	31
3. <i>Objectifs</i> .....	31
4. <i>Alignement du GSD-SAJ</i> .....	32
5. <i>Principes directeurs</i> .....	32
6. <i>Axes stratégiques</i> .....	33
7. <i>Cibles primaires</i> .....	33
8. <i>Les acteurs et leurs rôles</i> .....	34

9.	<i>Matrice des interventions</i> .....	37
10.	<i>Budget</i> .....	38

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 01: Répartition de la population des adolescent(e)s et des jeunes en 2010 par groupes d'âges selon le sexe

Tableau 02 : Les différents niveaux du secteur santé

Tableau 03 : Evolution de la prévalence contraceptive par méthode (EDS 2004, 2011)

Tableau 04 : Morbidité proportionnelle et incidence du paludisme par région en 2017

Tableau 05 : Matrice des interventions – axe 1

Tableau 06 : Matrice des interventions – axe 2

Tableau 07 : Matrice des interventions – axe 3

Tableau 08 : Matrice des interventions – axe 4

Tableau 09 : Matrice des interventions – axe 5

Tableau 10 : Matrice des interventions – axe 6

Tableau 11 : Matrice des interventions – axe 7

Tableau 12 : Budget par axe stratégique

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. Répartition du budget par axe stratégique

Figure 2. xxx

Références bibliographiques .....	40
-----------------------------------	----

## **Annexes :**

1. Cameroon references on adolescent reproductive health
2. Droit des clients adolescent(e)s et jeunes

## **SIGLES ET ACRONYMES**

**ACMS** : Association Camerounaise pour le Marketing Social  
**A&J** : Adolescent(e)s et jeunes  
**AJVVIH** : Adolescent(e)s et Jeunes Vivant avec le VIH  
**ANACOM** : Analyse Comportementale  
**ARV** : Antirétroviral  
**CCC** : Communication pour le Changement de Comportements  
**CDC** : Center for Disease Control  
**CDI** : Consommateur (ou consommation) de Drogues Injectables  
**CIEE** : Centre d'Information, d'Education et d'Ecoute  
**CIPD** : Conférence Internationale sur la Population et le Développement  
**CNJC** : Conseil National de la Jeunesse du Cameroun  
**CNLS** : Comité National de Lutte contre le Sida  
**DLMEP** : Direction de la Lutte contre les Maladies, Epidémies et Pandémies  
**DP** : Données Probantes  
**DSF** : Direction de la Santé Familiale  
**EDSC** : Enquête Démographique de Santé au Cameroun  
**EGPAF** : Elisabeth Glaser Pediatric Aids Foundation  
**FOSA** : Formation Sanitaire  
**GARP** : Gestion Axée sur les Résultats Probants  
**GSD-SAJ** : Guide Stratégique de lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'accès à la santé des Adolescent(e)s et Jeunes au Cameroun  
**HSH** : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes  
**ICAP** : International Center for AIDS Care and Treatment Programs (Columbia University)  
**IEC** : Information, Education, Communication  
**IST** : Infection Sexuellement Transmissible  
**MEO** : Mise En Ouvre  
**MICS** : Enquête à indicateurs multiples  
**MINAS** : Ministère des Affaires Sociales  
**MINEDUB** : Ministère de l'Education de Base  
**MINESEC** : Ministère des Enseignements Secondaires  
**MINJEC** : Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique  
**MINSANTE** : Ministère de la Santé Publique  
**MINESUP** : Ministère de l'Enseignement Supérieur  
**MINEFOP** : Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle  
**MINEPROFF** : Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille  
**MINDDEVEL** : Ministère de la Décentralisation et du Développement Local  
**OEV** : Orphelins et Enfants Vulnérables  
**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**ONG** : Organisation Non Gouvernementale  
**ONUSIDA** : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA  
**PEPFAR** : President's Emergency Plan for AIDS Relief  
**PF** : Planification Familiale  
**PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement  
**PSN** : Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le sida et les IST  
**PSN-A&J** : Plan Stratégique National de prévention du VIH chez les Jeunes et

Adolescent(e)s

**PTF** : Partenaire Technique et Financier

**PTME** : Prévention de la Transmission Mère-Enfant (du VIH)

**PVVIH** : Personnes Vivant avec le VIH

**RGPH** : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

**S&E** : Suivi et Evaluation

**SIDA** : syndrome d'Immuno Déficience Acquise

**SMI** : Santé Maternelle et Infantile

**SSP** : Soins de Santé Primaires

**SSR** : Santé Sexuelle et Reproductive

**TS** : Travailleur (ses) du Sexe

**UD** : Utilisateur de Drogue

**UNESCO** : Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture

**UNFPA** : Fonds des Nations Unies pour la Population

**UNGASS** : United Nations General Assembly Special Session

**UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

**USAID** : Agence des Etats-Unis pour le Développement International

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## INTRODUCTION

L'OMS définit la santé comme: « **un état de complet bien-être physique, mental et social et pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité** ».

D'après le 3ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat, la population du Cameroun était estimée au 1er janvier 2015 à environ 22 179 707 habitants. Elle devrait atteindre 25 094 303 habitants en 2020. En 2018, selon les estimations de la Banque Mondiale la population des Adolescent(e)s et jeunes était de 21% de la population générale, soit 4 963 895 des 23 799 022 habitants. Cette population est caractérisée par son extrême jeunesse avec un âge médian de 17,7 ans. L'âge moyen quant à lui est de 22,1 ans. On note une forte densité de la population dans les deux grandes villes que sont : Douala (2 717 695 habitants en 2015) et Yaoundé (2 785 637 habitants en 2015).

L'épidémiologie du Cameroun reste dominée par les maladies transmissibles dont les plus importantes sont : le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. Ces trois maladies représentent 23,66% du poids global de la morbidité et 25% des décès (Selon OMS, mai 2018). On note aussi une augmentation de la mortalité due aux Maladies Non Transmissibles (MNT), notamment les affections cardiovasculaires, les cancers, les maladies mentales et les traumatismes dus aux accidents de la voie publique (Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020). Les données disponibles sur la prévalence du VIH au Cameroun révèlent une baisse considérable. Parti d'un taux de 4,3% en 2011 (EDS) à 3,4% en 2018 (CAMPRIA) avec toutefois de nombreuses disparités entre les régions et selon l'âge et le sexe. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, cette disparité est nette, avec une incidence neuf (9) fois supérieure chez les filles que chez les garçons.

L'adolescence et la jeunesse constituent des étapes cruciales dans la vie d'un individu. Cette période est définie par l'OMS comme étant celle comprise entre 10 et 19 ans pour les Adolescent(e)s et entre 15 et 24 ans pour les jeunes. De manière globale, la jeunesse est constituée des individus âgés de 10 à 24 ans qui représentent 34,1% de la population générale (10 à 19 ans : 24,8 % et 20 à 24 ans : 9,1%)<sup>1</sup>.

L'adolescence se caractérise par des changements importants d'ordre physique, biologique, psychologique et social qui favorisent chez l'individu la quête d'identité, d'indépendance et de créativité, la poussée de croissance, le changement de la taille et de la forme du corps, les modifications hormonales, et caractérielles telles que, l'anxiété et la curiosité sexuelle.

Certaines qualités souvent associées à l'adolescence sont l'immatunité physique et émotionnelle et la vulnérabilité par rapport aux adultes, qui entraînent un manque d'autonomie et une dépendance sociale. Les décisions que les jeunes prennent en relation avec leur santé peuvent transformer leurs relations personnelles, leurs identités et les opportunités qui s'offrent à eux<sup>2</sup>. Les Adolescent(e)s atteints, par exemple, de maladies courantes telles que fièvre, toux et rhume, peuvent sans hésiter demander des soins. D'autres par contre, peuvent être moins disposés à le faire pour des questions plus sensibles. A titre

---

<sup>1</sup> *Recensement General de la Population et de l'Habitat au Cameroun, 2010.*

<sup>2</sup> *Understanding young people's right to decide, IPPF - 2012*

d'exemple, une jeune femme peut préférer s'adresser à sa mère pour obtenir des conseils et de l'aide, plutôt qu'à une infirmière ou à un médecin lorsqu'elle souffre de règles douloureuses. Il n'est pas surprenant que l'un des facteurs clés qui influencent le comportement des Adolescent(e)s en matière de recherche de soins de santé est la question de savoir **si le fait de les solliciter pourrait leur causer des ennuis avec leurs parents ou leurs tuteurs**. Si, comme dans de nombreuses cultures, les normes sociales interdisent fortement les relations sexuelles avant le mariage, les adolescentes non mariées hésiteront probablement à demander des soins, même si elles ont un ulcère génital douloureux ou une éventuelle grossesse non désirée. Ils sont susceptibles d'essayer de résoudre le problème eux-mêmes ou avec l'aide d'amis ou de frères et sœurs en qui ils peuvent avoir confiance pour garder leurs secrets. Pour s'assurer que personne autour d'eux ne découvre leur problème, ils ont tendance à se tourner vers des points de prestation de services tels que les pharmacies et les cliniques situées à une distance de sécurité de leur domicile, ainsi que vers des prestataires de services capables de garder le secret (comme ceux qui pratiquent des avortements illégalement).

Ainsi, les Adolescent(e)s et les jeunes, constituent un groupe particulier pour lequel se posent des problèmes de santé accentués, dont la quête de solutions expose fréquemment aux actes stigmatisant et parfois discriminatoires :

- Mariages précoces avec risque d'accouchement dystocique, de naissance prématurée voire de décès pendant la grossesse ou pendant l'accouchement ;
- Rapports sexuels précoces et ignorance des risques associés à toutes les activités sexuelles non protégées ;
- Forte prévalence des IST, du VIH et du Sida ;
- Frustrations, comportements délinquants et suicidaires ;
- Abus de substances toxiques telles que l'alcool, le tabac et les autres drogues illicites aggravant davantage les IST, le VIH et le Sida.

Le présent guide stratégique de lutte contre la stigmatisation et la discrimination pour la santé des adolescent(e)s et jeunes 2020-2022 est un cadre national de planification, de mise en œuvre et de promotion des interventions de réduction des risques de stigmatisation et de discrimination des Adolescent(e)s et des jeunes en lien avec la santé au Cameroun.

## **PROCESSUS D'ELABORATION**

Le processus d'élaboration du guide stratégique de lutte contre la stigmatisation et la discrimination pour la santé des adolescent(e)s et jeunes 2020-2022 se veut être participatif, inclusif et transparent. Un consultant national a été recruté pour appuyer le processus sous l'encadrement technique de la CAMNAFAW. L'élaboration de ce plan a obéi aux étapes suivantes :

### **1.1. Phase préparatoire : mise en place d'un groupe de travail**

Un groupe de travail, constitué principalement du staff de la CAMNAFAW, a été mis en place autour du Consultant. Après la réunion d'orientation supervisée par le chargé de programme Droits Humains, le processus s'est enrichi des descentes sur le terrain afin de rencontrer d'une part les Adolescent(e)s et jeunes et d'autre part les différents partenaires, notamment le CNLS, les secteurs (MINESEC, MINEDUB, MINESUP, MINSANTE, MINPROFF...), les partenaires bi et multilatéraux, les représentants de la société civile et les organisations de jeunes.

### **1.2. Phase terrain**

Initialement prévue pour durer cinq (05) jours dans les seules villes de Yaoundé et Douala, la phase terrain s'est finalement déroulée du 04 au 18 octobre 2019 dans les villes de Yaoundé, Douala, Ebolowa, Bertoua et Ngaoundéré. Nous avons ainsi organisé six (06) entretiens de groupes avec soixante-treize (73) Adolescent(e)s et jeunes et sept (07) responsables des organisations de jeunesse.

Des entretiens de groupe francs et transparents sous un modèle semi-structuré se déroulant dans le milieu de vie (espace convivial et zone de confort) des répondants (adolescent(e)s et jeunes) ont permis de recueillir des informations de base sur les limites de l'accès aux soins et des propositions concrètes aux différents problèmes en ont découlés. Il s'est agi d'avoir en prime l'avis des Adolescent(e)s et Jeunes, des bénévoles associatifs et accompagnateurs divers, pour faire une capture des esquisses de co-construction de la stratégie de réduction de risques.

Des rencontres et entretiens d'orientation ont été organisés avec les secteurs nationaux, les PTF, les experts divers pour une orientation sur la littérature existante, les stratégies et les dispositions réglementaires sur la question de l'accès aux soins des Adolescent(e)s et Jeunes et notamment la lutte contre la discrimination et la stigmatisation.

Enfin des visites de sites des initiatives novatrices dans certaines formations sanitaires ont été faites, notamment à Bertoua.

### **1.3. Phase de compilation des données et de rédaction**

Cette étape prévue pour cinq (5) jours s'est déroulée en trois phases du 03 au 07 novembre 2019 :



- ☞ L'analyse de la situation de la santé des adolescent(e)s et jeunes au Cameroun a permis de faire un état des lieux des politiques et des interventions pour la santé des Adolescent(e)s et des jeunes ;
- ☞ L'analyse situationnelle sur la problématique de la stigmatisation et la discrimination chez les adolescent(e)s et jeunes en matière de santé. Cette partie issue de l'observation et de la synthèse des rapports des entretiens de groupe a permis de relever les défis auxquels les jeunes sont confrontés pour préparer l'orientation stratégique du présent plan d'action ;
- ☞ L'élaboration du GSD-SAJ, son orientation stratégique et son cadre de coordination sur la période 2020-2022.

#### **1.4. La tenue des réunions techniques d'orientation sur le processus d'élaboration du Guide Stratégique de lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'accès à la santé des adolescent(e)s et jeunes 2020-2022**

Ces réunions techniques ont permis d'examiner et de pré valider le rapport de mission, l'analyse situationnelle et le plan d'action.

#### **1.5. La tenue d'un atelier de validation du Guide Stratégique de lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'accès à la santé des adolescent(e)s et des jeunes 2020-2022**

L'atelier de validation du Guide Stratégique de lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'accès à la Santé des Adolescent(e)s et des Jeunes 2020-2022 qui s'est tenu à Mbalmayo, du 15 au 16 novembre 2019, a regroupé l'ensemble des acteurs clés du processus et permis de valider les orientations stratégiques. Atelier participatif et collaboratif permettant d'impliquer les participants dans le processus de réflexion, d'analyse de la structure et d'enrichissement du contenu du plan et des annexes.

Conçu sur le modèle d'un atelier d'écriture, chaque sous-groupe avait à examiner une partie des productions et veillait à proposer un contenu plus abouti des différentes productions.

#### **1.6. Analyses approfondies, mise en forme et rédaction des livrables finaux**

Il s'agira de consolider les informations collectées, de réaliser des analyses croisées, de faire des synthèses globales etc. afin d'élaborer les livrables.

## DEFINITION DES CONCEPTS

L'**adolescence** est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Elle se caractérise par des transformations physiques (puberté), psychologiques et intellectuelles (ou cognitives).

Les modifications physiques sont une accélération de la croissance en taille et une maturation physique et fonctionnelle des caractères sexuels (croissance et modification des organes génitaux, des seins, règles, pilosité, éjaculation, mue de la voix).

Parallèlement apparaît un désir d'autonomie, et de construction de soi-même qui prépare à la vie adulte, c'est-à-dire à la séparation symbolique d'avec les parents, qui précède la séparation réelle. L'adolescent se tournera alors vers ses pairs au sein de son groupe d'appartenance, c'est-à-dire celui des jeunes de son âge. L'éloignement du ou des parents et surtout du parent du sexe opposé favorisera par ailleurs les premières relations amoureuses et sexuelles.

### La jeunesse

L'âge de la jeunesse comprend les personnes qui ont quitté l'adolescence, sans être encore entrés dans l'âge adulte. Elle désigne en général les plus de 18 ans et cette catégorie est étendue à 24 ans.

### La santé

L'OMS définit la santé comme: « **un état de complet bien-être physique, mental et social et pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité** ».

Cette définition, inscrite au préambule de la constitution de l'OMS en 1946, n'a pas été modifiée depuis. Elle implique la satisfaction de tous les besoins fondamentaux de la personne, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels.

### La stigmatisation

Elle s'entend d'un processus qui, à terme, marque l'individu ou le groupe d'un opprobre : les stigmatisés sont ceux et celles qui subissent une réprobation sociale du simple fait de leur appartenance à un groupe.

### La discrimination

Elle est le fait de séparer un groupe humain ou un individu des autres en le traitant plus mal à cause de ses différences prétendues ou réelles.

## I. LE CONTEXTE GENERAL DU CAMEROUN

### 1.1. Situation géographique, administrative et politique

Le Cameroun est situé dans le Golfe de Guinée et s'étend sur une superficie d'environ 475.442 km<sup>2</sup>. Il se présente sous la forme d'un triangle, limité à l'est par la République Centrafricaine, au Nord-Est par le Tchad, à l'Ouest par le Nigeria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, au Sud-Ouest par l'Océan Atlantique et au Nord par le Lac Tchad. Avec un taux d'accroissement de 2,5% (3<sup>e</sup> RGPH, Rapport de présentation des résultats définitifs, 2010, p.21), sa population est estimée à 23 799 022, avec 51 % de femmes au 1er janvier 2018. La situation d'insécurité à l'Extrême-Nord du pays, et la situation socio-politique défavorable en République Centrafricaine, entraînent un afflux important de réfugiés dans les régions de l'Est et de l'Adamaoua.

Le relief du Cameroun est constitué de plaines, de cuvettes, de hauts plateaux et de chaînes de montagnes dominés par le Mont Cameroun (4100 m).

Au plan climatique, on distingue deux types : le climat tropical soudanien et le climat équatorial avec des nuances. Ces deux variables conjuguées avec une riche hydrographie donnent au pays une végétation qui va de la forêt dense à la steppe. Les savanes arborées ou arbustives s'intercalent entre la végétation luxuriante des forêts du sud et les steppes du nord.

Sur le plan administratif, le Cameroun comprend 10 régions, 58 départements et 360 arrondissements. La région, le département et l'arrondissement constituent des unités administratives du pays. Ces unités se caractérisent par d'importantes différences au plan économique, démographique, social et culturel, qui ne sont pas sans conséquences sur le vécu des Adolescent(e)s et des jeunes.

En application des dispositions de la Constitution de 1996, un processus de décentralisation est en cours. Le Cameroun compte 360 communes dont certaines dans les grandes agglomérations (Yaoundé, Douala, Limbé, Nkongsamba, Bafoussam, Edéa, Garoua, Bamenda, Maroua et Ebolowa, Kribi, Bertoua et Kumba) ont un statut spécial dans leur gestion. Elles sont administrées par des Délégués du Gouvernement nommés par décret du Président de la République.

Au terme de la loi sur la décentralisation, les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) sont les régions et les communes. Ce contexte marqué par la décentralisation met en scène des acteurs nouveaux, appelés à prendre des initiatives cruciales dans la gestion des affaires locales. Les CTD jouissent de l'autonomie administrative et financière pour la gestion des intérêts régionaux et locaux. Elles sont administrées par des conseils élus, et ont pour mission de promouvoir le développement économique, social, sanitaire, éducatif, culturel et sportif de ces collectivités. L'Etat assure leur tutelle et veille à leur développement harmonieux sur la base de la solidarité nationale, des potentialités régionales et de l'équilibre inter-régional.

## 1.2. Situation démographiques sur les Adolescent(e)s et les Jeunes

La population du Cameroun est caractérisée par sa jeunesse. L'âge moyen de la population est de 22,1 ans (3<sup>ème</sup> RGPH). De manière détaillée, plus de la moitié des habitants du pays est constituée des personnes de moins de 17,7 ans. Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, Les Adolescent(e)s et jeunes de (10-24 ans) constituent l'un des fragments le plus important de cette population avec 7 147 000 sur 21 657 488 d'habitants, soit 33,0 % de la population globale du pays. D'après les projections, le nombre d'Adolescent(e)s et jeunes devrait atteindre 9 millions à l'horizon 2020.

La pyramide des âges est caractéristique de celle des pays en voie de développement. Elle se distingue par une très forte proportion de jeunes. Cette structure pyramidale résulte de l'effet conjugué d'une fécondité encore élevée et de la mortalité en baisse. Ainsi, plus de la moitié (63,8%) a moins de 25 ans. Les enfants et les jeunes (les moins de 35 ans) représentent 79,28% de la population totale. Quant aux personnes âgées de 65 ans et plus, elles ne représentent que 3,32% de la population totale.

En 2011, le taux d'urbanisation est estimé à 53,9 % ; ce qui signifie que plus de la moitié de la population vit en zone urbaine.

Au Cameroun, les Adolescent(e)s et Jeunes ne forment pas un groupe homogène, de manière globale on peut regrouper les Adolescent(e)s et les jeunes en deux grandes catégories : les jeunes scolaires (élèves et étudiants) et les jeunes extrascolaires (non formel et informel). Le Tableau 1 ci-dessous présente la répartition de cette population des Adolescent(e)s et des Jeunes en 2010 par groupes d'âges selon le sexe

**Tableau 1:** Répartition de la population des Adolescent(e)s et des Jeunes en 2010 par groupes d'âges selon le sexe.

Groupes spécifiques	Sexe		Total	Poids démographique (%)
	Masculin	Féminin		
10-14 ans	1 227 470	1 167 201	2 394 671	12,34
15-19 ans	1 068 509	1 101 526	2 170 035	11,192
20 – 24 ans	855 334	981 955	1 837 289	9,47
<b>TOTAL</b>	<b>3 151 313</b>	<b>3 250 682</b>	<b>6 401 995</b>	<b>33,00</b>

Source : 3<sup>ème</sup> RGPH

On note une forte densité de la population dans les deux grandes villes que sont : Douala (2 717 695 habitants en 2015) et Yaoundé (2 785 637 habitants en 2015).

## 1.3. Situation ethnique, Culturelle et Linguistique

La population est composée de 230 ethnies réparties en cinq grands groupes ethniques : Soudanais, Hamites, Sémites, Bantous et Semi-Bantous. Le Christianisme, l'Islam et l'Animisme sont les principales religions pratiquées. Malgré le fort impact de la colonisation dans les habitudes de vie, les pratiques culturelles persistent et continuent de structurer les fonctions sociales.

Sur le plan linguistique, le Cameroun compte plus de 200 langues nationales auxquelles s'ajoutent le français et l'anglais comme langues officielles. Ces dernières sont les langues de scolarisation. Compte

tenu de leur grand nombre, l'introduction des langues nationales dans les programmes scolaires soulève encore beaucoup de problèmes.

A chaque ethnie correspond aussi un certain nombre de croyances et de pratiques relatives au statut de l'enfant et de la femme, ainsi qu'un mode d'organisation sociale. Ce substrat culturel a toutefois tendance à être supplanté par les valeurs véhiculées à travers la scolarisation et les moyens de communication modernes.

#### **1.4. Situation socio-économique**

Avec un indice de développement humain de 0,556 en 2017, le Cameroun est classé 189ème sur 228 pays. En 2017, le PIB du Cameroun a atteint 34.923 milliards de dollars soit 1446.7 dollars par habitant<sup>3</sup>, Cette situation classe le Cameroun parmi les pays à revenus intermédiaires de la tranche inférieure. Par ailleurs, selon la 4ème Enquête Camerounaise auprès des Ménages<sup>4</sup>, 37.5% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté estimé à 339 715 F CFA par adulte et par an. Toutefois, d'importantes disparités régionales (21,6% au Centre contre 65,9% à l'Extrême Nord) sont observées. Cette situation économique des ménages est aggravée par l'importante part du paiement direct des ménages dans le financement des soins de santé, notamment ceux liés à la prise en charge des maladies transmissibles.

Malgré leur forte représentativité dans la population générale, les femmes sont confrontées à un certain nombre de problèmes dont l'analphabétisme (31% des femmes de 15-49 ans, EDS-MICS, 2011) et leur faible représentativité des femmes dans les postes d'encadrement et de direction (10,1%).

Le réseau de transport reste encore largement limité au Cameroun. Il est composé de routes nationales revêtues (5 200 km) et non revêtues (12 799 km), de pistes rurales et chemins (232 001 km) soit un total de 250 000 km avec une densité de 52,58 km/100 km<sup>2</sup> (www.mintp.cm/). En effet, seulement 2,08 % des routes sont bitumées en 2013, les 1168 km de voie ferrée reliant Nkongsamba, Kumba, Douala, Mbalmayo, Yaoundé et Ngaoundéré sont vétustes (Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015, 2009). Le réseau fluvial de la Bénoué n'est navigable que trois mois par an. Le pays dispose de trois ports en eaux profondes (Douala, Limbé et Kribi), trois aéroports internationaux (Douala, Yaoundé et Garoua) et cinq aérodromes (Bafoussam, Bamenda, Bertoua, Maroua et Ngaoundéré).

#### **1.5. Organisation du Système National de Santé**

Le système de santé est organisé suivant une structure pyramidale à trois niveaux selon le scénario à trois phases de Lusaka : central, intermédiaire, et périphérique.

- Au niveau central, on retrouve les services centraux du Ministère de la santé Publique et assimilés, les établissements publics et administratifs (05 hôpitaux généraux et 7 hôpitaux centraux) . Ce premier niveau est un niveau administratif de direction politique, d'élaboration des concepts, de la politique et des stratégies. Il comprend aussi les structures de soins de référence telles que les hôpitaux généraux de référence, le Centre hospitalier et universitaire, les hôpitaux centraux et la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME), de même que leurs conseils d'administration ou comités de gestion ;

---

<sup>3</sup> World Development Indicators, 2017

<sup>4</sup> ECAM IV, 2014

- Le niveau intermédiaire comprend les 10 délégations régionales de santé publique qui ont un rôle d'appui technique aux districts sanitaires et aux programmes, les hôpitaux régionaux et assimilés au nombre de 14, de même que les Fonds Spéciaux Régionaux pour la promotion de la santé ;
- Le niveau opérationnel ou périphérique où l'on retrouve les Services de santé de districts (200) en charge de la mise en œuvre des programmes santé et services de soins en rapport avec les bénéficiaires et les communautés. On y retrouve aussi 234 hôpitaux de district et assimilés, 1384 centre Médicaux d'arrondissement, 2016 Centres de Santé Intégrés et assimilés et leurs structures de dialogue et de participation communautaire, 2506 centre de santé ambulatoire et assimilés, et 1298 structures de dialogues et de participation communautaire (COSADI, COGEDI, COGE COSA).

**Tableau 2: Les différents niveaux du secteur santé**

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
Central	Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, Directions et Structures assimilées	Direction politique, Élaboration des concepts, de la politique et des stratégies	Hôpitaux Généraux de référence, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux, CENAME	Conseils d'Administration ou Comités de gestion
Intermédiaire	Délégations Régionales de la Santé Publique	Appui technique aux districts et aux programmes	Hôpitaux Régionaux et assimilés,	Fonds spéciaux Régionaux pour la promotion de la santé
Périphérique	Services de santé de Districts	Mise en œuvre des programmes et des services de santé en relation avec les communautés bénéficiaires	Hôpitaux de District, Centres Médicaux d'Arrondissement, Centres de Santé Intégré	COSADI, COGEDI, COGE, COSA

**Source** : Cadre conceptuel du D.S viable (MINSANTE).

S'agissant du médicament, le Cameroun dispose d'un Système National d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux Essentiels (SYNAME).

Au niveau du système d'information sanitaire, les données sont produites par les Formations Sanitaires (FOSA) et transmises de la base au sommet.

Quant aux ressources, les ratios sont de l'ordre de 3,1 infirmiers pour 10 000 habitants et de 0,9 médecins pour 10 000 habitants, alors que la norme OMS préconise 2,3 pour 1000 habitants pour une couverture appropriée. Notons que le financement du secteur de la santé reste au des 15% du budget national.

## II. LA SITUATION DE LA SANTE DES ADOLESCENT(E)S ET JEUNES AU CAMEROUN

### 1.1. Situation de l'engagement politique

Dans la Vision de développement du Cameroun à l'horizon 2035 dont la déclinaison pendant la période 2010-2020 est traduite par le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), le chômage et le sous-emploi des jeunes sont des préoccupations de premier ordre, comme levier important dans la lutte contre la pauvreté. En faisant de l'autonomisation des jeunes et de leur participation au développement à travers leur insertion dans les circuits de production, cette vision garantit l'accessibilité financière des adolescent(e)s et des jeunes aux services de santé.

Au niveau politique, de nombreux autres documents de politiques et normatifs adossés à la Vision 2035 ont été développés et nous pouvons citer :

- ☞ La Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027.
- ☞ Le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2018-2022.
- ☞ Le Document de Politique Nationale Genre.
- ☞ Les Critères et Caractéristiques des services socio-sanitaires conviviaux pour Adolescent(e)s et jeunes, 2009
- ☞ Le Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile (PSN/SRMNI) au Cameroun 2014-2020.
- ☞ Le Plan Opérationnel de Planification Familiale 2015-2020.
- ☞ La Situation des Jeunes et des Adolescent(e)s en matière de santé de reproduction et lutte contre les IST/VIH/sida au Cameroun ; UNICEF-MINSANTE, Janvier 2014
- ☞ Le Plan National de Développement Sanitaire (2016-2020). Edition août 2016.
- ☞ Le Plan Stratégique de lutte contre la Tuberculose au Cameroun (2015-2019). Edition 2014.
- ☞ Le plan d'Accélération de la Thérapie ARV au Cameroun 2016-2018 (édition 2015).

Au Cameroun, plusieurs programmes dotés de plans stratégiques pour lutter contre les maladies et réduire la mortalité ciblent spécifiquement les adolescent(e)s et les jeunes. L'on peut citer entre autres, les : Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile (PLMI), Programme National de Transfusion Sanguine (PNTS), Programme Multisectoriel de Lutte contre le VIH et le Sida (PMLS), Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), Programme National de Lutte contre la Drogue (PNLD).

## 1.2. Situation de la santé de reproduction y compris des IST, du VIH et du Sida chez les adolescent(e)s et les jeunes

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) a définie l'accès à la planification familiale comme un droit humain pour toute personne voulant limiter ou espacer les naissances. De plus, il est estimé que la mortalité maternelle peut être réduite de 27% si tous les couples désirant d'espacer ou limiter leurs grossesses avaient accès aux services de PF<sup>5</sup>.

L'indice synthétique de fécondité demeure élevé au Cameroun passant de 5,2 enfants par femme en 1998 à 5,0 en 2004 et 5,1 en 2011 (EDS II/EDS III/EDSIV-MICS). De manière générale, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes reste assez faible. La prévalence contraceptive moderne auprès des femmes en âge de procréer est passée de 13,5% en 2004 à 15,9% en 2011<sup>6</sup> (EDS /EDSIV-MICS). Cependant, l'utilisation des méthodes traditionnelles a baissé de 12,5% en 2004 à 7,5% en 2011 (EDS III/EDS IV-MICS). Il est généralement reconnu que les méthodes traditionnelles sont moins efficaces que les méthodes modernes.<sup>7</sup>

Quant à l'utilisation des contraceptifs, force est de constater que les disparités socio-économiques et géographiques sont importantes avec 2,2% des femmes les plus pauvres utilisant une méthode moderne contre 25,5% des femmes les plus riches (EDS IV-MICS). Les méthodes modernes utilisées par les femmes sont le condom masculin (10,8 %), les injectables (2,3%), les pilules (1,6%), et les implants (0,5 %), la stérilisation féminine (0,4%), les DIUs (0,2%), et le condom féminin (0,1 %) (EDS IV-MICS). L'utilisation des méthodes de longue durée reste faible. Le condom masculin majoritairement utilisé pour la contraception est relativement moins efficace que les autres méthodes modernes, mais offre la double protection contre les IST et le VIH et les grossesses non désirées.

Par ailleurs la prévalence contraceptive auprès des jeunes de 15 à 19 ans sexuellement actifs demeure faible (12,1%), ce qui entraîne comme conséquence les accouchements précoces (31,2 %). La plupart des jeunes filles ont eu leur première grossesse avant l'âge de 18 ans (EDS IV-MICS). Le condom masculin est la méthode la plus utilisée avec un taux de 11%, alors que l'utilisation des autres méthodes demeure faible (1,1 %) (EDS IV-MICS).

**Tableau 3 : Evolution de la prévalence contraceptive par méthode (EDS 2004, 2011)**

Méthodes contraceptives utilisées par les femmes en âge de procréer	Prévalence contraceptive de chaque méthode	
	2004	2011
Méthodes		
Stérilisation féminine	0,9%	0,4%
Pilules	1,3%	1,6%
DIU	0,2%	0,2%

<sup>5</sup> Guttmacher Institute et UNFPA. Adding it up: The Cost and Benefits of Investing in Family Planning, Maternal, and Newborn Health.2011. 550,000 annual maternal deaths/150,000 fewer maternal deaths

<sup>6</sup> auprès les femmes en union, la prévalence contraceptive moderne a doublé depuis l'EDS II de 1998 passant de 7% à 12,5% en 2004 et à 14,4% en 2011 actuellement. Auprès les femmes non en-union mais sexuellement active, la prévalence a augmenté de 21,6% en 1998 à 46,6% en 2004 et 48,0% en 2011.

<sup>7</sup> Guttmacher Institute et UNFPA. Adding it up: The Cost and Benefits of Investing in Family Planning, Maternal, and Newborn Health.2011, 7.



Injectables	1,1%	2,3%
Condom Masculin	9.7%	10,8%
Condom Féminin	0,0%	0,1%
Jadelle	0,3%	0,5%

La PF ne semble pas être une priorité dans les FOSA et les horaires de prestation sont souvent inappropriés surtout pour les adolescentes et jeunes. La qualité de l'accès est tout aussi critique et des problèmes de gestion de stock au niveau des régions et des points de prestation sont très souvent mentionnés.

La qualité de l'offre des services reste un défi majeur. Les compétences des prestataires sont faibles car certains d'entre eux ont reçu leur formation il y a plusieurs années sans avoir bénéficié d'une remise à niveau de leurs connaissances. D'autres ont reçu des formations sur le tas, et ils utilisent des pratiques dépassées. L'équipement des FOSA est souvent incomplet. Ces deux facteurs conjugués handicapent sérieusement la qualité de l'offre des services de planification familiale. Toutefois, malgré l'offre des services, la fréquentation des services de santé de reproduction par les Adolescent(e)s/jeunes reste faible.

Les déterminants et conditions d'un meilleur accès et l'utilisation des services de santé SR/IST/VIH/SIDA dépendent de trois principales variables : la sensibilisation des jeunes sur les services de SR (53.5%) ; la réduction des prix des médicaments (25.5%) et la gratuité des services (21%). Au-delà de ces 03 variables, certains obstacles auxquels les jeunes font face quant- à l'accès des services de SR devront être surmontés. Il s'agit notamment de la honte, la culture, le mauvais accueil du personnel de santé, la non confidentialité des informations, l'absence de conscience professionnelle chez le personnel soignant et l'absence de dialogue entre les jeunes et leurs parents.

En 2018 on estimait à 540 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH pour les 15-49 ans. L'incidence du VIH, c'est-à-dire le nombre de nouvelles infections parmi une population et au cours d'une période donnée, est de 1,02 %, toutes tranches d'âge confondues.

Selon le rapport de l'ONUSIDA 2018, l'évolution du nombre de décès liés au sida est positive. Ils sont passés de 22 000 en 2010 à 18 000 en 2018, soit une baisse de 19 %. Le nombre de nouvelles infections au VIH a également baissé au cours de la même période, passant de 36 000 à 23 000.

Les adolescent(e)s (10–19 ans) et les jeunes (20–24 ans) continuent d'être vulnérables à la fois socialement et économiquement vis-à-vis de l'infection à VIH en dépit de nombreux efforts consentis à ce jour. Ceci est particulièrement vrai pour les Adolescent(e)s – surtout les filles – vivant dans un environnement d'épidémie généralisée comme au Cameroun.

### **Connaissance complète du VIH**

Au Cameroun, 33,4 % des jeunes femmes et 30,6 % des jeunes hommes âgés de 15-24 ans ont une connaissance complète des moyens de prévention du VIH. Le pourcentage de jeunes ayant une connaissance complète sur le VIH est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural ; il est de 41,1 % chez

les jeunes femmes et 38,7% parmi les jeunes hommes du milieu urbain contre respectivement 29,1% et 24,9% en milieu rural<sup>8</sup>.

Le pourcentage de jeunes ayant une connaissance complète sur le VIH augmente avec le niveau d'instruction, passant de 27,4% chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 47,1% chez celles ayant le niveau d'instruction secondaire 2nd cycle et à 56,2% chez celles ayant le niveau d'instruction supérieur et, chez les hommes, respectivement de 8,6% à 43,5% et à 59,3%<sup>9</sup>.

### **Adoption des comportements à moindre risque**

Dans environ deux tiers des cas, les filles savent, à la fois, que l'utilisation d'un condom à chaque rapport sexuel (67,7%) et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle non infecté (77,3%) permettent d'éviter de contracter le virus. Chez les garçons, cette proportion est plus élevée (75,1% pour l'utilisation du condom et 81,4% pour la fidélité à un partenaire non infecté). Les garçons sont donc mieux informés que les filles sur certains moyens d'éviter l'infection<sup>10</sup>.

### **Dépistage du VIH**

Selon l'EDS 2018, 35,3% d'adolescentes et jeunes femmes (15-24 ans) déclare avoir fait un test du VIH dans les 12 derniers mois et avoir reçu les résultats du dernier test, contre 25,9% d'Adolescent(e)s et jeunes hommes du même âge. Dans le même temps, 43,5% d'adolescentes et jeunes femmes (15-24 ans) déclare n'avoir jamais fait un test du VIH, contre 61,2% d'Adolescent(e)s et jeunes hommes du même âge.

Il est admis que les jeunes femmes en âge de procréer sont beaucoup plus susceptibles que leurs homologues masculins de bénéficier d'un conseil et dépistage du VIH. Ceci tiendrait au fait qu'elles peuvent accéder à des soins prénatals et à d'autres services de santé reproductive qui offrent des possibilités de conseil sur le VIH, notamment des services de prévention de la transmission mère-enfant.

### **Le ciblage des groupes les plus vulnérables**

Selon le PSN 2018-2022, ce ciblage permet de retenir comme principales cibles :

- Les Populations clés « moteurs de l'épidémie » : Elles se composent de : i) Les PVVIH (femmes, hommes, adolescent(e)s et enfants ; ii) Les TS avec une séroprévalence au VIH se situant à 36,7% (Cartographie des TS au Cameroun, 2009) ; iii) Les HSH dont la séroprévalence au VIH est de 44,3% à Yaoundé et 24,2% à Douala ; iv) les Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI) et les camionneurs dont la séroprévalence est de 16,3%<sup>11</sup>.

- Les populations vulnérables regroupant entre autre : a) les jeunes et Adolescent(e)s (filles et garçons) de 15 à 24 ans en contexte de vulnérabilité, (b) les femmes enceintes et les enfants nés de mères séropositives, c) les populations carcérale et d) les autres populations en contexte de vulnérabilité

---

<sup>8</sup> EDS 2018

<sup>9</sup> Idem

<sup>10</sup> Idem

<sup>11</sup> Sexual behaviour characteristics of some population sub groups in Cameroon, 2004

(personnes en uniforme, personnes avec un handicap, réfugiés, camionneurs, travailleurs des pôles économiques...).

### 1.3. Situation des autres maladies endémiques

Le Rapport sur le Paludisme dans le Monde 2018 a estimé à 219 millions le nombre de cas de paludisme survenu dans le monde en 2017 et à 435 000 le nombre de décès liés à cette pandémie sur la même période. Le Continent africain compte 10 des 11 pays du Monde qui ont rapporté le plus de cas et donc l'augmentation des cas est estimée à plus de 3,5 millions en 2017 par rapport aux années antérieures. Avec une estimation à 7,3 millions de cas et à 11 566 décès survenus au cours de l'année 2017, le Cameroun est compté parmi ces 10 pays africains subissant le plus lourd fardeau du paludisme.

Sur le plan national, le nombre de cas enregistré dans les formations sanitaires est quasi-stagnant depuis 2011 et avec une tendance à l'augmentation à partir de l'année 2017. Le nombre de décès, après une évolution à la baisse sur plusieurs années, connaît une tendance à la hausse depuis l'année 2017 également. Il a représenté 24,3% des consultations toutes causes confondues et 12,8% des décès survenus dans les formations sanitaires du pays<sup>12</sup>.

En 2017, l'incidence du paludisme au Cameroun est de 86,3 cas pour 1000 habitants. Elle est forte dans la zone forestière couvrant les Régions de l'Est, du Sud-Ouest et du Centre, et modérée dans les autres régions (tableau 4).

**Tableau 4 : Morbidité proportionnelle et incidence du paludisme par région en 2017**

Région	Population (a)	Consultations pour maladie (b)	Cas confirmés (c)	Morbidité proportionnelle (%) (c/b)	Incidence hospitalière (pour 1000 habitants) (c/a)
Adamaoua	1 239 729	457 975	152 810	33,4	123,3
Centre	4 483 380	1 570 303	449 843	28,6	100,3
Est	1 070 381	647 009	196 397	30,4	183,5
Extrême-Nord	4 332 532	1 206 867	271 592	22,5	62,7
Littoral	3 693 824	1 501 064	290 155	19,3	78,6
Nord	2 652 842	619 094	162 646	26,3	61,3
Nord-Ouest	2 180 308	1 008 885	163 607	16,2	75,0
Ouest	2 040 265	600 232	148 593	24,8	72,8
Sud	782 430	208 107	60 541	29,1	77,4
Sud-Ouest	1 778 064	803 386	196 825	24,5	110,7
<b>Cameroun</b>	<b>24 253 755</b>	<b>8 622 922</b>	<b>2 093 009</b>	<b>24,3</b>	<b>86,3</b>

Source : Rapport annuel 2017, PNLP

<sup>12</sup> Rapport annuel PNLP, 2017

La **tuberculose** demeure un problème de santé publique majeur. Les décès dus à cette affection comptent pour 25% des morts évitables chez les adolescent(e)s et les jeunes. Son incidence est estimée à 75 nouveaux cas contagieux pour 100.000 habitants par an.

Le Plan Stratégique National de Lutte contre la Tuberculose dont les objectifs 2015-2019 sont en priorité, d'intensifier le dépistage de la tuberculose parmi les populations vulnérables et à risque, améliorer le taux de succès thérapeutique à 87% d'ici à 2019 et augmenter à 95% le dépistage du VIH chez les tuberculeux, rencontre cependant de grands défis.

On dénombre sur le territoire national 259 centres de confirmation de diagnostic et de mise sous traitement (CDT) qui sont des services dans les formations sanitaires spécialisés dans la prise en charge de la tuberculose sensible et 11 centres fonctionnels de prise en charge de la tuberculose multi résistante. Au cours de l'année 2018, 3718 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été pris en charge chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, soit 2079 chez les jeunes hommes et 1639 chez les jeunes femmes sur un total de 23743 patients tous âges confondus<sup>13</sup>.

Le taux d'acceptation du test de dépistage au VIH était de 91% chez tous les cas TB. 27% des cas tuberculeux testés sont positifs au VIH (taux de coinfection TB/VIH)<sup>14</sup>.

#### **1.4. Situation des pratiques néfastes, des traumatismes/violences à la santé des adolescent(e)s et les jeunes**

Au Cameroun les Adolescent(e)s et les jeunes sont victimes de certaines pratiques sexuelles néfastes telles que les mariages précoces et/ou forcés, les mutilations génitales, le repassage des seins et les violences sexuelles. Ces pratiques s'observent généralement en milieu rural. Ainsi, 17% des femmes 15-49 ans étaient déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans.

Dans l'ensemble, 20% des femmes ont été forcées à avoir leurs premiers rapports sexuels au Cameroun. Cette proportion décroît avec l'âge : elle est maximale avant l'âge de 15 ans (30%), reste encore élevée parmi les femmes entre 15 et 19 ans (18%), pour atteindre 8% entre 20-24 ans<sup>15</sup>.

La pratique de l'excision est très légèrement plus courante chez les femmes en milieu rural (2%), les femmes de l'Extrême-Nord (5%), du Nord (2%), du Sud-Ouest (2%) et chez les femmes musulmanes (5%).

Le repassage des seins constitue une pratique déshonorante pour la jeune fille du fait des séquelles physiques et psychologiques. Au Cameroun, 24% de jeunes filles ont subies cette pratique<sup>16</sup>.

Le massage utérin traditionnel est une cause fréquente des hémorragies du post partum. Une étude menée au Cameroun par RENATA en 2007<sup>17</sup> démontre que 80% des femmes subissent le massage utérin traditionnel après l'accouchement.

---

<sup>13</sup> Rapport annuel PNL, 2018

<sup>14</sup> Idem

<sup>15</sup> EDS-MICS 2011, 104

<sup>16</sup> RENATA, 2006

<sup>17</sup> Gerd EPPEL, août 2007

## **1.5. Situation de la santé mentale des adolescent(e)s et les jeunes**

La santé mentale peut être considérée comme un facteur très important de la santé physique pour les effets qu'elle produit sur les fonctions corporelles. Ce type de santé concerne le bien-être émotionnel et cognitif ou une absence de trouble mental<sup>7</sup>. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale en tant qu'« état de bien être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie, et est capable de contribuer à sa communauté »<sup>8</sup>. Il n'existe aucune définition officielle de la santé mentale. Il existe différents types de problèmes sur la santé mentale, dont certains sont communément partageables, comme la dépression et les troubles de l'anxiété, et d'autres non-communs, comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire.

Selon l'OMS, 450 millions de personnes à travers le monde souffrent de troubles mentaux. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 15 à 24 ans et les affections les plus fréquentes sont les dépressions, les toxicomanies et la schizophrénie. Le gouvernement du Cameroun reconnaît le suicide comme étant un problème réel qui n'épargne aucune classe sociale.

En l'absence de statistiques fiables sur la consommation des drogues au Cameroun, il est avéré que leur usage illicite et/ou abusif concerne 10% de la population âgée variant de 11 à 60 ans<sup>18</sup> dont 52% sont des jeunes entre 15 et 25 ans. Cette population, indifféremment du niveau d'études, du sexe et de la religion, se trouve à la fois en zones rurale et urbaine. Le taux de personne ayant consommé une drogue dure (cannabis, tramol, solvants divers, cocaïne, amphétamines...) au moins une fois dans la vie serait de 25% ; avec toutefois des disparités régionales qui atteignent les 31% dans la Région de l'Extrême-Nord<sup>19</sup>.

Il est à noter que le phénomène de consommation de la drogue touche un peu plus les chômeurs, les artistes, les sportifs, les chargeurs et laveurs de voitures, les gardiens de nuit, les élèves/étudiants, les taximen/moto taximen ; lesquels évoquent à 40% des cas, le besoin de se « donner du courage ».

Le lien entre l'usage de la drogue et les risques d'infections du VIH est assez étroit ; en se « donnant du courage », 11% des usagers de drogue sont prêts à passer à l'acte sexuel en prenant des risques et en bravant des normes sociales et des interdits. Dans le même contexte, l'ONUSIDA établit que jusqu'à 10% des cas de VIH dans le monde sont imputables au partage d'aiguilles, de seringues ou d'autres instruments d'injection contaminés et que plus de 22% des PVVIH s'injectent de la drogue. Sur les 10,6 millions de personnes qui ont consommé des drogues injectables en 2016, plus de la moitié vivaient avec l'hépatite C, et une sur huit vivait avec le VIH<sup>20</sup>.

## **1.6. Situation des services socio-sanitaires conviviaux pour les adolescent(e)s et les jeunes**

En août 2009, le Minsanté avec l'appui de l'UNFPA et l'UNICEF, a élaboré les critères et caractéristiques des services socio-sanitaires conviviaux pour Adolescent(e)s et jeunes. Ces critères se sont fondés sur la perception minimale qu'un service est convivial pour Adolescent(e)s et jeunes s'il fournit une gamme

---

<sup>18</sup> E. Wansi, Rapid assesment of drug abuse in Cameroon, 1994

<sup>19</sup> Etude CRETES, 2002

<sup>20</sup> ONUSIDA, rapport Santé, droits et drogues : réduction des risques, dépénalisation et discrimination zéro pour les consommateurs de drogues, 2019.

appropriée de prestations aux Adolescent(e)s et jeunes en comblant leurs attentes, et s'ils sont capables de les retenir pour un suivi et des visites répétées.

A ce jour le Cameroun compte très peu de structures (05 structures répertoriées uniquement) qui offrent des services socio-sanitaires conviviaux aux Adolescent(e)s et jeunes selon les critères élaborés.

### III - L'ANALYSE SITUATIONNELLE SUR LA PROBLEMATIQUE DE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION CHEZ LES ADOLESCENT(E)S ET JEUNES EN MATIERE DE SANTE

Les jeunes éprouvent des difficultés à accéder aux services de santé de qualité. Les causes de cette situation sont liées aux insuffisances du système de santé en général et à la non prise en compte des spécificités de la jeunesse.

Quelques déclarations des adolescent(e)s et jeunes rencontrés :

*« J'étais très énervé et j'aurais pu être violent. L'infirmière était très arrogante et j'étais choqué, je voulais rentrer ».*

*« En entrant dans la salle, tous parlaient de ma maladie et de mes autres antécédents médicaux que je suis repartie sans prendre mes injections ».*

D'une part, le système de santé est caractérisé par une inégale répartition des structures de soins et services de santé et d'autre part, une insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines. A cela s'ajoutent les grands problèmes de santé publique, l'insuffisante organisation des soins de santé primaires, l'indisponibilité et l'inaccessibilité aux médicaments essentiels de qualité, le développement insuffisant du système de référence/contre référence, l'insuffisance de coordination des interventions en matière de santé des Adolescent(e)s et jeunes et l'absence d'un système efficace de communication pour le changement de comportement en matière de santé.

Par ailleurs, l'absence criarde de jeunes dans les structures communautaires de dialogue, l'incapacité financière de la jeunesse dans un contexte où près de la moitié des individus vit avec moins d'un dollar US par jour, couplées à l'absence d'un système d'assurance maladie, constituent des freins pour l'accès des jeunes aux soins et services de santé correspondant à leurs besoins. Malgré le niveau de connaissance généralement élevé sur les préoccupations en matière de santé, les jeunes n'ont pas souvent une information suffisante sur les services de santé qui sont mis à leur disposition.

Les données collectées lors des entretiens de groupe avec les Adolescent(e)s et jeunes ont largement confirmé une étude menée par la DSF en 2007, constatant que les problèmes auxquels font généralement face les Adolescent(e)s et les jeunes en matière de santé sont prioritairement ceux évoqués ci-après :

- Problèmes de santé sexuelle et de la reproduction (y compris le VIH/SIDA) ;
- Maladies endémiques et chroniques (paludisme, drépanocytose, diabète, onchocercose...).
- Consommation et abus de substances toxiques (tabac, alcool et autres substances nocives...)
- Traumatismes à type d'agressions physiques et accidents de la voie publique ;
- Troubles nutritionnels et Malnutrition ;
- Problèmes de santé mentale.

Ces entretiens ont révélés que la problématique de la stigmatisation et de la discrimination des Adolescent(e)s et des jeunes en matière de santé est à explorer sur les domaines suivants :

- L'accessibilité financière ;
- L'offre de service ;
- La lutte contre les pratiques malsaines ;
- L'appropriation communautaire des interventions en SAJ ;
- La formation du personnel de santé.

## **1. Sur le plan de l'accessibilité financière**

*Couverture santé universelle, suppression des paiements aux points d'accès.*

A l'échelle mondiale, la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) a pris racines dans la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, adoptée en 1948, qui fait de la santé un droit fondamental pour tout être humain, et dans la Stratégie mondiale de la santé pour tous, lancée en 1979.

Instaurée dans les Objectifs de Développement Durable, notamment dans la cible 3.8 à atteindre d'ici 2030, la Couverture Sanitaire Universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.

Cette approche définitionnelle contient trois objectifs de la CSU, liés entre eux :

- ▣ L'accès équitable aux services de santé – tous ceux qui ont besoin des services de santé, quels que soient leurs moyens financiers, doivent pouvoir y accéder ;
- ▣ La qualité – les services de santé doivent être d'une qualité suffisante pour améliorer la santé de ceux qui en bénéficient ;
- ▣ La protection financière – le coût des soins ne doit pas exposer les usagers à des difficultés financières.

Au Cameroun, 40% de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté parmi lesquelles 55% vivent en milieu rural. La pauvreté affecte plus particulièrement les femmes et les jeunes.

Les personnes évaluent la santé comme l'une de leurs principales priorités, juste après les problèmes économiques, comme le chômage, les faibles salaires et le coût élevé de la vie. L'accès aux services de santé étant donc essentiel, ils requièrent une attention particulière aussi bien au niveau politique que technique.

Ces dernières années, les efforts du gouvernement visant à faciliter l'accès aux soins de santé de qualité sont visibles à travers notamment la gratuité de certains vaccins et le traitement de certaines maladies (Sida, Tuberculose, Hépatites, Paludisme...). Mais, beaucoup reste à faire car la prise en charge des soins



de santé reste encore inabordable pour certaines familles et patients. Des millions de personnes restent privées de services de santé car elles doivent payer au moment où elles en bénéficient (paiement au point d'accès). Cette situation peut entraîner des difficultés financières voire l'appauvrissement du fait de ces débours.

D'autres facteurs tels que l'inexistence des frais de transport pour se rendre à la FOSA, les coûts irréguliers limitent l'utilisation des formations sanitaires par les Adolescent(e)s et les jeunes.

La réduction des paiements directs ou la pratique des coûts préférentiels aux points d'accès à la FOSA, constitue une action de premier plan pour améliorer l'accès des adolescent(e)s et des jeunes aux services de santé.

## **2. Sur le plan de l'offre de service**

Les mots-clés suivants ont été contenus dans les expressions de nombreux Adolescent(e)s et jeunes rencontrés lors des entretiens :

*« Espaces ado friendly », « honte », « regard des autres », « on dit », « Services de proximité », « accueil », « accès facile », « complication du circuit du malade », « adaption aux horaires scolaires », « difficultés à prendre des rendez-vous à cause des programmes scolaires », « Disponibilité des services sociaux », « services et conseils en ligne ».*

L'activité sexuelle pendant l'adolescence (dans un mariage ou pas), met les adolescent(e)s à risque des problèmes de la santé sexuelle et reproductive. Notamment les grossesses précoces (désirées ou non), les IST et le VIH, les violences basées sur le genre.

Pour ces Adolescent(e)s sexuellement actifs, les services de SR comme la fourniture du planning familial, la prévention et les soins contre les IST, sont fournis de manière inconfortable et embarrassante pour les adolescent(e)s et jeunes. Aussi, sont-ils plus enclins à se tourner vers des ressources en dehors des structures de soins formels, à l'instar des méthodes traditionnelles de contraception, les médicaments de la rue et les tradipraticiens.

Un certain nombre de facteurs risquent de limiter l'utilisation des formations sanitaires par les Adolescent(e)s et les jeunes:

- ☞ La nécessité de l'accord parental et la restriction pour accéder à certains services notamment le test de dépistage du VIH ;
- ☞ l'auto-stigmatisation (la peur/la honte d'être vus dans un service de reproduction d'une formation sanitaire) ;
- ☞ l'insuffisance de services privés et confidentiels ou la crainte que leurs parents ne soient mis au courant de leur visite ;
- ☞ la peur des procédures médicales, surtout les examens gynécologiques pour les filles ;

- ☞ la honte de dire qu'ils ont déjà une expérience sexuelle ou qu'ils ont fait l'objet de relations sexuelles forcées ;
- ☞ les prestataires de santé peu accueillants, surtout dans les formations sanitaires publiques.
- ☞ Les horaires d'ouverture des structures de santé peu pratiques pour les Adolescent(e)s et jeunes ;
- ☞ Les obstacles liés au genre : Certains obstacles sont particulièrement associés au sexe du jeune. Les adolescentes sont peu enclines à se faire examiner par des hommes et les jeunes hommes
- ☞ peuvent avoir du mal à parler de symptômes intimes avec un prestataire de soins de santé de sexe féminin.
- ☞ La longueur de la file d'attente

D'où la nécessité de mettre en place des services conviviaux pour les Adolescent(e)s et les jeunes dans les FOSA, répondant aux caractéristiques suivantes :

- ☞ Etre **EQUITABLE** : Tous les Adolescent(e)s, pas seulement un certain groupe, sont capables d'obtenir les services de soins dont ils ont besoin;
- ☞ Etre **ACCESSIBLE**: Les Adolescent(e)s sont capables d'obtenir les services fournis;
- ☞ Etre **ACCEPTABLE**: Les services soins sont fournis de sorte à satisfaire les attentes des Adolescent(e)s clients;
- ☞ Etre **APPROPRIE**: Les services de soins dont les Adolescent(e)s ont besoins sont offerts;
- ☞ Etre **EFFECTIF**: Les services de soins adéquats sont offerts, de la manière la plus appropriée et contribue positivement à la santé de l'adolescent;
- ☞ Être efficient : (coût-efficacité) : meilleure qualité de service au moindre coût.

Dans le monde actuel, basé sur la technologie, les Adolescent(e)s et jeunes, recherchent une certaine commodité, parallèlement à des soins de première qualité. Les avantages de l'utilisation d'une plateforme en ligne de prise de rendez-vous médicaux seraient réels pour la cible A&J. À cet égard, une plateforme en ligne de prise de rendez-vous médicaux peut s'avérer extrêmement utile, qu'il s'agisse du choix d'un médecin approprié, à la préparation de la visite, en passant par la prise de rendez-vous.

L'offre de services en direction des **Adolescent(e)s jeunes vivant avec le VIH** requiert encore plus d'attention. Ils ont souvent un accès limité à l'information dont ils ont besoin, et ont besoin d'une assistance particulière notamment sur les relations (sexuelles), la gestion de l'hygiène, l'observance, la gestion des rendez-vous... entre autres pour respecter leur traitement. Par exemple, ils peuvent avoir des questions telles que « puis-je avoir des relations sexuelles avec mon partenaire séropositif ou séronégatif? » ou « comment informer mon partenaire que je suis séropositif? ».

### 3. Sur le plan de la gouvernance et les pratiques d'équité dans les FOSA

Il est recommandé qu'il soit instauré dans les formations sanitaires un système d'affichage des prix des consultations pour faciliter l'information du patient et éviter des actes de corruption qui pourraient engendrer des désagréments. Le problème demeure quand bien même ils sont affichés, ils le sont à des endroits pas très visibles au public.

Les coûts pratiqués et ceux préconisés dans les prestations de service peuvent différer de manière importante. Dans les formations publiques par exemple, les coûts des soins varient selon que l'on sollicite un hôpital de référence, un hôpital de district, un CMA, ou un CSI d'une part et la qualification du personnel que l'on souhaite consulter d'autre part.

Dans ce contexte, il est important d'assurer des actions de promotion des droits à la santé en direction des Adolescent(e)s et jeunes clients, avec possibilité d'utilisation d'un numéro vert pour renseigner les cas de violation.

D'autres mesures d'équité à l'instar d'un système de gestion de la file d'attente sont nécessaires pour éliminer les passe-droits et les priorités affinitaires dans les consultations en FOSA.

### 4. Sur le plan de l'appropriation communautaire des interventions en SAJ

En ce qui concerne la participation significative des jeunes, la recherche opérationnelle du programme ASK révèle que:

- ☞ La participation significative des jeunes est essentielle à la réalisation des objectifs du programme SAJ. Dans le cadre du travail programmatique, l'utilisation des idées et des connexions des jeunes, ainsi que de leurs compétences sur les sujets liés à la jeunesse, permet d'augmenter la portée, l'attractivité, la pertinence et l'efficacité des interventions. Grâce aux contributions des jeunes les interventions correspondent mieux aux besoins des groupes cibles ainsi qu'aux réalités de leur environnement. Les jeunes, qui partagent des caractéristiques avec le public cible, sont nécessaires à la création d'un environnement favorable pour les autres jeunes.
- ☞ La participation significative est un facteur d'autonomisation qui a un effet positif sur les jeunes et peut conduire à un changement social. La participation des jeunes a un impact positif sur les jeunes eux-mêmes: elle renforce leurs connaissances, leurs compétences, leur confiance en soi, leur autonomie, leurs réseaux et leurs opportunités.

En d'autres termes: grâce à leur participation et leur engagement civique, les jeunes peuvent faire valoir leurs droits et initier des changements positifs dans leur vie et celle des autres, contribuant ainsi à des processus (démocratiques) de changement social dans leurs communautés. Lorsque les jeunes s'engagent dans ce type de processus, ils font preuve de « citoyenneté active » et deviennent des « agents du changement social ».

- ☞ La participation significative des jeunes a un impact positif sur les adultes impliqués dans des partenariats avec des jeunes. Les adultes qui interagissent avec les jeunes dans le cadre de

programmes portant sur la SAJ et sont les premiers témoins de leurs compétences commencent à percevoir les jeunes comme des contributeurs légitimes et nécessaires.

Grâce à leur engagement avec les jeunes, les adultes bénéficient d'un renforcement de leur niveau d'énergie et de confiance; ils deviennent plus sensibles aux besoins et aux préoccupations des jeunes et développent ainsi une meilleure compréhension des questions qui sous-tendent leurs programmes.

- ☞ La participation significative des jeunes renforce la capacité des organisations à mener des interventions adaptées aux jeunes en matière de SAJ. Mettre les jeunes au cœur des programmes et des services permet pour les institutions et les organisations concernées de renforcer leurs capacités et de changer leur façon de travailler. Le processus de participation des jeunes a un effet positif sur la capacité d'une organisation à créer les structures d'institutionnalisation de la participation significative des jeunes, et à mener des interventions adaptées aux jeunes. La participation des jeunes tend à renforcer l'engagement organisationnel à respecter les droits des jeunes.

Les initiatives communautaires devraient se retrouver en lien avec les FOSA et assurer une appropriation efficace des interventions en SAJ. Nous notons qu'à travers diverses initiatives, les jeunes et Adolescent(e)s se sont considérablement mobilisés ces dernières années pour contribuer à la réponse nationale contre les IST/VIH-SIDA/ notamment dans le domaine de la prévention. Cette mobilisation s'observe à travers la place que les associations des jeunes/de jeunesse accordent à la sensibilisation sur le VIH/sida dans leurs programmes lors des différentes manifestations culturelles et autres rencontres qu'elles organisent. Malheureusement, même si elles se font souvent assister par des personnes ressources, il est difficile voir, impossible d'évaluer l'impact de ces actions pourtant importantes.

Bien que l'on s'accorde sur l'importance du leadership des jeunes dans la prévention du VIH et du Sida, il faut dire que des efforts considérables restent à faire dans ce domaine notamment en ce qui concerne la responsabilisation de ces derniers à tous les niveaux y compris dans le processus décisionnel. Il en est de même du renforcement des capacités opérationnelles et techniques des organisations/mouvements de jeunesse qui travaillent pour la lutte contre le VIH et le Sida pour plus d'efficacité.

En organisant des activités de sensibilisation et de plaidoyer (menées par les jeunes eux-mêmes), les organisations contribuent à créer un environnement favorable dans lequel le cadre politique, juridique et social encouragent les jeunes à rechercher et à obtenir des informations et des services relatifs à la santé et notamment la sexualité. Ces organisations travaillent particulièrement à encourager la tolérance au niveau des communautés comme au niveau politique, et à satisfaire les droits et les besoins des groupes mal desservis en matière de sexualité.

Les programmes portant sur la SAJ doivent, au minimum, faire participer ces derniers de façon significative. Cela signifie que les jeunes doivent avoir le même accès à l'information et aux ressources que les adultes responsables de la prise de décision, mais aussi que les voix des jeunes doivent compter autant que celle des adultes dans les processus de prise de décision. Par ailleurs, on ne peut parler de participation significative des jeunes que si le groupe des jeunes impliqués est composé d'individus aussi divers que ceux qui composent la population que le programme/service vise à servir. De nombreuses organisations

impliquent de façon significative les jeunes dans les activités de leurs programmes, et parfois aussi dans d'autres domaines, ce qui permet aux jeunes d'avoir une influence sur les questions qui affectent leurs vies et celles de leurs pairs.

## 5. Sur le plan de la formation du personnel de santé

En mai 2014, l'OMS a publié des normes mondiales concernant la qualité des services de soins fournis aux Adolescent(e)s<sup>21</sup>. La norme 4 comprend un énoncé précis des compétences requises :

« Les prestataires de soins de santé démontrent les compétences techniques requises pour fournir des services de santé efficaces aux Adolescent(e)s.

Les prestataires de soins de santé et le personnel d'appui respectent, protègent et garantissent le droit des Adolescent(e)s à l'information, à l'intimité, à la confidentialité, à la non-discrimination, à une attitude dénuée de jugement et au respect ».

Les compétences techniques et comportementales des prestataires de soins de santé sont fondamentales pour l'application de toutes les normes. Dans ces conditions, des programmes éducatifs en santé et développement de l'adolescent fondés sur les compétences sont nécessaires au respect des normes mondiales concernant la qualité des services de soins fournis aux Adolescent(e)s.

Le rapport de l'OMS « La santé pour les Adolescent(e)s du monde » donne à penser que pour progresser vers la couverture sanitaire universelle pour les Adolescent(e)s, il faudra porter un regain d'attention à la formation des prestataires de soins de santé. Les auteurs du rapport proposent les mesures nécessaires pour améliorer la manière dont le personnel de santé est formé :

- rendre obligatoire l'enseignement des soins aux Adolescent(e)s fondé sur les compétences dans les programmes de formation initiale et dans l'enseignement universitaire supérieur ;
- concevoir des programmes éducatifs fondés sur les compétences et qui mettent en avant les aspects de la santé de l'adolescent liés au développement et au contexte ;
- mettre en place des politiques et des stratégies pour appuyer la supervision des prestataires de soins primaires et des spécialistes qui fournissent des services aux Adolescent(e)s.

Les Adolescent(e)s et jeunes rencontrés ont été témoin d'un accueil peu adéquat de la part du personnel de santé et ce facteur contribue à limiter l'utilisation des formations sanitaires par les Adolescent(e)s et les jeunes. Il serait important d'avoir des prestataires de soins de santé spécialisés qui :

- soient techniquement compétents dans les domaines liés à l'adolescence et qui proposent une promotion, une prévention, des traitements et des soins en matière de santé en respectant la maturité et les conditions sociales de chaque patient;
- possèdent des qualités d'échange et de communication;
- soient motivés et soutenus;
- ne portent pas de jugement, soient attentifs, fiables et dignes de confiance et accordent suffisamment de temps aux clients ou aux patients;
- agissent dans l'intérêt de leurs patients;
- traitent tous les clients avec autant de soin et de respect;

---

<sup>21</sup> Global Standards for Quality Health-Care Services for Adolescent(e)s, OMS 2014

- fournissent des informations et un soutien pour que chaque adolescent prenne seul les décisions adaptées à ses propres besoins.

## 6. Synthèse des Forces / Faiblesses / Opportunités / Menaces

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La déclaration de politique nationale de la santé de la reproduction ;</li> <li>- Les politiques et normes des services de SR ;</li> <li>- Le programme national de la Santé de Reproduction ;</li> <li>- Un cadre national d'orientation et de mise en œuvre de la SRA ;</li> <li>- Le plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida prend en compte la tranche d'âges des Adolescent(e)s et jeunes dans les priorités nationales ;</li> <li>- Les normes et standards pour l'offre des services de SRAJ sont définis ;</li> <li>- La stratégie d'institutionnalisation de la lutte contre le VIH/sida dans les programmes des différents Ministères qui ont en charge les Adolescent(e)s et les jeunes est élaborée ou en cours de révision ;</li> <li>- L'environnement politique, socioculturel, économique et juridique du pays est favorable à la promotion de la SAJ ;</li> <li>- La politique nationale de la promotion du genre prend en compte les groupes vulnérables ;</li> <li>- Des textes et conventions internationales relatifs aux droits humains, y compris les droits en SR existent ;</li> <li>- Des mouvements, des ONG et des réseaux d'associations des jeunes dynamiques et engagés dans la promotion de la SAJ et de la lutte contre le VIH/sida sont opérationnels ;</li> <li>- Distribution des MILDA en routine, en campagne de masse et en stratégie avancée et la pratique des tarifs préférentiels pour le traitement du paludisme ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'absence d'une coordination efficace et d'un système multisectoriel d'information et de gestion dans le domaine spécifique de la SAJ ;</li> <li>- L'absence de stratégie uniforme d'intégration de la SAJ dans le paquet des services offerts par les prestataires dans les formations sanitaires ;</li> <li>- L'insuffisance des ressources mobilisées au profit de la SAJ ;</li> <li>- L'insuffisance du suivi-évaluation des interventions en SRAJ/Planification Familiale (PF)/IST/VIH/sida ;</li> <li>- La faible implication des organisations et réseaux de jeunes dans les interventions de SAJ.</li> <li>- Faible taux de couverture en TPI ;</li> <li>- Disponibilité insuffisante des MILDA dans les ménages ;</li> <li>- Utilisation insuffisante des MILDA par les populations ;</li> <li>- Faible adhésion aux directives nationales de prise en charge des cas de paludisme ;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gratuité de la PEC du VIH par les ARV.</li> </ul>	
<p><b>OPPORTUNITES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La prise en considération par le Gouvernement et les autres acteurs de développement comme une stratégie pouvant permettre de mieux cerner et résoudre les problèmes de SAJ ;</li> <li>- La mise à disposition des résultats issus des enquêtes EDS-MICS ;</li> <li>- Les partenaires de coopération régionale et internationale en santé sont disposés à apporter leurs appuis aux initiatives de SAJ au Cameroun.</li> <li>- La mise en œuvre de la décentralisation</li> <li>- La décision N°0498/D/MINSANTE/SG/CNLS/GTC/SP du 04 avril 2019, fixant les modalités d'accès et de suivi des populations aux services de dépistages et de PEC du VIH dans les FOSA publiques et leurs OBC affiliées.</li> </ul>	<p><b>MENACES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'absence d'interface formelle de dialogue et de concertation ;</li> <li>- L'absence d'un système national de coordination des interventions sur la SAJ ;</li> <li>- La faiblesse dans la vulgarisation des opportunités de financement et dans la mobilisation des financements ;</li> <li>- Le coût des services est élevé ;</li> <li>- Le manque d'informations sur la disponibilité des services.</li> </ul>

## IV - L'ORIENTATION STRATEGIQUE DU GUIDE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION A L'ACCES A LA SANTE DES ADOLESCENT(E)S ET DES JEUNES AU CAMEROUN

### 1. Vision

Les Adolescent(e)s et les jeunes au Cameroun ont accès aux services de santé adaptés à leurs besoins et en respect de leurs droits fondamentaux d'ici 2022.

### 2. But

Contribuer à l'amélioration de l'environnement socio-structurel et légal lié à l'accès aux services de santé adaptés aux Adolescent(e)s et jeunes.

### 3. Objectifs

- Objectif général

L'objectif général du guide est de réduire les obstacles liés à l'accès des adolescent(e)s et jeunes aux services de santé dont ils ont besoin.

- Objectifs spécifiques

- ☞ Renforcer la participation des organisations des adolescents et jeunes dans la MEO, le suivi et l'évaluation des activités ;
- ☞ Améliorer la communication intégrée pour susciter la prise de conscience sur les problèmes de SAJ au sein de la communauté ;
- ☞ Réduire les dépenses directes des adolescent(e)s et jeunes pour la santé ;
- ☞ Amener les Structures Sanitaires à l'application des coûts des services et des intrants ;
- ☞ Assurer la disponibilité des médicaments, intrants, réactifs, consommables essentiels, équipements et matériels ;
- ☞ Renforcer l'offre de soins, y compris au plus près de la communauté ;
- ☞ Améliorer la qualité des soins ;
- ☞ Améliorer le niveau de performance du personnel soignant ;
- ☞ Susciter l'engagement des OSC, des leaders, des décideurs et des PTF pour la mobilisation des ressources en faveur de la SAJ ;
- ☞ Accroître chaque année les ressources nécessaires à la promotion de la SAJ et la MEO du plan.



#### 4. Alignement du GSD-SAJ

Le présent Guide est aligné sur la « Vision 2035 », le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi, la Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027, le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le sida et les IST 2018-2022, le Plan Stratégique National de la Santé des Adolescents et des jeunes au Cameroun 2015-2020, le Plan opérationnel de planification familiale 2015-2020, le Plan national de développement sanitaire 2016-2020, les documents de Stratégies Sectorielles, le Plan Stratégique National de Développement Intégral du Jeune Enfant, la Politique Nationale de la Jeunesse et le Plan Jeunesse, le document de politique nationale genre, les critères et caractéristiques des services socio-sanitaires conviviaux pour adolescents et jeunes, le Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale et Infantile (PSN/SRMNI) au Cameroun 2014-2020.

#### 5. Principes directeurs

Les principes directeurs suivants donnent les orientations stratégiques du présent guide :

- (i) **un engagement politique** fort du Gouvernement ;
- (ii) **le leadership des adolescent(e)s et jeunes** notamment des filles dans la réduction de leur propre vulnérabilité, y compris les Adolescent(e)s et jeunes vivant avec le VIH (AJVVIH) ;
- (iii) **l'Approche basée sur les résultats** : la planification, la mise en œuvre et la budgétisation seront axées sur les résultats, conformément à la Déclaration de Paris ;
- (iv) **l'Approche Projet** : le GSD-SAJ sera mis en œuvre sous une approche projet, en vue de lui permettre d'atteindre ses objectifs d'ici la fin de 2022 ;
- (v) **la Bonne gouvernance** : elle reposera sur le leadership et l'engagement soutenus des acteurs à tous les niveaux pour une gestion rationnelle des ressources allouées à la SAJ et la reddition des comptes ;
- (vi) **la multisectorialité effective des intervenants du secteur des Adolescent(e)s et jeunes** : tous les acteurs du développement doivent unir leurs efforts pour améliorer l'accès aux services de santé pour les A&J ;
- (vii) **le ciblage des interventions** vers les adolescentes et les jeunes filles. ;
- (viii) **le Genre et les droits humains** : une réponse sectorielle bien ancrée dans une approche des droits humains et du genre en faveur des AJVVIH, des OEV, des groupes d'A&J à haut risque ;
- (ix) **le respect des engagements nationaux et internationaux** du Gouvernement dans le secteur de la santé des Adolescent(e)s ;
- (x) **le renforcement des systèmes communautaires** et l'engagement des organisations de jeunesse et du secteur privé ;
- (xi) **La prise en compte des Adolescent(e)s et Jeunes comme ressources et non comme problème à résoudre.** Le fait de percevoir les Adolescent(e)s et jeunes comme une ressource privilégie des solutions à long terme et une vision prospective et innovante qui permet aux jeunes de réaliser leur potentiel de façon optimale en tant que citoyen.

## 6. Axes stratégiques

Pour atteindre les objectifs spécifiques ci-dessus, sept axes stratégiques assortis d'interventions prioritaires ont été définis :

- ☞ Renforcement de la mobilisation sociale par les organisations communautaires (des adolescents et jeunes, des structures de jeunesse et de dialogue) à tous les niveaux autour de la SAJ ;
- ☞ Levée des barrières financières à l'accès aux soins essentiels ciblant en priorité les adolescents et les jeunes ;
- ☞ Renforcement de l'offre de services de la santé des adolescents ;
- ☞ Renforcement des capacités des prestataires de services de santé ciblant les adolescents et les jeunes ;
- ☞ Lutte contre les pratiques malsaines et les problèmes de gouvernance des formations sanitaires ciblant les adolescent(e)s et les jeunes ;
- ☞ Renforcement de la Coordination des interventions et du mécanisme de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre ;
- ☞ Renforcement de la mobilisation des ressources et recherche des mécanismes de financement pérenne.

## 7. Cibles primaires

Les Adolescents et les Jeunes de 10 à 24 ans scolarisés ou non constituent les bénéficiaires directs des interventions du présent Guide. Ces cibles primaires sont classées en huit groupes spécifiques.

- ☞ les Adolescent(e)s de 10 à 19 ans ;
- ☞ les jeunes de 15 à 24 ans ;
- ☞ les jeunes femmes ;
- ☞ les Adolescent(e)s et jeunes vivants avec le VIH ;
- ☞ les Adolescent(e)s et jeunes réfugiés et déplacés internes ;
- ☞ les Adolescent(e)s et jeunes autochtones (pygmées, bororos, etc.) ;
- ☞ Adolescent(e)s et Jeunes parmi les populations les plus exposées aux risques (CDI, HSH, TS) ;
- ☞ Adolescent(e)s et Jeunes Vivant avec le VIH (AJVVIH) ;
- ☞ Adolescent(e)s et Jeunes les plus vulnérables (Handicapés, marginalisés, Enfant de la Rue, Enfant dans la rue, Adolescent(e)s et Jeunes en situation de crise et catastrophe, jeunes filles-mère) ;
- ☞ Adolescent(e)s et Jeunes victimes de violence (agression sexuelle, enfants exploités)
- ☞ Adolescent(e)s et Jeunes en conflit avec la loi (en détention) ;
- ☞ Jeunes filles-mères ;
- ☞ Jeunes filles divorcées des mariages précoces.

## 8. Les acteurs et leurs rôles

<b>MINSANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordonne les interventions ;</li> <li>- Anime la plateforme multisectorielle ;</li> <li>- Assure le leadership technique et définit les grandes orientations ;</li> <li>- Réalise le plaidoyer auprès des partenaires ;</li> <li>- Mobilise les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan.</li> </ul>
<b>MINESUP MINESEC MENEDUB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurent la prise en compte effective de la SRAJ dans les curricula des écoles de formation professionnelle ;</li> <li>- Créent des forums d'IEC en faveur de la SRAJ dans le programme des élèves ;</li> <li>- Contribuent à l'encadrement des jeunes en milieu éducatif ;</li> <li>- Facilitent l'accès aux soins pour les élèves et étudiants.</li> </ul>
<b>MINJEC MINPROFF MINAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promeuvent la prise en compte du genre et des droits sexuels en matière de SR ;</li> <li>- Assurent le plaidoyer pour la mise en place d'une réglementation et législation favorables à la SAJ ;</li> <li>- Renforcent la promotion de la SAJ au sein des CPF et des CMPJ ;</li> <li>- Renforcent les capacités des associations d'encadrement des A&amp;J ;</li> <li>- Renforcent le plaidoyer pour la budgétisation sensible au genre.</li> </ul>
<b>MINATD MINDLEVEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitent la mobilisation des partenaires au niveau décentralisé en faveur de la SAJ ;</li> <li>- Facilitent la mise à disposition des ressources financières du budget de l'Etat issues de la décentralisation ;</li> <li>- Facilitent la mobilisation de la population autour de la SAJ ;</li> <li>- Assurent la mobilisation des CTD en faveur de la SAJ.</li> </ul>
<b>MINJUSTICE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assure la mise en application des droits sexuels et reproductifs des A&amp;J ;</li> <li>- Met en place une législation/réglementation en matière de SAJ.</li> </ul>
<b>MINCOM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mène des actions de communication relatives à la SAJ en direction des populations cibles ;</li> <li>- Organise des communications/plaidoyers auprès des leaders d'opinion et autorités publiques en faveur de la SAJ.</li> </ul>
<b>MINEPAT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intègre les interventions du plan stratégique dans le budget programme de chaque Ministère partenaire ;</li> <li>- Donne une priorité à la SAJ dans l'attribution des budgets ;</li> <li>- Plaide pour une augmentation du budget des interventions liées à la SAJ.</li> </ul>
<b>COLLECTIVITES TERRITORIALES DECENTRALISEES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitent la mobilisation des partenaires au niveau décentralisé ;</li> <li>- Contribuent à la mobilisation des ressources financières supplémentaires au niveau local ;</li> <li>- Participent à la mobilisation des adolescent(e)s et jeunes pour leur adhésion.</li> </ul>
<b>COMMUNAUTES</b> (familles, A&J, structures de dialogues, leaders d'opinion, autorités traditionnelles et religieuses, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitent la mobilisation des populations en faveur de la SAJ ;</li> <li>- Facilitent la mobilisation des ressources supplémentaires au niveau local ;</li> <li>- Facilitent les interventions à base communautaire ;</li> <li>- Participent à l'élaboration, la MEO et le suivi-évaluation du plan d'action.</li> </ul>
<b>ORGANISATIONS DE LA SOCIETE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participent à la MEO des activités du plan ;</li> <li>- Mènent le plaidoyer en faveur de la SAJ comme droit fondamental des populations</li> </ul>

<p><b>CIVILE</b> Y compris organisation des A&amp;J et de jeunesse.</p>	<p>cibles ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créent des partenariats avec les leaders d'opinion et autres acteurs pour la SAJ ;</li> <li>- Organisent et/ou facilitent des activités à base communautaire ;</li> <li>- Assurent la mobilisation des ressources financières pour la SAJ ;</li> <li>- Assurent la mobilisation sociale en faveur de l'utilisation des services de santé en direction des A&amp;J ;</li> <li>- Assurent une complémentarité avec le gouvernement dans la prestation des services de SAJ.</li> </ul>
<p><b>LES PTF</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnent efficacement l'action gouvernementale en SAJ ;</li> <li>- Apportent un appui technique et/ou financier à la mise en œuvre des activités ;</li> <li>- Contribuent à assurer une transparence dans la gestion des fonds alloués au pays ;</li> <li>- Mènent un plaidoyer en faveur de la SAJ comme droit fondamental des populations ;</li> <li>- Mettent en place des fonds/appuient la mobilisation des ressources financières et techniques ;</li> <li>- Renforcent l'approvisionnement en intrants.</li> </ul>

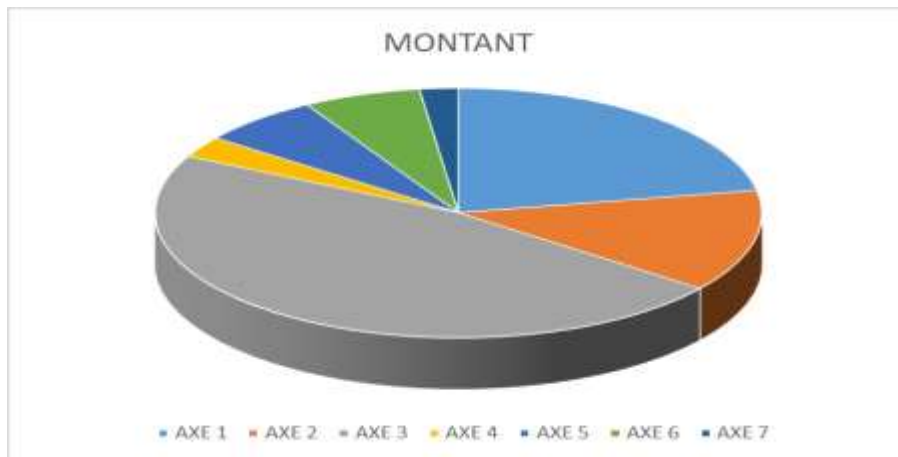
## 9. Matrice des interventions (voir fichiers Excel)

## 10. Budget

**Tableau 12** : Budget par axes stratégiques

N°	Axes stratégiques	MONTANT	%
AXE 1	Renforcement de la mobilisation sociale par les organisations communautaires (des adolescents et jeunes, des structures de jeunesse et de dialogue) à tous les niveaux autour de la SAJ.	1 064 700 000	22%
AXE 2	Levée des barrières financières à l'accès aux soins essentiels ciblant en priorité les adolescents et les jeunes.	637 250 000	13%
AXE 3	Renforcement de l'offre de services de la santé des adolescents.	2 265 500 000	47%
AXE 4	Renforcement des capacités des prestataires de services de santé ciblant les adolescents et les jeunes.	132 000 000	3%
AXE 5	Lutte contre les pratiques malsaines et les problèmes de gouvernance des formations sanitaires ciblant les adolescent(e)s et les jeunes ;	310 250 000	6%
AXE 6	Renforcement de la Coordination des interventions et du mécanisme de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre.	301 100 000	6%
AXE 7	Renforcement de la mobilisation des ressources et recherche des mécanismes de financement pérenne.	99 500 000	2%
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>4 810 300 000</b>	<b>100</b>

**Figure 1.** Répartition du budget par axe stratégique



## 11. Références bibliographique

1. *Recensement General de la Population et de l'Habitat au Cameroun, 2010.*
2. *Enquête Démographique et de Sante 2018, Indicateurs clés au Cameroun. INS, Mai 2019.*
3. *Guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant et l'adolescent, 2013 Sidaction France*
4. *Avoir 20 ans avec le VIH, Transversal N°49*
5. *Plan d'action national pour l'élimination des mutilations génitales féminines au Cameroun, 2011*
6. *Document de politique nationale genre*
7. *DSCE : Cadre de référence de l'action gouvernementale pour la période 2010-2020*
8. *Critères et caractéristiques des services socio-sanitaires conviviaux pour Adolescent(e)s et jeunes, Août 2009*
9. *Plan stratégique national de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile (PSN/SRMNI), Cameroun 2014-2020*
10. *Plan opérationnel National d'accélération de la prise en charge du VIH chez l'enfant et l'adolescent au Cameroun 2016 – 2018*
11. *Stratégie sectorielle de santé 2016-2027*
12. *Cameroun Vision 2035*
13. *Plan opérationnel de planification familiale 2015-2020*
14. *Situation des jeunes et des Adolescent(e)s en matière de santé de reproduction et lutte contre les IST/Vih/Sida au Cameroun, UNICEF-MINSANTE, Janvier 2014*
15. *Analyse de la situation de la prise en charge du VIH pédiatrique au Cameroun, Décembre 2015*
16. *Couverture santé universelle au Cameroun : enjeux et perspectives, Yaoundé, 2018*
17. *Making health service adolescent friendly, World Health Organization 2012*
18. *Plan Stratégique National de prévention des IST, du Vih et du Sida chez les Adolescent(e)s et les jeunes 2014 – 2017, MINJEC 2014*
19. *Compétences de base en santé et développement de l'adolescent pour les prestataires de soins primaires, Organisation mondiale de la Santé 2015*
20. *Manuel des Services Essentiels : Programme pour les jeunes sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, Edition 2016*
21. *Quality Assessment Guidebook, A guide to assessing health services for adolescent clients, World Health Organization 2009*
22. *Assurer l'avenir aujourd'hui. Synthèse de l'information stratégique sur le VIH et les jeunes. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida 2011.*
23. *Understanding young people's right to decide, IPPF - 2012*
24. *Annuaire Statistique du Cameroun, Edition 2015*
25. *Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020*
26. *Health Promotion in Cameroon: Current Situation and Prospects Jacky Ndjepel , Patrice Ngangue, Edmond VII Mballa Elanga*
27. *HIV and Adolescent(e)s : Guidance for Hiv testing and counselling and care for Adolescent(e)s living with Hiv, World Health Organization 2013*

28. *Plan stratégique national de la santé des Adolescent(e)s et des jeunes au Cameroun 2015-2020, Minsanté, août 2015*
29. *L'Impact du VIH et du Sida au Cameroun à l'horizon 2020, CNLS 2010.*
30. *Guttmacher Institute et UNFPA. Adding it up: The Cost and Benefits of Investing in Family Planning, Maternal, and Newborn Health.2011.*
31. *EDS-MICS 2011, 104*
32. *E. Wansi, Rapid assesment of drug abuse in Cameroon, 1994*
33. *Etude CRETES, 2002*
34. *ONUSIDA, rapport Santé, droits et drogues : réduction des risques, dépénalisation et discrimination zéro pour les consommateurs de drogues, 2019.*



## ANNEXES 1:

### DROIT DES CLIENTS / ADOLESCENT(E)S ET JEUNES

#### 1. Information

Les Adolescent(e)s doivent être informés des avantages et de la disponibilité de l'ensemble de services essentiels.

#### 2. Accès

Les Adolescent(e)s doivent obtenir les services sans discrimination de sexe, de croyance, de culture, de statut matrimonial ou d'origine ethnique. Les services doivent être proposés dans des lieux accessibles aux Adolescent(e)s et à des horaires qui leur conviennent. Cela implique l'ouverture de structures de santé spécialisées dans les centres de jeunes ou dans d'autres endroits accessibles aux Adolescent(e)s.

L'environnement physique est important. Il est possible de prêter une attention particulière aux peintures, aux affiches sur les murs, à la propreté et de faire en sorte qu'il y ait suffisamment de chaises dans la salle d'attente. Une structure de santé chargée de la santé générale des Adolescent(e)s peut indiquer son nom à l'entrée alors qu'une structure de santé spécialisée dans les IST peut préférer une entrée discrète.

Un espace consacré à la santé des Adolescent(e)s peut être créé afin que les jeunes puissent être reçus en toute confidentialité. Ils devraient avoir accès à des documents de promotion de la santé ou même pouvoir regarder une vidéo.

#### 3. Confidentialité et anonymat

Les Adolescent(e)s doivent être assurés que toute information personnelle restera confidentielle. Les Adolescent(e)s doivent avoir la garantie de l'anonymat lors de la consultation et de la confidentialité après la consultation. Les jeunes ne devraient pas être obligés de se déshabiller ou être examinés à la vue d'autres personnes. Les personnes qui attendent à l'extérieur ne doivent pas être en mesure d'entendre le diagnostic d'un médecin. Les patients doivent être sûrs que les dossiers médicaux resteront à l'abri des regards et que les réceptionnistes seront discrets.

#### 4. Sécurité des soins

Les Adolescent(e)s doivent être en mesure d'utiliser des services de santé de la reproduction sûrs et efficaces (Planning familial, services post-abortum, prise en charge des IST, CPN, etc.....)

#### 5. Libre choix

Les Adolescent(e)s doivent décider librement de l'utilisation des services de SR et des méthodes de PF ou de l'utilisation de l'un des quelconques services disponibles

#### 6. Droit à l'intimité

Les Adolescent(e)s doivent bénéficier d'un environnement intime durant l'assistance ou la prestation de services

#### 7. Droit à la dignité

Les Adolescent(e)s doivent être traités avec courtoisie, considération et prévenance

#### 8. Bien être

Les Adolescent(e)s doivent se sentir à l'aise durant la prestation des services

### **9. La continuité des soins**

Les Adolescent(e)s doivent recevoir les services et fournitures essentiels aussi longtemps que nécessaire. Ceci impose la mise en place d'un mécanisme fonctionnel et convivial de référence /contre référence. Ceci implique en plus une gestion appropriée des produits de santé essentiels de façon à éviter les ruptures des stocks.

### **10. Le droit à l'opinion**

Les Adolescent(e)s doivent avoir la possibilité d'exprimer librement leur opinion sur les services offerts.

### **11. Services acceptables par la communauté locale**

Il est important que la communauté adhère aux services. Il faut que la communauté ait l'occasion de comprendre pourquoi ces services sont importants pour les Adolescent(e)s et pourquoi ils doivent inclure des services de santé sexuelle et de la reproduction ainsi que des conseils confidentiels. Il peut être utile d'organiser des rassemblements locaux pour les parents. Il est en outre important d'obtenir le soutien des responsables communautaires et des chefs religieux. Les services de santé peuvent même être situés au sein de structures communautaires.

### **12. Implication des Adolescent(e)s**

Pour atteindre un niveau élevé de qualité, les Adolescent(e)s doivent participer activement à la planification et à l'évaluation des services de santé. La participation des Adolescent(e)s à la planification et à l'évaluation leur permet de faire entendre leur voix Grâce à l'implication des jeunes, les prestataires de soins de santé sont sûrs de pouvoir fournir des services dans des endroits adaptés, à des horaires convenables et de façon appropriée.. Cela renforce en outre la confiance des autres jeunes envers ces services.

## ANNEXES 2 :

CAMEROON REFERENCES ON ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH		
	Law	Law Details
2	<b>Sexual consent/Consentement sexuel</b>	<p><b>Code pénal 1967</b>  <b>Art 346</b> pénalise l'outrage à la pudeur sur une personne mineure de <b>16 ans</b>            (3) La peine est un emprisonnement de 10 à 15 ans si l'auteur a eu des rapports sexuels mêmes avec le consentement de la victime.</p>
3	<b>Marriage/Âge légal</b>	<p><b>Ordonnance n°81/002 du 29 juin 1981 portant organisation de l'état civil et diverses dispositions relatives à l'état des personnes physiques.</b>  <b>Art 52</b> fixe l'âge légal du mariage.            Fille : 15 ans            Garçon : 18 ans            Révision du texte de loi en cours pour passer l'âge minimum à 18 ans pour les filles.</p>
4	<b>Access to family planning and contraception/accès aux services de planification familiale, à la contraception/accès aux services de planification familiale, à la contraception</b>	Absence de loi relative à la santé de la reproduction.
5	<b>consent for HIV Testing and Counseling/Consentement au test de dépistage du VIH/Consentement au test de dépistage du VIH</b>	Absence de loi spécifique définissant l'âge requis pour le test de dépistage du VIH.
6	<b>Same sex practices/Pénalisation des rapports sexuels entre personnes du même sexe</b>	<p>Pénalisation des rapports homosexuels.  <b>Code pénal 1967</b>  <b>Art 347(bis)</b> réprime l'homosexualité et punit d'un "emprisonnement de 6 mois à 5ans et d'une amende de 20 000 à 200 000 francs toute personne qui a des rapports sexuels avec une personne de son sexe."</p>
9	<b>Sex work legalization/Pénalisation du commerce du sexe</b>	<p>Pénalisation du travail du sexe.  <b>Code pénal 1967</b>  <b>Art 343</b> réprime la prostitution et prévoit une peine d'emprisonnement de 6 mois à 5 ans et une amende de 20 000 à 500 000 francs pour toute personne de l'un ou de l'autre sexe qui se livre habituellement, moyennant rémunération, à des actes sexuels avec autrui."  <b>Art 294</b> punit toute forme de proxénétisme d'une peine d'emprisonnement de 6 mois à 5 ans et d'une amende de 20 000 à 1 millions de FCFA. La peine est doublée si les travailleurs de sexe sont mineurs.</p>

10	<b>Drug control/Consommation de drogue illégale</b>	<p><b>Loi n°97-019 du 7 août 1997 relative au contrôle des stupéfiants, des substances psychotropes et des précurseurs et à l'extradition et à l'entraide judiciaire en matière de trafic des stupéfiants, des substances psychotropes et des précurseurs.</b></p> <p><b>Art 102</b> pénalise la consommation de drogues.</p> <p><b>Art 113</b> évoque des mesures de traitement en remplacement ou complément de la peine d'un individu reconnu comme toxicomane.</p>
11	<b>Abortion/Lois sur l'avortement</b>	<p><b>Code pénal 1967</b></p> <p><b>Art 337</b> punit d'un emprisonnement de 15 jours à 1 an et/ou d'une amende de 5 000 à 200 000 francs la femme qui se procure l'avortement à elle-même ou qui y consent.</p> <p><b>Art 339</b> fixe les exceptions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la nécessité de sauver la mère d'un péril grave pour sa santé.</li> <li>- en cas de grossesse résultant d'un viol, l'avortement médical est autorisé après attestation du ministère public sur la matérialité des faits.</li> </ul>
12	<b>Penalization of the transmission of HIV/Pénalisation de la transmission du VIH</b>	<p>Il n'existe pas de loi portant spécifiquement pénalisation du VIH.</p> <p><b>Code pénal 1967</b></p> <p><b>Art 260</b> dispose qu'"est puni d'un emprisonnement de 3 mois à 3 ans celui qui par sa conduite facilite la <b>communication d'une maladie contagieuse et dangereuse.</b>"</p>
13	<b>Protection for People living with HIV/Protection des PVVIH (anti discrimination, lieu de travail, etc.)</b>	<p>Absence de disposition légale spécifique à la protection des PVVIH.</p> <p><b>Code du Travail</b></p> <p><b>Art 2 (1)</b> garantit le droit au travail comme un droit fondamental à chaque citoyen.</p> <p><b>(2)</b> Le travail est un droit national pour tout individu adulte et <b>valide</b>. Hormis le préambule de la Constitution qui proclame que "l'être humain, sans discrimination de race, de religion, de sexe, de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés", il n'existe <b>pas de protection légale spécifique à la discrimination à l'égard de la séropositivité réelle ou présumée d'une personne.</b></p>

14	<p><b>Guarantee of confidentiality (criminalization of disclosure?)/Garantie de la confidentialité (pénalisation de la divulgation ?)</b></p>	<p>Absence de dispositions légales spécifiques à la confidentialité du statut sérologique d'une personne.  <b>Décret n° 83-166 du 12 avril 1983 portant Code de Déontologie des médecins</b>  <b>Art 4</b> dispose que sauf dispositions contraires de la loi, le secret professionnel s'impose au médecin tant qu'en conscience, il ne porte pas atteinte à l'intérêt du malade.  <b>Décret n°89-354 du 3 mars 1989 portant Code de Déontologie des professions d'infirmier, de sage-femme et de technicien médico-sanitaire.</b>  <b>Art 5</b> Idem.  <b>Code pénal</b>  <b>Art 310</b> dispose qu'est puni d'un emprisonnement de 3 mois à 3 ans et d'une amende de 20 000 à 100 000 francs celui qui révèle sans l'autorisation de celui à qui il appartient un fait confidentiel qu'il n'a connu ou qui ne lui a été confié qu'en raison de sa profession ou de sa fonction.  <b>Art 310 (3)</b> dispose que les médecins et les chirurgiens sont toujours tenus au secret professionnel, sauf dans la limite d'une réquisition légale ou d'une commission d'expertise.</p>
15	<p><b>Ensuring access to services (right to health )/Garantie de l'accès aux services (droit à la santé)</b></p>	<p>Absence de dispositions légales spécifiques au droit à la santé des PVVIH.  <b>Décret n° 83-166 du 12 avril 1983 portant Code de Déontologie des médecins</b>  <b>Art 2 (1)</b> dispose que "le médecin /le professionnel médico-sanitaire doit soigner avec la même conscience tout malade quels que soient sa condition, sa nationalité, sa religion, sa réputation et les sentiments qu'il lui inspire".  <b>Décret n°89-354 du 3 mars 1989 portant Code de Déontologie des professions d'infirmier, de sage-femme et de technicien médico-sanitaire.</b>  <b>Art 2</b> Idem.  <b>Code pénal</b>  <b>Art 242</b> dispose qu'est puni d'un emprisonnement de 1 mois à 2 ans et d'une amende de 5 000 à 500 000 francs celui qui refuse à autrui l'accès soit dans des lieux ouverts au public, soit dans des emplois, en raison de sa race ou de sa religion.  <b>Loi n°2010 / 002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées</b>  Prévoit des sanctions pénales en cas de discrimination à l'encontre des personnes handicapées.</p>