

EVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT JURIDIQUE, DU GENRE, DE LA STIGMATISATION ET DES OBSTACLES AUX DROITS DE L'HOMME DANS LA RÉPONSE À LA TUBERCULOSE AU CAMEROUN



Si nous voulons trouver les milliers de personnes manquantes, nous devons comprendre et surmonter les obstacles auxquels ces personnes sont confrontées lorsqu'elles tentent d'accéder aux services de lutte contre la tuberculose.

DECEMBRE 2020

FIS CAMEROON

www.fiscameroun.org

Sigles et abréviations

ACD :	Alliance Côte D'Ivoire.
ACRA	Agents communautaires pour la recherche active des personnes présumées TB.
CADHP	Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples
CAMPHIA :	Cameroon population based HIV impact Assessment
CDT :	Centres de Diagnostic et de traitement de la Tuberculose.
CNDHL :	Comité National des Droits de l'Homme et des Libertés.
CNLS :	Comité National de Lutte contre le Sida.
CNPS :	Caisse nationale de la Prévoyance sociale
COVID-19	<i>Maladie à Coronavirus (nouveau type 2019) « Coronavirus Disease 2019 »</i>
CRG :	Approche axée sur la Communauté, les Droits et le Genre.
CRS :	Catholic Relief Services.
CSU:	Couverture Santé Universelle.
DRAF TB :	Dynamique Régionale d'Afrique Francophone contre la Tuberculose.
DROS :	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé.
EA :	Entrevu Approfondi.
EDS :	Enquête Démographique de Santé.
EIC :	Entrevus avec les Informateurs Clés.
FIS :	For Impacts In Social Health.
FOSA	Formation Sanitaire
GD :	Groupe d'Entrevu/Groupe de Discussions.
	GICAM :Groupement Inter patronal du Cameroun
GIZ :	Agence Allemande de Coopération Internationale.
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec un Homme
ICN :	Instance de Coordination Nationale (Fonds mondial : Sida, Palu, TB).
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
ISDC	Interventions Sous Directives Communautaires
ITL TB :	L'infection tuberculeuse latente.
JAPSSO :	Jeunesse Active pour la Lutte contre la Pauvreté, le VIH/Sida et ses Souffrances.
LGBT	Lesbiennes-Gays-Bisexuels-Transgenres
MINAS :	Ministère des Affaires Sociales.
MINEPAT	Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire

MINEPIA :	Ministère de l’Elevage, des Pêches et des Industries Animales.
MINESEC :	Ministère des Enseignements Secondaires.
MINJEC :	Ministère de la Jeunesse et de l’éducation civique.
MINJUSTICE :	Ministère de la Justice. Garde des sceaux.
MINPROFF :	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille.
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
NMF	Nouveau Modèle de Financement Fonds mondial (VIH/Sida, TB, Paludisme)
ODD:	Objectifs de Développement Durable.
	OBC : Organisation à Base Communautaire
OIT :	Organisation internationale du Travail
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé.
ONG :	Organisation Non Gouvernementale.
ONUSIDA :	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.
OSC :	Organisation de la Société Civile.
PDI	Populations Déplacées Internes
PECIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfance
PIDCP	Pacte International relatif aux Droits Civils et des Peuples
PIDESC	Pacte International relatif aux Droits Economiques Sociaux et Culturels
PNLT :	Programme National de Lutte contre la Tuberculose.
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PVVIH :	Personne Vivant Avec le VIH/Sida.
RECAP TB AOC	Renforcement des Capacités des ONGs de lutte contre la Tuberculose en Afrique de l’Ouest et du Centre
SRMNIA	Santé Reproductive Maternelle Néonatale Infantile et de l’Adolescent
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
STP :	Partenariat Halte à la Tuberculose.
TB :	Tuberculose.
TB-MR :	Tuberculose Multi résistante.
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine.

Présentation des équipes

REDACTION :

- Bertrand KAMPOER : Cameroun

INVESTIGATEURS PRINCIPAUX :

- Dr Vincent MBASSA: NTP Cameroun
- Bertrand KAMPOER : Cameroun

REVUE INTERNATIONALE :

- Anna VERSFELD : Afrique du Sud (Genre)
- Allan MALLACHE : Kenya (Droits)
- Edouard KAMBOU : Côte d'Ivoire (Engagement communautaire)
- Thandi KATLHOLO : Stop TB Genève (Méthodologie)

CONSULTANTS :

- Pierre MBENG SANDING (Droits et communautés)
- Ferdinand TABI (Populations clés)
- Franck Wilson TSAFACK (Analyse des données)

GROUPE RESTREINT :

- PNLT
- CCM
- MINPROFF
- MINAS
- MINJUSTICE
- MINSANTE
- MINTPSS
- CAMNAFAW
- CEAM;FESADE;FIS;Action culturelle en santé Ambassade de France

LOGISTIQUES ET SECRETARIAT :

- Marie Rose NFONO (DRAF TB Cameroun)
- Anicet DIGUI (FIS Cameroun)
- Rose Michèle BONKOUN NZIE (FIS Cameroun)
- Joël MINKOUA (FIS Cameroun)

Mot de remerciement

Le PNLT Cameroun tient sincèrement à remercier Expertise France pour cet appui technique qu'a reçu DRAF TB pour mener cette évaluation CRG dans trois pays d'Afrique francophone dont le Cameroun à travers l'ONG FIS. La tuberculose au Cameroun demeure un problème de Santé publique quoi que restant sous notifiée par rapport aux estimations de l'OMS (environ 50% des cas estimés sont diagnostiqués au Cameroun chaque année). Ainsi, notre pays venant de bénéficier d'un nouveau financement de 3 ans du Fonds Mondial (NFM3 : 2021-2023) avec comme enjeu majeur la recherche des cas manquants de Tuberculose ; nous pensons que les résultats palpables (constituant des goulots d'étranglement au diagnostic et à la prise en charge de la tuberculose), ressortis à travers cette évaluation CRG, et les recommandations formulées à l'issu de celle-ci, nous serviront de boussole durant ces 3 prochaines années pour combler cet important gap diagnostic et de prise en charge de la tuberculose au Cameroun. Bien plus, nous ne saurions préciser le rôle important qu'auront à jouer les autres partenaires locaux et acteurs communautaires notamment dans le contexte Covid19 actuel (où nous assistons à une stigmatisation des CDT), aussi bien dans la recherche active des cas de tuberculose, que dans leur prise en charge adéquate.

Dr Vincent MBASSA,
Secrétaire Permanent
PNLT Cameroun

Table des matières

1	Résumé Exécutif	8
2	Introduction.....	13
3	Vue d'ensemble du processus	2
4	Méthodologie	1
4.1	Questions de recherche	1
4.1.1	Environnement juridique :.....	1
4.1.2	Genre.....	1
4.1.3	Populations clés.....	1
4.1.4	Stigmatisation.....	1
4.2	Méthodes	2
4.3	Sites de recherche	2
4.4	Priorisation des populations clés.....	2
4.5	Populations étudiées.....	4
4.6	Collecte des données et analyses.....	5
4.7	Considérations éthiques.....	5
4.8	Limites de l'évaluation.....	6
5	Contexte	6
5.1	Déterminants de la tuberculose au Cameroun	1
5.1.1	La pauvreté :.....	1
5.1.2	Malnutrition	2
5.1.3	Les bidons villes	2
5.1.4	Diabète	3
5.1.5	Alcool.....	3
5.1.6	Tabagisme.....	4
5.1.7	Le VIH/SIDA.....	4
5.2	Structure nationale de la réponse tuberculose.....	4
5.3	Réponses clés à l'épidémie de tuberculose.....	1
6	Fardeau de la tuberculose au Cameroun	3
6.1	Vue d'ensemble.....	3
6.1.1	Personnes touchées par la tuberculose	3
6.1.2	Disparités régionales en 2018	4
6.1.3	Personnes manquantes par régions (2018)	4
6.1.4	Tuberculose multi-résistante	5
6.1.5	Co-infection TB/VIH.....	5
6.1.6	Disparités de genre.....	6
6.1.7	Financement.....	6
7	Résultats de la revue de la littérature	6

7.1	Populations clés, facteurs de risques et obstacles d'accès aux services.....	6
7.1.1	Les Détenus.es :.....	8
7.1.2	Les PVVIH :.....	2
7.1.3	Les sujets contacts des cas index	1
7.1.4	Les réfugiés et Population déplacées internes.....	1
7.1.5	Les enfants de moins de 15 ans.....	1
7.2	Environnement juridique	1
7.2.1	Plusieurs conventions ratifiées par le Cameroun.....	2
7.2.2	Droit à la vie privée.....	0
7.2.3	Obligations de traitement	0
7.2.4	Droits, libertés, choix et voix des patients tuberculeux	0
7.2.5	Discrimination dans les soins de santé.....	1
7.2.6	Droit du travail.....	1
7.2.7	Politiques pénitentiaires.....	2
7.2.8	Les mines.	3
7.3	Genre	4
7.3.1	Législation.....	5
7.3.2	La politique genre.....	5
7.3.3	Mariages précoces et forcés.....	6
7.3.4	Privation de liberté	7
7.3.5	Santé	7
7.3.6	Education.....	7
7.3.7	Pauvreté et développement rural	8
7.3.8	Acteurs nationaux.....	8
7.4	Engagement communautaire	9
7.4.1	Cadre juridique de la santé communautaire.....	10
7.4.2	Politique nationale de santé communautaire.....	11
7.4.3	Dispositif communautaire pour la Tuberculose	12
7.4.4	La participation des communautés dans l'élaboration des politiques.....	12
7.4.5	La surveillance communautaire et la voix des patients	13
7.4.6	Vue d'ensemble de l'engagement communautaire	13
8	Résultats de la recherche qualitative	14
8.1	Informations générales	14
8.1.1	L'insuffisance de connaissances sur la tuberculose	14
8.1.2	Les conditions sociales	14
8.1.3	La pauvreté.....	15
8.2	Situation actuelle de l'accès et du recours aux services TB chez les populations clés	16
8.2.1	Disponibilité.....	16

8.2.2	Accessibilité	16
8.2.3	Acceptabilité.....	17
8.2.4	Qualité de services	18
8.3	Obstacles liés aux droits de l’homme aux services TB	18
8.3.1	Stigmatisation.....	18
8.3.2	Droit à l’information.....	19
8.3.3	Droit à la vie privée.....	19
8.4	Obstacles liés au genre dans les services TB	20
8.5	Engagement communautaire	21
9	Synthèse	21
9.1	Populations clés :.....	21
9.2	Barrières d’accès aux services :	21
9.3	Environnement Juridique	22
9.4	Violation des droits humains :	22
9.5	Stigmatisation :.....	22
9.6	Genre	22
9.7	Engagement communautaire	22
10	Discussions	23
10.1	LES POPULATIONS CLES.....	23
10.2	LES BARRIERES D’ACCES	24
10.3	L’ENVIRONNEMENT JURIDIQUE	25
10.4	VIOLATIONS DES DROITS HUMAINS.....	26
10.5	STIGMATISATION.....	27
10.6	LE GENRE	28
10.7	L’ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE.....	29
11	Recommandations.....	30
11.1	Les populations clés.....	30
11.2	Les barrières d’accès	30
11.3	L’environnement juridique.....	30
11.4	Violations des droits humains	31
11.5	Stigmatisation.....	31
11.6	Le genre	31
11.7	L’engagement communautaire	32
12	Bibliographie.....	33

1 Résumé Exécutif

Une riposte antituberculeuse basée sur les droits humains soutient et améliore les mesures de santé publique et les bonnes pratiques cliniques. L'approche est fondée sur la dignité et l'autonomie des personnes touchées par la tuberculose et le rôle essentiel qu'elles doivent jouer dans tous les aspects de la réponse à la maladie. Une approche fondée sur les droits met un accent particulier sur les populations clés et vulnérables de la tuberculose, elle exige une réponse sensible au genre et elle s'appuie sur la législation existante aux niveaux international, régional et national pour renforcer la réponse. Cela inclut les droits à la santé, à la non-discrimination, à la vie privée et à la confidentialité, à l'information, à la liberté et autres. Le respect de ces droits humains favorise la santé et le bien-être des individus.

En 2018, DRAF TB s'est engagée à promouvoir la « Déclaration de Cotonou » qui appelle au renforcement du partenariat stratégique avec les communautés et la société civile pour promouvoir des approches intégrées, menées par les communautés, autour des personnes affectées, basées sur le genre et les droits humains. C'est le prolongement de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose. A cet effet, en 2019, DRAF TB a reçu l'appui d'Expertise France à travers Alliance Côte d'Ivoire pour mener 3 évaluations CRG au Bénin, au Cameroun et au Niger. Au Cameroun, l'évaluation CRG a été conduite pendant 7 mois, de juin à décembre 2020.

L'objectif global de l'évaluation CRG au Cameroun était de produire des informations stratégiques pour éclairer les interventions qui transformeront la réponse à la tuberculose en une réponse équitable, axée sur les droits humains et centrée sur les besoins des populations les plus affectées et vulnérables au Cameroun. De manière spécifique, il s'est agi de : (i) Examiner le cadre politique et juridique de la tuberculose, sur la base des conventions, cadres et directives internationales, régionales et mondiales ; (ii) Déterminer quels sous-groupes de la population devraient être considérés comme des populations clés et vulnérables dans la réponse à la tuberculose ; (iii) Évaluer dans quels milieux et à quelles étapes des soins les patients tuberculeux sont victimes de stigmatisation et quelles en sont les manifestations ; (iv) Evaluer l'impact du genre sur la vulnérabilité à l'infection tuberculeuse, l'accès aux services antituberculeux et les résultats de traitement ; (v) Élaborer des recommandations pour améliorer la réponse à la tuberculose afin qu'elle fournisse des services de prise en charge de la tuberculose inclusive et de qualité aux populations clés et vulnérables. Les questions d'évaluation ont concerné les cinq domaines suivants : (i) les populations clés y compris les barrières d'accès (ii) l'environnement juridique y compris les violations des droits, (iii) la stigmatisation, (iv) le genre et (v) l'engagement communautaire.

Il s'agit d'une étude transversale mixte (quantitative et qualitative). La recherche qualitative a été mise en œuvre dans les régions sanitaires du centre et de Yaoundé. 5 méthodes de collecte ont été retenues : la revue documentaire, les entretiens structurés, les entretiens individuels approfondis, les groupes de discussion (Focus group discussion et triade) et l'observation. Environ 76 informateurs clés ont été touchés à travers des groupes de discussions et les entretiens individuels. Les personnes ayant participé aux différents entretiens de collecte de données appartiennent à différentes catégories de genre : des hommes, des femmes et des personnes transgenres affectées par la tuberculose ; les personnes affectées par la tuberculose et leurs proches, leurs personnes à charge (sujets contacts) ; leurs communautés et les professionnels de la santé impliqués dans la prestation de soins ou autrement affectés par la maladie. Après la collecte de terrain et les transcriptions, un ingénieur statisticien de l'équipe a procédé

à la création des projets sous Nvivo 12, puis importer les données par population cible. Ensuite s'en est suivie une réorganisation des données (fichiers ou transcriptions individuelles). L'encodage des transcriptions (phrase, paragraphe etc) a été fait en fonction des thématiques qui se sont dégagées. L'extraction des données a été conduite par thème et sous-thèmes (CRG) en vue de leur utilisation comme citations illustratives dans les résultats de recherche. Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité Ethique Régional du centre et une Clairance Ethique a été délivrée sous la référence CE N° 1007/CRERSHC/2020 le 06 Avril 2020.

Les résultats se présentent de la manière suivante :

Populations clés :

- Les détenus, les PVVIH, les personnes contacts, les réfugiés/déplacés et les enfants auraient besoin d'une attention supplémentaire si l'on veut éliminer la tuberculose au Cameroun
- Les données sont inexistantes pour les personnes contacts
- Il y a un manque de données pour permettre au PNLT du Cameroun de faire face aux risques, aux facteurs de risques et aux obstacles à l'accès aux services auxquels les populations clés sont confrontées ?

Barrières d'accès aux services :

- L'insuffisance de connaissances sur la tuberculose
- Conditions sociales précaires des groupes vulnérables tel que les prisonniers et les habitants des bidons villes
- Faible disponibilité des services : Parmi les maladies transmissibles, les services de lutte contre la tuberculose sont les plus rares car 18% des formations sanitaires enquêtées en disposent (261 CDT sur environs 6057 Formations sanitaires en 2020)
- L'accessibilité financière, est le problème majeur de la lutte contre la tuberculose au Cameroun. Les patients manquent de ressources financières car toutes les étapes du processus de traitement ne sont pas gratuites, particulièrement les examens et les frais liés à l'hospitalisation et les comorbidités. Les résultats préliminaires de l'enquête nationale sur les coûts catastrophiques de la Tuberculose au Cameroun en 2020 montrent qu'environ 57% des patients enquêtés subissent les coûts catastrophiques de la tuberculose. L'acceptabilité des soins, n'est pas prise en compte dans la programmation
- Uniquement 0,9% des patients tuberculeux reçoivent des soins de façon appropriée, ce qui représente un faible score de la qualité de soins offerts aux patients tuberculeux.

Environnement Juridique

- La législation Camerounaise est silencieuse sur la tuberculose. Certaines dispositions communes favorables à la santé sont insuffisamment mises en œuvre
- Le déficit est énorme en termes d'interventions programmatiques fondées sur les droits, notamment le renforcement des lois, des politiques et des réglementations ; la réduction de la stigmatisation et de la discrimination ; l'amélioration de l'accès à la justice et de l'application des lois et des politiques pour améliorer la réponse à la tuberculose ?
- Le CNLT est un comité interministériel qui est présidé par le Ministre de la Santé Publique. Cependant il est peu fonctionnel.

Violation des droits humains :

- Surpopulation carcérale et absence d'application des mesures de peine alternatives
- Aucune action de promotion des droits des patients
- Licenciement abusif pour cause de maladie tuberculose sans compensation
- Faible application des dispositions réglementaires sur la protection de la confidentialité et le secret médical

Stigmatisation :

- La tuberculose est perçue au Cameroun comme une maladie stigmatisante
- Les personnes atteintes de tuberculose sont stigmatisées au niveau familial, en communauté, dans le travail et tout au long du parcours des soins
- Très peu de réponses sont apportées à la lutte contre la stigmatisation et discriminations des personnes touchées par la TB. La communication est le volet le plus sous financé du PNLT
- La littérature scientifique disponible pour éclairer l'élaboration des stratégies nationales est peu utilisée

Genre

- La faible mise en œuvre des directives et politiques nationales de promotion du genre, impacte sur la dynamique sociale de la vulnérabilité à la tuberculose, l'accès aux soins et les résultats de traitement.
- La prise en compte d'indicateurs sensibles au genre pourraient apporter des changements à la mise en œuvre des programmes pour passer d'une approche ignorante des sexospécificités à une approche qui tient compte des sexospécificités et, en fin de compte, à une approche transformative ?

Engagement communautaire

- Une réponse communautaire centrée sur la prestation de services avec comme référentiel l'agent de santé communautaire
- Les communautés participent dans l'élaboration des politiques ; cependant elles peinent à influencer le débat et la prise de décisions
- Il n'y a pas de mécanisme de suivi des engagements à mettre fin à la tuberculose au niveau communautaire.

Ci-joint, les principales recommandations :

Les populations clés

- Elaborer une analyse complète et priorisation des populations clés au Cameroun.
- Collecter les données chez les populations clés selon les trois 90 du plan mondial de Stop TB
- Proposer des interventions sur mesure pour les détenus, les PVVIH, les personnes contacts, les réfugiés/déplacés et les enfants (algorithmes spécifiques pour le dépistage, stratégie communautaire adapté ; appareils mobiles de radiographie pulmonaire, incitation diverses, DOTS communautaire).
- Mettre en œuvre une recherche opérationnelle pour déterminer le fardeau de la tuberculose chez les personnes contacts.
- Intégrer la tuberculose de l'enfant dans les guides et directives de la prise en charge des maladies intégrée du nouveau née et l'enfant.
- Renforcer la concertation avec le Ministère de la justice, des affaires sociales, de l'administration territoriale, la commission nationale des droits de l'homme et des libertés.

Les barrières d'accès

- Augmenter de manière significative le budget du PNLT sur la communication et la mobilisation sociale afin de mettre en œuvre le plan de communication du PNLT pour améliorer les connaissances de la population sur la tuberculose
- Mettre en place un programme des "ambassadeurs" afin de renforcer les connaissances sur la tuberculose et réduire la stigmatisation.

- Intégrer la tuberculose dans le paquet de service des soins de santé primaire pour réduire la disponibilité des services (uniquement 18% des FOSA sont disponible pour la prise en charge de la TB) par la création des CDT supplémentaires ainsi que des Centres de Traitement (CT).
- Eliminer les Coûts catastrophiques de la tuberculose en rendant gratuit le test de dépistage de la tuberculose y compris les frais connexes tel que les coûts de la consultation, des examens associés au dépistage, les frais liés à l'hospitalisation et les comorbidités
- Revoir les manuels de prise en charge de la tuberculose pour intégrer les approches différenciées pour les femmes.
- Intégrer les indicateurs liés au genre et droit humain dans le système de suivi – évaluation du PNLT.

L'environnement juridique

- Faire un recueil des dispositions juridiques favorable à la réponse tuberculose au Cameroun
- Mettre en place un groupe de travail pour le suivi des dispositions communes favorables à la santé et particulièrement la réponse tuberculose.
- Élaborer un guide fondé sur des données factuelles pour une approche fondée sur les droits de la prévention, du diagnostic, du traitement, des soins et du soutien de la tuberculose
- Élaborer et mettre en œuvre un programme stratégique pour adopter une approche fondée sur les droits à travers un large éventail de parties prenantes
- Revitaliser le Comité National interministériel de lutte contre la tuberculose à travers des réunions semestrielles.

Violations des droits humains

- Développer un outil électrique (OneImpact) pour évaluer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services antituberculeux (droit à la santé).
- Promouvoir la " Déclaration des droits des patients" afin de permettre aux personnes touchées par la tuberculose de connaître et de revendiquer leurs droits et de s'engager dans la riposte à la tuberculose
- Mettre en place une plateforme pour documenter et partager les meilleures pratiques, soutenir le plaidoyer et la mobilisation sociale autour des droits de l'homme relatifs à la tuberculose
- Motiver les peines alternatives pour éviter la surpopulation carcérale.
- Apporter un appui juridique au licenciement abusif pour cause de maladie tuberculose
- Revoir les dispositions liées à la confidentialité dans les manuels et procédures du PNLT
- Autonomiser et soutenir les réseaux de communautés affectées de personnes atteintes de tuberculose, de survivants de la tuberculose et de la société civile ;
- Améliorer la sensibilisation des communautés judiciaires et juridiques à la mise en œuvre d'une approche de la tuberculose fondée sur les droits de l'homme ;
- Développer la capacité des législateurs et des décideurs à incorporer des approches de la tuberculose fondée sur les droits humains dans les lois et politiques ;
- Impliquer et conseiller les organisations de la société civile et à base communautaire sur la mise en œuvre des approches de la tuberculose fondée sur les droits dans leurs programmes ;
- Sensibiliser les agents de santé des secteurs public et privé à la nécessité d'incorporer une approche de la tuberculose fondée sur les droits dans leur travail ;

Stigmatisation

- Revoir tous les guides, directives et outils de communication du PNLT pour enlever tous les termes stigmatisants

- Proposer des orientations pour aborder toutes les dimensions de la stigmatisation dans les manuels de formations du personnel de santé et communautaire.
- Mettre en place des “Clubs TB” dans les grands centres de prise en charge de la tuberculose
- Renforcer les capacités du personnel de santé et communautaire sur la stigmatisation
- Développer des programmes médiatiques (radio, télé, presse écrite) pour renforcer l’éducation de masse et lutter contre la stigmatisation.

Le genre

- Développer une politique genre pour la réponse tuberculose au Cameroun
- Faire des alliances stratégiques avec des organisations spécialisées et des mouvements communautaires dédiés à la promotion du genre.
- Accorder une attention particulière aux besoins spécifiques des femmes détenues.
- Créer un groupe de travail sur le genre et droits humains et produire des rapports de situation annuel
- Inclure à tous les niveaux des indicateurs sensibles au genre dans les outils de reporting du PNLT.
- Mettre en place un observatoire national sur les déviations liées au genre et droits humain
- Encourager la participation des femmes dans les revues et élaboration des documents stratégiques du PNLT
- Mettre en place des petites subventions pour promouvoir le leadership des femmes dans la réponse tuberculose.
- Encourager la diffusion des bonnes pratiques liées au genre et droits humains

L’engagement communautaire

- Aider les organisations communautaires à avoir une vision claire commune dans leurs contributions à la réponse nationale à la tuberculose.
- Intégrer le rôle des OSC dans les guides, directives et manuels des agents de santé communautaire.
- Mettre en place et soutenir un réseau des anciens malades de la tuberculose
- Créer une plateforme de collaboration entre le PNLT et les organisations de la société civile.
- Renforcer les capacités des OSC sur le plaidoyer et la redevabilité
- Développer des mécanismes de financements pour les OSC
- Mettre en place un cadre de redevabilité des engagements pour mettre fin à la tuberculose.

Les droits de l'homme sont au cœur de la stratégie de lutte contre la tuberculose de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de la Déclaration politique des Nations Unies (ONU) sur la lutte contre la tuberculose et du Plan mondial du partenariat Halte à la tuberculose pour mettre fin à la tuberculose. La réponse à la tuberculose fondée sur les droits de l'homme garantit : l’Autonomisation, la participation, la non –discrimination et accroît les mesures de santé publique et les bonnes pratiques cliniques. Le Programme national de lutte contre la tuberculose du Cameroun, doit utiliser les données de ce rapport pour mettre les droits de l’homme au cœur de sa programmation stratégique.

2 Introduction

Faire avancer la Déclaration de Cotonou de 2018

La tuberculose (TB) est une maladie transmissible qui est une cause majeure de mauvaise santé, l'une des 10 principales causes de décès dans le monde et la principale cause de décès par un seul agent infectieux (au-dessus du VIH / sida). À l'échelle mondiale, on estime que 10,0 millions (intervalle : 8,9 à 11,0 millions) de personnes sont tombées malades de la tuberculose en 2019, un nombre qui a diminué très lentement ces dernières

années¹. En 2014 et 2015, tous les États membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des Nations Unies se sont engagés à mettre fin à l'épidémie de tuberculose, en adoptant la stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose et les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies. La stratégie et les ODD comprennent des jalons et des cibles pour des réductions importantes de l'incidence de la tuberculose, des décès dus à la tuberculose et des coûts encourus par les patients tuberculeux et leurs ménages.

En Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC), les lacunes critiques dans le dépistage et le traitement de la tuberculose ont contribué à un fardeau considérable de la tuberculose non diagnostiquée - avec des estimations régionales indiquant que plus de 50 pour cent des personnes atteintes de tuberculose ne sont pas déclarées ou `` manquantes ". Entre 2010 et 2016 ; les décès ont augmenté de 5%, le taux d'incidence de la tuberculose a augmenté de 10% ; les cas de tuberculose manquants ont augmenté de 8%; les individus co-infectés TB / VIH sont 50 pour cent plus élevés que dans le reste de l'Afrique. Trois quart des enfants et adolescents restent non diagnostiqués chaque année ; les taux élevés de TB-MR / RR sous-diagnostiquée et sous-traitée (seulement 20% des patients atteints de TB-DR sont diagnostiqués et traités)². La déclaration de Cotonou en 2018 par les directeurs de programmes tuberculose en Afrique de l'Ouest et centrale appelle entre autre à renforcer l'utilisation systématique de la recherche opérationnelle pour générer localement des données probantes et pertinentes pour des interventions innovantes et leur mise à l'échelle ; renforcer le partenariat stratégique avec les communautés et la société civile pour favoriser des approches intégrées, menées par les communautés, autour des personnes touchées, basées sur le genre et sur les droits et veiller au financement adéquat de la TB, y compris le plaidoyer pour le respect des engagements nationaux, pour soutenir les services, les ressources humaines et la disponibilité des médicaments essentiels anti-TB.

Au Cameroun ; Il convient de préciser d'emblée que l'approche actuelle du PNLT n'a pas donné tous les résultats escomptés. On peut relever notamment l'écart entre l'incidence estimée et le nombre de personnes TB notifiées qui est encore important (50%), le taux de notification est en constante régression depuis 2015-2018 sans avoir connu une réelle ascension, le nombre des décès demeure élevé, avec une faible régression entre 2015 et 2018 (de 1938 en 2015 à 1777 en 2018). La proportion des enfants parmi les personnes notifiées est très faible, à savoir de l'ordre de 5,1% d'après le rapport annuel 2020 du PNLT. La recherche opérationnelle est

¹GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT 2020; World Health Organization; ISBN 978-92-4-001313-1;2020

²Rapport consultatif ; Mise en œuvre des subventions en Afrique occidentale et centrale (AOC) ; Surmonter les obstacles et améliorer les résultats dans une région difficile ; GF-OIG-19-013 ; Mai 2019 Genève, Suisse

limitée et dans la plupart des cas n'informent pas la planification stratégique. Le faible financement de la réponse limite des actions sur la lutte contre la stigmatisation et la réduction des obstacles d'accès aux services de prévention, de soins, de soutien, de traitement et de la qualité de vie.

Le Cameroun est éligible à l'initiative du Fonds mondial pour l'établissement de programmes intégrés de protection des droits humains dans les pays prioritaires et soutien différencié aux populations-clés touchées dans 15 pays de la région. A cet effet, une évaluation des obstacles d'accès aux soins a été conduite en 2017 et un plan quinquennal élaboré sur la période 2018 - 2022. Un paquet d'activité de recherche a été conduit en 2020 sur la stigmatisation : revue documentaire sur la stigmatisation ; analyse du discours, enquête qualitative auprès des patients et fournisseurs des soins³. Un mémoire pertinent de master 2 a également évalué les dispositifs organisationnels existants dans le cadre de la prise en charge de la Tuberculose au Cameroun : leviers interventionnels pour une stratégie locale plus équitable⁴. Ces données pertinentes méritent d'être complétées pour une meilleure connaissance et compréhension de la dynamique des populations clés dans la réponse TB au Cameroun ; les réalités de l'engagement communautaire et les dispositifs du droit à la santé y compris la disponibilité des services, leurs accessibilités, l'acceptabilité, la qualité des soins au profit des populations clés ainsi que l'environnement légal et les normes de genre.

Stop TB Partnership a développé une série d'outils pour aider les pays à transformer la riposte à la tuberculose pour qu'elle soit équitable, fondée sur les droits, transformatrice de genre et centrée sur les personnes. Ce sont les réponses qui protègent, font progresser et plaident en faveur de l'égalité des sexes et des initiatives de santé fondées sur les droits humains, changent les attitudes, combattent la stigmatisation, améliorent les niveaux de connaissance de la tuberculose et d'alphabétisation sur les droits, sensibilisent les services antituberculeux disponibles, promeuvent la responsabilité sociale pour garantir l'accès universel aux services de prévention, de traitement et de soutien de la tuberculose et à atteindre les populations les plus à risque, vulnérables, mal desservies et affectées par la tuberculose. Elles servent à renforcer les politiques nationales de lutte contre la tuberculose et aborder les priorités et les actions pour aider les pays à préparer leurs plans stratégiques nationaux de lutte contre la tuberculose et les demandes de financement au Fonds mondial.

Alliance CI en partenariat avec Stop TB et DRAF TB a mobilisé des ressources dans le cadre du projet RECAP TB AOC (Renforcement des capacités en Afrique de l'Ouest et du centre pour la réponse TB), pour conduire une série d'évaluation CRG dans certains pays francophones en Afrique de l'Ouest et du Centre au cours de la période 2019 – 2020. Au Cameroun cette initiative a été conduite par l'ONG FIS Cameroun, une organisation de promotion de la santé spécialisé depuis 20 ans dans la réponse tuberculose.

Le rapport CRG du Cameroun structuré sur trois principales composantes (populations clés ; droits à la santé ; environnement légal et genre) est un jalon essentiel pour atteindre le Schéma et consensus mondial pour mettre fin à la TB d'ici 2030. C'est une étape majeure dans la mise en œuvre des engagements antérieurs de la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose, du Plan mondial de Stop TB 2018 – 2022 (changer de paradigme) ; et la stratégie 2017 – 2022

³ Ellen Mitchell, Kampoer Bertrand, *Stigma Cameroon*, Institut Tropical de la Santé, Université Antwer, Belgique.2020

⁴ Kampoer Bertrand. *Mémoire Master 2, Université de Lorraine, Ecole de Santé Publique de Nancy. Septembre 2020*

du Fonds mondial (Investir pour mettre fin aux épidémies) en s'appuyant sur la promotion et la protection des droits humains et de l'équité entre les sexes pour mettre fin à la tuberculose d'ici 2030.

3 Vue d'ensemble du processus

Un processus inclusif et représentatif garantissant les normes éthiques

En utilisant les lignes directrices fournies par le partenariat Halte à la tuberculose, un processus

conçu pour être inclusif a été mis en œuvre. Un groupe restreint a été sélectionné pour assurer la supervision et nommer des participants pour les équipes d'évaluation et le groupe de travail multipartite.

Le groupe restreint était composé de représentants du Programme national de lutte contre la tuberculose, de cinq départements ministériels (Santé, Justice, Affaires Sociales, Femmes et famille, Travail et Sécurité sociale), de deux organisations de la société civile et d'une organisation des patients.

Le groupe restreint a suggéré des participants pour un groupe de travail multipartite afin de s'assurer que le processus est inclusif et représentatif. Une priorité a été portée aux personnes touchées par la tuberculose, aux organisations de la société civile travaillant sur les questions de tuberculose et VIH, des départements ministériels pris en compte au Comité National de lutte contre la tuberculose, aux experts des questions de genre et droits humains et aux organisations internationales. Le groupe de travail multipartite était chargé de revoir la méthodologie du projet, de sélectionner les populations clés pour la recherche qualitative et, plus tard, de valider les résultats de l'évaluation.

Le processus d'évaluation a suivi les étapes suivantes :

- i. *Réunion de lancement du projet* : afin de susciter l'intérêt des acteurs nationaux et des médias.
- ii. *Revue de la littérature initiale* : pour des données de base du protocole éthique et la présentation du contexte au groupe de travail restreint.
- iii. *Réunion du groupe restreint* : pour faire des recommandations à prendre en compte dans le protocole de recherche ; et procéder à une première priorisation des populations clés à prendre en compte dans l'évaluation.
- iv. *Réunion du groupe de travail multipartite* : pour discuter et approuver les protocoles et outils d'éthique et sélectionner les populations clés
- v. *Projet de protocole de recherche* :
- vi. *Révision des revues de la littérature* : pour inclure des domaines et des points saillants de la réunion multipartite et développer des revues pour les populations clés sélectionnées
- vii. *Révision et soumission du protocole*
- viii. *Formation des enquêteurs*
- ix. *Mise en œuvre de processus de recherche*
- x. *Analyse des données*
- xi. *Rédaction des conclusions*
- xii. *Réunion du groupe de travail multipartite pour valider les résultats*
- xiii. *Revue externe des consultants Stop TB*
- xiv. *Compilation de rapports*
- xv. *Diffusion du rapport*

4 Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale mixte (quantitative et qualitative). La recherche qualitative a été mise en œuvre dans les régions sanitaires du centre et de Yaoundé. Elles ont été sélectionnées sur la base de la représentation des populations clés retenues dans l'évaluation, la diversité de la population, l'existence des prisons accessibles aux enquêteurs, la présence des organisations partenaires qui pourraient faciliter l'accès aux populations clés sélectionnées, ainsi que les départements ministériels documentant une relation de travail avec le PNLT.

4.1 Questions de recherche

Les questions d'évaluation concernent les quatre domaines suivants : (i) l'environnement juridique, (ii) le genre, (iii) les populations clés et (iv) la stigmatisation.

4.1.1 Environnement juridique :

- ✓ Comment l'environnement juridique et politique actuel influe-t-il sur l'accès aux soins de santé liés à la tuberculose, ou augmente-t-il la vulnérabilité et crée-t-il des obstacles à l'accès à ces soins ?
- ✓ Quelles interventions programmatiques fondées sur les droits, notamment le renforcement des lois, des politiques et des réglementations ; la réduction de la stigmatisation et de la discrimination ; l'amélioration de l'accès à la justice et de l'application des lois et des politiques, pourraient être réalisées pour améliorer la réponse à la tuberculose ?

4.1.2 Genre.

- ✓ Quel est l'impact de l'identité de genre sur la dynamique sociale de la vulnérabilité à la tuberculose, l'accès aux soins et les résultats de traitement ?
- ✓ Quels changements pourraient être apportés à la mise en œuvre des programmes pour passer d'une approche ignorante des sexospécificités à une approche qui tient compte des sexospécificités et, en fin de compte, à une approche transformative ?

4.1.3 Populations clés

- ✓ Quels sont les groupes de sous-population potentiels qui auraient besoin d'une attention supplémentaire si l'on veut éliminer la tuberculose ?
- ✓ Que pensez-vous du manque de données qui empêche les programmes de lutte contre la tuberculose de faire face aux risques, aux facteurs de risques et aux obstacles à l'accès aux services auxquels les populations clés sont confrontées ?

4.1.4 Stigmatisation

- ✓ Qu'est-ce que la stigmatisation dans le contexte de la tuberculose ?
- ✓ Où et dans quels contextes la stigmatisation liée à la tuberculose se manifeste-elle tout au long du parcours du patient tuberculeux ?
- ✓ Quels sont les groupes de sous-population qui auraient besoin d'une attention supplémentaire si l'on veut éliminer la stigmatisation liée à la tuberculose ?

4.2 Méthodes

Dans le cadre de cette évaluation, 5 méthodes de collecte ont été retenues : la revue documentaire, les entretiens structurés, les entretiens individuels approfondis, les groupes de discussion (Focus group discussion et triade) et l'observation.

- ✓ **Revues documentaires** dans chaque domaine : Stigmatisation, environnement juridique, genre et populations clés.
- ✓ **Entrevues d'informateurs clés** avec des experts et des défenseurs des droits dans le domaine.
- ✓ **Entrevues approfondies** avec des personnes affectées par la tuberculose, des proches, des membres de la communauté, des professionnels de la santé.
- ✓ **Focus group discussion** avec des professionnels de la santé et des personnes affectées par la tuberculose. Les questions liées à la vulnérabilité et aux soins des personnes en contact avec des patients atteints de tuberculose ont été intégrées dans toutes les méthodes. Il n'existe donc pas d'outils d'évaluation distincts conçus pour ce groupe dans ce processus d'évaluation.

4.3 Sites de recherche

Compte tenu du contexte de la COVID-19, tous les entretiens ont été réalisés dans le respect des mesures gouvernementales de protection individuel, gel hydro alcoolique et distanciation physique.

Environ 76 informateurs clés ont été touchés à travers des groupes de discussions et les entretiens individuels. Les entretiens avec les informateurs clé ont été conduit dans 8 districts de santé (DS) dans la Région du Centre dont six (06) à : Yaoundé dans le département du Mfoundi ; un (01) à Nanga- Eboko dans le département de la Haute-Sanaga et un (01) à Eséka dans le département du Nyong et Kellé. Deux groupes de discussions ont eu lieu avec 20 détenus dans les prisons de Nanga – Eboko et de Mfou respectivement à 130 et 28 kilomètres de Yaoundé. Ces prisons comme la majorité connaissent la surpopulation carcérale et leurs infirmeries sont sous équipées avec un personnel de santé limité et pas spécifiquement formés à la prise en charge de la tuberculose. Pour les populations clés, 2 groupes de discussions ont eu lieu respectivement 10 patients tuberculeux sous traitement et 10 personnes contacts à l'hôpital Jamot de Yaoundé qui est le plus grand centre de traitement du pays. Un groupe de discussion avec 10 personnels soignant a été conduit à l'hôpital de Biyem-Assi qui est l'un des quartiers les plus populaires de la ville de Yaoundé. 18 leaders d'associations représentant les personnes vivant avec le VIH dans la ville de Yaoundé ont été interviewés. En outre, en zone périurbaine (Nanga -Eboko) et rurale (Mfou) ; 02 Présidents de Comité de santé du District (COSADI) ; 02 Responsables de l'administration pénitentiaire ; 02 Responsables de Formation sanitaire (01 publique et 01 privée) et 02 personnes ayant été directement en contact avec le malade de TB (garde malade, parent proche) ont été interviewés.

4.4 Priorisation des populations clés

La stratégie de l'OMS END TB énonce des principes clés que tous les pays devraient respecter pour atteindre les cibles de 2035 y compris les ODD de 2030. Deux des quatre principes qui accompagnent la stratégie sont directement liés aux sous-groupes de population (« populations clés » faisant face à un risque plus élevé d'exposition à la tuberculose et d'infection par rapport à la population générale.

Les programmes de lutte contre la tuberculose doivent être sensibles au fait que ces populations clés sont souvent socialement défavorisées et leurs droits humains fréquemment violés et que les ripostes à la tuberculose doivent respecter et faire valoir leurs droits et garantir le même niveau et la même qualité de services que ceux fournis à la population générale. De plus, les données actuelles sur ces populations clés sont limitées et les efforts pour limiter les lacunes - y compris les facteurs de risque et d'exposition, la taille estimée de la population touchée et la prévalence de la tuberculose sont nécessaires dans le cadre de la stratégie END TB.

Pour aider à atteindre ces objectifs, Stop TB Partnership a développé des outils de priorisations des populations clés⁵. Plusieurs étapes ont conduit à la priorisation des populations clés au Cameroun :

Revue documentaire par l'équipe des consultants : Une liste de 20 populations a été préétablie sur la base des données du PNLT et la liste figurant dans les directives et guides de l'OMS et de Stop TB Partnership.

Revue du groupe restreint : Au cours du deuxième atelier, le groupe restreint a fait une analyse de priorisation pour aboutir à une pré-identification de 10 groupes prioritaires selon le tableau suivant :

N°	Populations	Scores
01	Populations carcérales	9,5
02	Personnes vivant avec le VIH	8,5
03	Sujets contacts des patients tuberculeux	7,5
04	Réfugiés et déplacés interne	7,5
05	Enfants	7
06	Diabétiques	4,5
07	Personnels des formations sanitaires	4
08	Bergers, enfants des bergers et bouchers et populations riveraines des abattoirs (personnes à risques de tuberculose zoonotique)	4
09	Miniers et populations proches des exploitations minières	4
10	Usagers des soins des hôpitaux	2,5

Les scores ont été calculés sur la base du : i) **Risques d'exposition** (Exposition à des personnes infectées/bacilles concentrés) ; ii) **Risques biologiques** (Probabilité d'immunosuppression/possibilité de développer une tuberculose active) ; iii) **Barrières à l'accès aux soins** (Barrières sexospécifiques, juridiques, sociales et structurelles) ; iv) **Barrières à l'achèvement du traitement** (Stigmatisation, conditions de vie, problèmes de continuité d'accès), v) **Probabilité de nouvelles perspectives** (Dynamiques sociales insuffisamment comprises) ; vi) **Contribution estimée** (et/ou issue de données officielles, le cas échéant) à la charge de morbidité de la tuberculose dans le pays (Cas de tuberculose active de toutes les formes).

Validation des populations clés : Au cours de l'atelier multipartite, l'ensemble des parties prenantes ont procédé à la validation de 5 populations clés qui serviront également de base pour l'évaluation. Ce classement tient compte de la priorité à accorder à chaque groupe.

N°	Populations	Scores
----	-------------	--------

⁵ Stop TB, Data for Action for Tuberculosis Key, Vulnerable and Underserved Populations; Genève 2017

01	Populations carcérales	9,5
02	Personnes vivant avec le VIH	8,5
03	Sujets contacts des patients tuberculeux	7,5
04	Réfugiés et déplacés interne	7,5
05	Enfants	7

L'équipe d'évaluation a également marqué son intérêt sur la tuberculose zoonotique afin d'explorer si des nouvelles perspectives peuvent être envisagées.

4.5 Populations étudiées

Les personnes ayant participé aux différents entretiens de collecte de données appartiennent à différentes catégories de genre : des hommes, des femmes et des personnes transgenres affectées par la tuberculose ; les personnes affectées par la tuberculose et leurs proches, leurs personnes à charge (sujets contacts) ; leurs communautés et les professionnels de la santé impliqués dans la prestation de soins ou autrement affectés par la maladie. Le tableau ci-dessous résume les cibles touchées et les différentes méthodes de collecte des données :

Méthodes	Participants	Nombres
Environnement juridique :		
Groupe de discussion	Personne affectées par la TB	1
Groupe de discussion	Personnel de santé	2
Interviews	Informateurs clés	2
Genre		
Groupe de discussion	Personne affectées par la TB	3
Groupe de discussion	Personnel de santé	2
Interviews	Informateurs clés	2
Populations clés		
Populations carcérales		
Groupe de discussion	Détenus. HSH	1
Interviews	Informateurs clés : Personnel administratif. Service de santé de la prison	2
Personnes vivant avec le VIH		
Groupe de discussion	Personnes vivant avec le VIH	4
Interviews	Informateurs clés : Leaders d'associations	18
Sujets contacts des patients tuberculeux		
Groupe de discussion	Garde malades	2
Interviews	Informateurs clés : Leaders d'associations	18
Déplacés internes		
Groupe de discussion	Déplacés interne dans la ville de Yaoundé	1
Interviews	Informateurs clés : Leaders d'associations	1
Bergers, enfants des bergers et bouchers et populations riveraines des abattoirs		

(personnes à risques de tuberculose zoonotique)		
Groupe de discussion	Populations riveraines	3
Interviews	Informateurs clés : Leaders d'associations	2
Personnels des formations sanitaires		
Groupe de discussion	Personnel de santé	2
Interviews	Informateurs clés : Membre des COSADI	2
Stigmatisation		
Groupe de discussion	Personne affectées par la TB	3
Groupe de discussion	Personnel de santé	2
Interviews	Informateurs clés	2

4.6 Collecte des données et analyses

Deux types d'acteurs ont procédé aux entretiens individuels et aux focus groups auprès de 186 personnes cibles entre août et septembre 2020. Il s'agit de 07 agents de collecte de données recrutés par appel à candidature et formés sur les outils et techniques de collecte de données, pour un résultat de 118 personnes cibles atteintes à travers des entretiens (interviews) individuels. Deux consultants CRG impliqués, afin d'assurer la bonne qualité des données recueillies sur le terrain et trianguler les informations collectées par les enquêteurs, à travers 05 Focus groups et 10 entretiens approfondis pour un résultat de 68 personnes cibles atteintes.

Après la collecte de terrain et les transcriptions, un ingénieur statisticien de l'équipe a procédé à la création des projets sous Nvivo 12, puis importer les données par population cible. Ensuite s'en est suivie une réorganisation des données (fichiers ou transcriptions individuelles). L'encodage des transcriptions (phrase, paragraphe etc) a été fait en fonction des thématiques qui se sont dégagées. L'extraction des données a été conduite par thème et sous-thèmes (CRG) en vue de leur utilisation comme citations illustratives dans les résultats de recherche. L'encodage de ce projet dans Nvivo 12 a également permis, d'extraire les diagrammes et graphiques permettant ainsi une présentation statistique des résultats de cette analyse.

4.7 Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité Ethique Régional du centre et une Clairance Ethique a été délivrée sous la référence CE N° 1007/CRERSHC/2020 le 06 Avril 2020. La Délégation Régionale de la Santé Publique du Centre du Ministère de la Santé a délivré une Autorisation Administrative de Recherche (Accord de principe) sous la référence N° 600/AP/MINSANTE/SG/DRSPC du 09 Avril 2020.

De nombreuses préoccupations relatives à l'éthique ont été prises en compte et des processus mis en place pour protéger les participants à l'évaluation. Il s'agit notamment de la participation sur une base volontaire sans conséquences négatives en cas de refus de participer et le consentement éclairé systématique au début des entretiens. Un ensemble de mesures de protection ont été mises en place pour protéger la vie privée et la confidentialité des participants. Il s'agit notamment de : L'utilisation de pseudonymes et d'identifiants numériques dans toutes les données saisies et la suppression de tout autre indice caractéristique avant que les données soient rendues publiques. L'utilisation d'espaces privés pour les entrevues et les séances de groupe (groupes de discussion et activités animées).

L'utilisation de sites sûrs, accessibles et conviviaux (et non de centres antituberculeux) pour les méthodes d'évaluation auprès des populations clés. Tout le staff d'évaluation a signé des accords de confidentialité dans le cadre de l'étude.

4.8 Limites de l'évaluation

Cette évaluation qualitative présente quelques limitations sans lesquelles elle aurait été plus enrichissante, et qui devront être améliorées dans les futures évaluations. Nous pouvons citer :

- **La couverture géographique limitée de l'évaluation** : Cette évaluation basée sur une revue documentaire pertinente a été directement appliquée au cas du Cameroun, où les participants (interviews, focus group) provenaient seulement dans 8 districts de santé (DS) dans la Région du Centre. A ce titre les résultats ne peuvent être considérés comme généralisables à l'échelle de tout le pays.
- **La couverture effective des populations clés** : Bien que dix (10) populations cibles aient été sélectionnées dans le cadre de cette évaluation, seules cinq cibles ont été retenues à la priorisation finale. Au regard de cette situation, les autres populations clés telles qu'il ressort de la revue documentaire et du processus de priorisation devront être revisitées pour améliorer le rendu de cette évaluation.
- Le fait que l'évaluation soit qualitative bien qu'ayant un échantillon consistant (186 personnes atteintes participantes) est également un frein à la possible généralisation des résultats de cette étude.

5 Contexte

Uniquement 0,9% des patients tuberculeux reçoivent des soins de façon appropriée, ce qui représente un faible score de la qualité de soins

La problématique de la qualité des services ou des prestations de services de santé constitue un enjeu important. Au Cameroun, malgré les efforts consentis par le Gouvernement et ses Partenaires Techniques et Financiers, le niveau des principaux indicateurs de santé montre que

les efforts doivent s'accélérer comme l'indiquent les résultats des dernières Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS 2018) et à indicateurs multiples (MICS 2014), de même que plusieurs autres études et enquêtes menées dans le secteur de la santé (SONUB, CAMPHIA, etc.).

Parmi les maladies transmissibles, les services de lutte contre la tuberculose sont les plus rares car 18% des formations sanitaires enquêtées en disposent

Entre 2018 - 2020 ; le Gouvernement a entrepris de conduire une enquête nationale, avec l'appui de la Banque Mondiale, du Fonds Mondial et de l'OMS en vue de disposer d'un ensemble d'indicateurs permettant de mesurer les contraintes liées à la prestation et la qualité de services y compris le comportement des prestataires de soins dans les formations sanitaires (FOSA). L'étude a été réalisée dans 690 formations sanitaires (FOSA) publiques et privées échantillonnées dans les dix régions du pays, les résultats obtenus renseignent sur l'offre de service dans les FOSA au Cameroun, la qualité des soins et la qualité des données sanitaires au Cameroun⁶. La capacité opérationnelle des FOSA à délivrer les cinq services généraux est de 68% soit respectivement 79% pour les éléments d'aménagement de confort, 78% pour la capacité de diagnostic, 71% pour la précaution standard, 59% pour les équipements essentiels et 52% pour les médicaments essentiels. Parmi les maladies transmissibles, les services de lutte contre la tuberculose sont les plus rares car 18% des formations sanitaires enquêtées

⁶ IFORD Enquête sur les indicateurs de Prestations des services de sante –Health facility assessment (SDI/HFA) 2018

en disposent. La lutte contre le paludisme et le Conseil/dépistage VIH/SIDA sont les services les plus opérationnels (respectivement 84% et 70%), tandis que le score moyen pour les autres services de lutte contre les maladies transmissibles se situent autour de 50%. La disponibilité des éléments associés au diagnostic et traitement des maladies respiratoires chroniques est de 60% avec seulement 7% des formations sanitaires qui disposent de tous les éléments traceurs.

Dans l'ensemble, le diagnostic de la tuberculose était basé sur un échantillon des expectorations positives dans 71,4% des dossiers examinés et seuls 10,8% des dossiers de patients ne mentionnant pas l'utilisation d'un diagnostic adossé sur un échantillon des expectorations positives ont indiqué un diagnostic basé sur un test de dépistage moléculaire Xpert. Le traitement antituberculeux de première intention a été initié dans 99,7% des cas en moyenne et dans les 7 jours suivant le diagnostic pour 86,2% d'entre eux. **L'estimation chez les personnes déjà traitées pour la TB se situe autour de 14% (10-18).** Près de 71,1% des patients ont récupéré à temps le médicament antituberculeux. En moyenne 95% des cas de tuberculose ont un statut VIH enregistré et parmi eux, 27,2% sont séropositifs. Parmi les patients co-infectés TB/VIH, 85,7% sont mis sous TARV. Des changements dans la surveillance clinique des patients ont été enregistrés à 61,5% pour l'évolution pondérale et l'évaluation clinique du changement de symptômes n'a été effective que pour 25,5% des patients tuberculeux. Dans les listes des membres du foyer des patients tuberculeux établies, il existe des enfants de moins de cinq ans dans 47,8 % de dossiers et 81,8% de ces enfants bénéficient d'une thérapie préventive. Dans les FOSA enquêtées, seul 0,9% des patients tuberculeux reçoivent des soins de façon appropriée, ce qui représente un faible score de la qualité de soins offerts aux patients tuberculeux. Au niveau des formations sanitaires, 54% des centres de santé et assimilés, offrant les services de traitement de tuberculose, font un rapportage au système d'information du ministère de la santé publique. On note également que 53% des formations sanitaires déclarent avoir un personnel formé alors que 40% de formations sanitaires appliquent les directives et seulement 17 % de formations sanitaires n'ont eu aucune rupture de stock des fiches de pointage, registres, et formulaires de rapportage. Au niveau des districts de santé, 48% de rapports mensuels de notification des cas de tuberculose provenant des formations sanitaires contiennent la totalité des indicateurs d'intérêt. La proportion des rapports mensuels reçus à temps au niveau du district et incluant les différents indicateurs d'intérêt varie globalement entre 44% (pour la TB) et 70% (pour le paludisme).

5.1 Déterminants de la tuberculose au Cameroun

Si la tuberculose peut toucher tout le monde, elle frappe plus durement les pauvres. Cette maladie est liée aux déterminants sociaux de la santé, à savoir les conditions dans lesquelles on vit et on travaille. De mauvaises conditions de vie, une mauvaise alimentation et le surpeuplement sont autant de facteurs de risque associés à cette maladie. Cela signifie que les taux de tuberculose sont davantage élevés dans les grandes villes, où ces problèmes sont plus fréquents. Plusieurs déterminants influencent la réponse :

5.1.1 La pauvreté :

En 2014, près de deux personnes sur cinq (37,5%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 90%) et dans les régions septentrionales (plus de 52%)⁷. Avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,512, le Cameroun occupait le 153ème rang sur les 188 pays évalués en 2014. L'indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI) a connu une évolution à la hausse, passant de 0,330 en 2013 à 0,344 en 2015⁸. Cette hausse traduit une augmentation des inégalités de niveau de vie notamment dans le domaine de la santé, l'éducation et les revenus. Les formations sanitaires publiques sont davantage accessibles aux couches sociales les plus aisées : en effet, alors que la part des plus riches dans l'accès aux services d'un médecin public

⁷ Institut National de la Statistique. *Quatrième Enquête Camerounaise Après des Ménages (ECAM IV)*. 2014.

⁸ UNDP, *Human Development Report 2013/2015*

approchait 43%, elle n'était que d'environ 3% pour les pauvres⁹. Uniquement 5% de la population est couverte par les systèmes de protection sociale.

5.1.2 Malnutrition

La prévalence de la sous-alimentation (% de la population) au Cameroun était de 6,3% en 2018, selon la collection d'indicateurs de développement de la Banque mondiale, compilée à partir de sources officiellement reconnues¹⁰. Environ un tiers des enfants de moins de cinq ans souffrent de la malnutrition chronique ou retard de croissance (31,7% selon la MICS 2014, dont 12,9% de la forme sévère), ce qui signifie que le Cameroun se trouve parmi les pays de « prévalence élevée » de la malnutrition chronique, selon les critères de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS, 2010). Le taux de malnutrition chronique est très élevé dans les 3 premiers quintiles de pauvreté, avec des proportions de plus de 41% dans les deux premiers et de 31% dans le troisième. En effet, la proportion des enfants souffrant de malnutrition chronique dans le quintile le plus pauvre est d'environ trois fois celle du quintile le plus riche (41,6/14,5). La malnutrition chronique est la cause de 14,7% des décès chez les enfants de moins de cinq ans¹¹. Les enfants du milieu rural sont plus affectés que ceux du milieu urbain avec 38 pour cent et 23 pour cent respectivement. En plus des régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est, les régions du Nord-Ouest et de l'Ouest présentent également des taux de malnutrition chronique élevés¹².

5.1.3 Les bidons villes

Au plan national, le ministère du Développement urbain et de l'Habitat, estime qu'environ 60% de la population urbaine du pays vit dans des quartiers d'habitat précaire, ce qui représente environ 6 millions de personnes. L'augmentation rapide de la population urbaine a engendré une croissance importante des villes avec, pour corollaire, une forte demande en logements. Il est impossible pour l'État et les communes de satisfaire cette demande. Le Cameroun est un pays qui compte plusieurs grandes villes parmi lesquelles YAOUNDE, la capitale politique du pays qui compte environ 3,5 millions d'habitants, DOUALA, la capitale économique compte environ 3,6 millions d'habitants sur une population nationale estimée à 26,545,863 réparties sur 10 régions administratives¹³. Le Cameroun n'a pas encore entamé sa transition démographique, la fécondité y est encore élevée. Une telle croissance démographique entraîne un ratio de dépendance élevé (environ 95%) et une forte pression sur les infrastructures et les services sociaux de base tel que l'éducation, la santé, l'accès à l'énergie et à l'eau potable, la sécurité alimentaire et la sécurité foncière¹⁴.

⁹ Institut National de la Statistique. 2e enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires : Rapport principal, volet santé. 2010.

¹⁰ [https://tradingeconomics.com/cameroon/prevalence-of-undernourishment-percent-of-population-wb-data.html#:~:text=Prevalence%20of%20undernourishment%20\(%25%20of%20population\)%20in%20Cameroon%20was%20reported,compiled%20from%20officially%20recognized%20sources.](https://tradingeconomics.com/cameroon/prevalence-of-undernourishment-percent-of-population-wb-data.html#:~:text=Prevalence%20of%20undernourishment%20(%25%20of%20population)%20in%20Cameroon%20was%20reported,compiled%20from%20officially%20recognized%20sources.)

¹¹ MINSANTE, Dossier d'investissement pour l'amélioration de la santé de la reproduction, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune au Cameroun 2017-2020.

¹² Institut National de la Statistique de la République du Cameroun. (2011). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples. Yaoundé (Cameroun).

¹³ <https://www.worldometers.info/world-population/cameroon-population/>

¹⁴ MINEPAT & UNFPA. Étude sur les conditions du bénéfice du dividende démographique au Cameroun. 2012



5.1.4 Diabète

Au Cameroun, la prévalence du diabète était estimée à environ 6% en 2018. Cette prévalence augmente dans la population générale, passant de 2,0% en 1999 à 4,7% en 2002 et à 5,8% en 2018¹⁵. Il existe une disparité régionale entre les zones rurales et urbaines, avec une prévalence rurale du diabète inférieure à celle des zones urbaines mais augmentant avec le temps¹⁶. La prévalence du diabète semble également être augmentée dans certains groupes : les patients ayant subi un AVC (12,8%) et les patients atteints d'insuffisance rénale terminale (15,9%)¹⁷. Le nombre de personne touchées par la tuberculose imputable au diabète est de 1300 ; la prévalence chez les plus de 18 ans de sexe masculin est de 6,8% et 6,5% chez les femmes de la même tranche d'âge¹⁸.

5.1.5 Alcool

L'usage nocif de l'alcool est l'un des principaux facteurs de risque pour la santé de la population dans le monde par la baisse de l'immunité qu'il engendre, et a un impact direct sur de nombreuses cibles liées à la santé des objectifs de développement durable (ODD), y compris pour les maladies infectieuses tel que la tuberculose. Selon le rapport mondial TB 2020 de l'OMS on estime à 5700 le nombre des personnes touchées par la tuberculose attribuée aux troubles liés à la consommation d'alcool. La prévalence chez les plus de 15 ans est de 2,3% données 2016 chez les femmes et 12% chez les hommes. La société Camerounaise est également dominée par plusieurs boissons locales. Le plus célèbre est « odontol » qui est un alcool traditionnel fabriqué au Cameroun à partir de vin de palme ou de maïs en grain, ainsi que de sucre et d'écorce de *Garcinia lucida* (essok). C'est un alcool très fort et peu cher, ce dernier point expliquant en partie sa popularité auprès des consommateurs. La consommation d'odontol entraîne régulièrement des décès, car il est de fabrication « artisanale » (donc non rectifié) et contient un dérivé de méthanol, produit extrêmement toxique entraînant une intoxication méthylique. L'odontol fut prohibé au Cameroun dans les années 1970. De nos jours, sa consommation est tolérée, bien que la loi camerounaise le considère comme étant une drogue.

¹⁵J. J. Bigna, et al "Prevalence of prediabetes and diabetes mellitus among adults residing in Cameroon: a systematic review and meta-analysis," *Diabetes Research and Clinical Practice*, vol. 137, pp. 109–118, 2018.

¹⁶J. C. N. Mbanya et al "Prevalence of NIDDM and impaired glucose tolerance in a rural and an urban population in Cameroon," *Diabetologia*, vol. 40, no. 7, pp. 824–829, 1997.

¹⁷A. Lekoubou, et al "Diagnosed diabetes mellitus and in-hospital stroke mortality in a major sub-Saharan African urban medical unit," *Primary Care Diabetes*, vol. 11, no. 1, pp. 57–62, 2017

¹⁸OMS, Rapport mondial TB. 2020

5.1.6 Tabagisme

1700 personnes touchées par la tuberculose sont imputables au tabagisme au Cameroun selon le rapport mondial TB 2020 de l'OMS. Le pays connaît une forte augmentation du tabagisme avec un taux de prévalence se situant autour de 17,5% dont 28,8 % d'hommes et 8,1 % des femmes. L'exposition à la fumée du tabac est une réalité ; 25% de la population est exposée à la fumée du tabac à domicile et 50% dans les lieux publics¹⁹.

L'usage du tabac et de ses produits est très courant chez les jeunes parmi lesquels 15,2% sont des consommateurs réguliers, 31% des potentiels consommateurs. Les garçons pour la plupart commencent à fumer à moins de 15 ans et les filles à 18 ans. 45% des jeunes sont exposés à la fumée du tabac dans leurs communautés respectives²⁰. L'absence des enseignements sur le tabagisme dans les programmes de formation, la persistance de la publicité directe et indirecte des produits du tabac, l'accessibilité sans restriction des jeunes aux produits du tabac et l'absence d'une véritable réponse en matière de cessation aggrave la problématique. Une panoplie d'actes administratifs et des mesures restrictives confinent et réglementent l'activité de production et de commercialisation des produits du tabac au Cameroun. Ces textes pour le moment bien fournis et élaborés, sont cependant peu vulgarisés et appliqués.

5.1.7 Le VIH/SIDA

La prévalence du VIH dans la population générale est de 3.6 % (CAMPHIA, 2018) dans la population générale. Le dépistage du VIH chez les malades tuberculeux se fait en routine dans l'ensemble des CDTs. En 2018, 95% des tuberculeux ont été testés pour le VIH, 29% du total des cas étaient VIH+, ce qui place le Cameroun parmi les pays à forte prévalence de co infection TB-VIH. Celle-ci est restée stable au cours des dernières années, ce qui peut être associé à la persistance de l'épidémie du VIH dans le pays.

On observe une répartition très inégale de la co-infection entre les régions. Les régions du Nord-Ouest et Sud-Ouest rapportent les taux les plus élevés de co-infection tandis que l'Extrême-nord relève le taux le plus faible.

La létalité liée au VIH est le double par rapport à celle observée chez les tuberculeux n'ayant pas le VIH, elle est de 14% contre 6% (cohorte 2018).

5.2 Structure nationale de la réponse tuberculose

Le CNLT est un comité interministériel qui est présidé par le Ministre de la Santé Publique. Cependant il est peu fonctionnel.

Le programme tuberculose a été développé depuis 1997 dans la région de l'Ouest et s'est implanté dans les autres régions jusqu'en 2003. Le PNLT a été créé par Décision N° 0335/MSP/CAB du 29 Juillet 2002 de Monsieur le Ministre de la santé publique portant

réorganisation de la lutte contre la tuberculose au Cameroun. Cette première a été modifiée et complétée par la décision 1347/D/MINSANTE/CAB/du 08 juin 2016. Le PNLT est rattaché à la Direction de Lutte contre la Maladie et les Épidémies (DLMEP) par le service de la lutte contre la tuberculose qui dépend de la sous-direction du VIH/SIDA, IST et TB.

¹⁹ Rapport du Cameroun ; Etat mise en œuvre de la Convention Cadre pour la lutte Antitabac. 2012

²⁰ GATS Cameroun ; enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes rapport principal, 2013

La lutte contre la tuberculose est mise en œuvre dans un réseau de CDT couvrant tout le territoire national et comprenant des formations sanitaires (FoSa) publiques, des FoSa confessionnelles à but non lucratif, des FoSa des secteurs apparentés (armée, prisons) et de quelques entreprises. En 2016, la carte sanitaire du pays comptait 10 régions, 190 Districts Sanitaires, 1800 Aires de Santé et 6202 FOSA²¹. On dénombre 261 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) sur le territoire national répartis suivant les régions : Adamaoua (14), Est (21), Centre (55), Littoral (38), Extrême-nord (31), Nord (21), Ouest (20), Nord-ouest (21), Sud (19) et Sud-ouest (20).

L'Unité centrale du PNLT est le Groupe Technique Central (GTC) qui est l'organe exécutif du Comité National de Lutte contre la Tuberculose (CNLT). Le CNLT est un comité interministériel qui est présidé par le Ministre de la Santé Publique. Cependant il est non fonctionnel. Le GTC assure la coordination et la gestion du PNLT sur l'ensemble du territoire national, en collaboration avec les administrations, les collectivités, la société civile, les partenaires nationaux et internationaux impliqués. Il assure la coordination des activités de surveillance épidémiologique, la coordination des activités de recherche, de communication et de formation.

Au niveau régional, le GTR sous la supervision du Délégué Régional de la Santé Publique (DRSP) a pour mission d'organiser, de coordonner, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de la lutte contre la tuberculose au sein de la région.

Le District en périphérie est l'unité opérationnelle dans laquelle on retrouve les formations sanitaires. Concernant le personnel du CDT, outre le chef de la formation sanitaire, on a un responsable du CDT et un technicien de laboratoire de façon basique. Le plateau technique de base est le microscope (ordinaire ou LED) pour tous les CDT et dans le processus de modernisation de réseau de laboratoire, on dénombre actuellement 27 CDT disposant d'un appareil TB LAMP et 28 CDT disposant d'un GeneXpert.

Au niveau communautaire, les activités de la lutte contre la tuberculose sont intégrées dans le paquet d'activités des agents de santé communautaires et encadrées par la stratégie nationale de santé communautaire. Depuis le NFM 2 en 2018, le PNLT a intégré le concept d'agents communautaires pour la recherche active des personnes présumées TB. L'approche s'est initialement concentrée dans les deux plus grandes villes du pays (Yaoundé et Douala) et sera étendue dans l'ensemble du pays avec la mise en œuvre du NFM3 (2021-2023).

Le Cameroun dispose des directives actualisées pour la prise en charge de la tuberculose sensible, la tuberculose pédiatrique et le contrôle d'infection. Cependant, elles sont peu disponibles sur le terrain auprès des prestataires. Depuis la création du PNLT, plusieurs plans stratégiques ont été élaborés et mis en œuvre. Le plus récent est celui qui couvre la période de 2020 à 2024.

5.3 Réponses clés à l'épidémie de tuberculose

Malgré la fonctionnalité très limitée du Comité national multisectoriel de lutte contre la tuberculose ; la réponse nationale est soutenue par de nombreuses structures et processus. Il s'agit notamment :

Task Force TB chez l'enfant : Il existe un Comité Tuberculose de l'enfant réunissant les acteurs du PNLT, les Pédiatres, et plusieurs autres partenaires de la lutte contre la TB chez l'enfant. Des renforcements de compétences de pédiatres et autres agents de la pédiatrie ont été faits sur diverses thématiques dont le tubage gastrique, aspiration naso-pharyngée. Cependant, la prise en charge de la TB chez l'enfant n'est pas effective dans certains grands hôpitaux et sous-optimale dans d'autres.

²¹ Rapport de suivi des 100 indicateurs clés au Cameroun en 2017

Comité technique national pour la collaboration TB / VIH : Un groupe technique TB/VIH a été mis en place afin de renforcer et de coordonner les activités de collaboration entre les deux programmes mais il est peu fonctionnel. Les directives ont été actualisées en ce qui concerne l'initiation précoce des ARV pour tout cas co-infecté. Leur application est sous la responsabilité des unités de prise en charge du VIH (UPEC). Ces interventions visent à renforcer les activités de collaboration à tous les niveaux entre les deux programmes de manière à assurer la fourniture de services intégrés et/ou continus aux patients co-infectés TB/VIH. Il existe des points focaux TB/VIH au niveau des 2 programmes.

Global TB Caucus Cameroun : Le Global TB Caucus est un réseau international unique de représentants politiques avec un soutien dans plus de 150 pays .Le Global TB Caucus est fonctionnel au Cameroun depuis 2016. Les membres du Caucus adhèrent aux principes énoncés dans le document fondateur, la Déclaration de Barcelone²². Au Cameroun le Caucus s'engage avec la société civile et toutes les autres parties prenantes impliquées dans la lutte contre l'épidémie de tuberculose pour renforcer la visibilité sur les principaux défis de la réponse nationale y compris la stigmatisation et l'isolement social associés à la maladie, la mobilisation des ressources domestiques et la multisectorialité.

TBpeople Cameroun : Réseau des survivants de la tuberculose affiliée à la Coalition mondiale TBpeople. Elle est fonctionnelle au Cameroun depuis décembre 2020. Elle regroupe actuellement une cinquantaine de membres. Vision : un Monde sans tuberculose. Mission : Unir les personnes, vaincre la tuberculose. Objectif général : Assurer une implication significative de la communauté des personnes ayant l'expérience de la tuberculose à tous les niveaux et échelons de la réponse nationale à la tuberculose. Objectifs spécifiques : Autonomiser et renforcer les capacités des personnes ayant une expérience de la tuberculose ; Former une communauté forte et active de personnes ayant une expérience de la tuberculose ; Assurer la collaboration de la communauté des personnes ayant une expérience de la tuberculose avec les autres acteurs de la lutte contre la tuberculose ; Promouvoir des politiques et des programmes efficaces basés sur des principes d'inclusion, droits et santé publique.

DRAF TB Cameroun : La Dynamique de la Réponse d'Afrique Francophone sur la Tuberculose (DRAF TB) est un regroupement régional de réseaux nationaux intervenant dans la lutte contre la tuberculose, dans la lutte contre la co-infection VIH/TB, les questions communautaires, de genre et de droits humains, dans les pays francophones d'Afrique. La section Camerounaise est très active depuis 2020. Elle focalise ses interventions sur le suivi de la Déclaration politique de la réunion de haut niveau des nations unies sur la TB.

Stop TB Cameroun : Officiellement lancé lors d'une réunion des parties prenantes réunissant 60 participants du PNLT, des organisations de la société civile, du bureau de pays de l'OMS, des organisations internationales et du secteur privé en mars 2013. Le partenariat vise à contribuer aux efforts de lutte contre la tuberculose à travers une réponse unifiée de la société civile et de toutes les autres parties prenantes, conformément au plan stratégique national de lutte contre la tuberculose .Ses principaux objectifs sont de fournir une plate-forme pour la coordination des agences et des parties prenantes afin de contribuer à la lutte contre la tuberculose, la TB-MR et la co-infection TB / VIH, le renforcement des activités communautaires durables contre la tuberculose et la mobilisation de partenaires et de ressources supplémentaires.

ONG FIS Cameroon : Créée en 1996, le FIS est une organisation non gouvernementale Camerounaise légalisée en 1997 et dont la Vision est d'œuvrer pour « Un Cameroun sans injustice dans le domaine de la santé ». Sa mission est de proposer des approches innovantes aux politiques de santé, en complémentarité avec les services publics. Elle est la principale organisation nationale travaillant sur

²² https://docs.wixstatic.com/ugd/309c93_b34e2987d33d419ca8f2d6db0d213f96.pdf

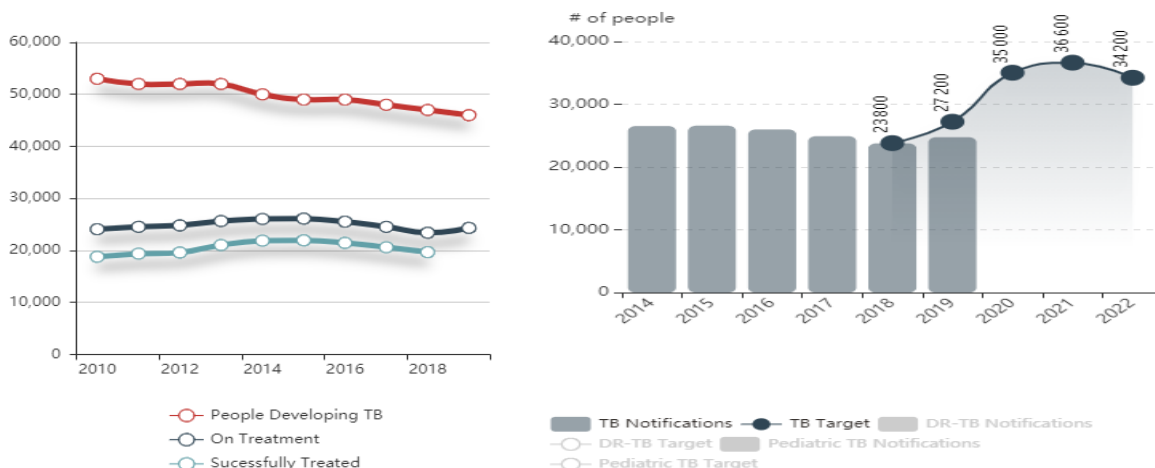
les problématiques de la tuberculose. Elle est membre de l'Instance de Coordination Nationale des subventions du Fonds mondial représentant la composante tuberculose.

6 Fardeau de la tuberculose au Cameroun

6.1 Vue d'ensemble

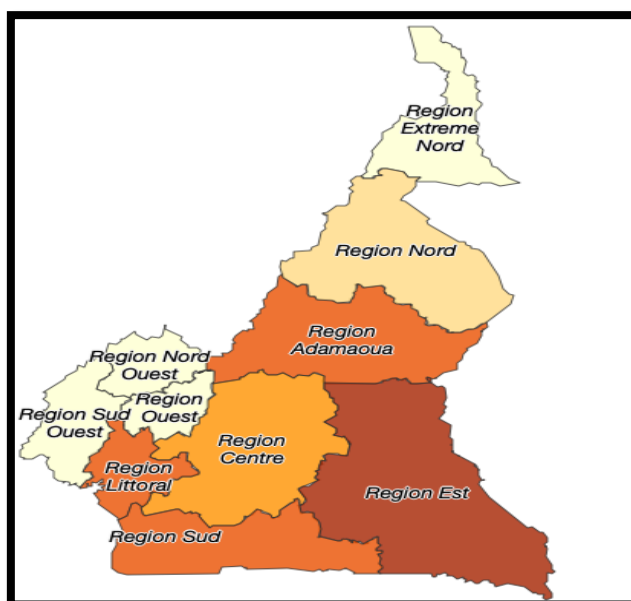
Le rapport Global TB 2020 de l'Organisation mondiale de la santé classe le Cameroun parmi les 20 pays à forte charge de tuberculose / VIH. L'incidence de la tuberculose est de 179/100 000 avec un taux de mortalité de 29/100 000 pour les séronégatifs et de 19/100 000 pour les séropositifs. 24 700 personnes parmi les 46 000 attendues ont reçu un diagnostic de tuberculose (42% des personnes disparues) et 6% des enfants de moins de 15 ans. Le pourcentage estimé de nouvelle TB avec MDR / RR-TB est de 1,6 et l'estimation du traitement antérieur par MDR-RR-TB est de 9,2%. Le taux de succès du traitement pour les nouveaux et les rechutes est de 84% et de 79% pour les TB-MR / RR en deuxième intention. 27% des enfants de moins de cinq ans sont sous TPT.

6.1.1 Personnes touchées par la tuberculose



L'incidence de la TB a tourné autour de 140 pour 100.000 habitants début 2.000 puis a stagné de 2006 à 2010 et a amorcé une régression non substantielle autour de 110 cas pour 100.000 habitants vers 2017 et 2018. Il existe encore un gap de détection entre la notification de cas par le PNLT (179 / 100.000 hab.) et les estimations de l'OMS (240 Cas / 100.000 hab.). Ce taux ne connaît pas, actuellement, une tendance vers la hausse à cause de la conjonction des plusieurs facteurs non maîtrisés (Couverture encore insuffisante en offre des soins TB, détection des cas TB encore faible, screening VIH encore faible, pauvreté, insécurité, présence des réfugiés, comorbidité, etc...). Il faudra des gros efforts pour réorienter la tendance vers la hausse de la détection des cas dans les sens des objectifs de la stratégie « Mettre fin à la Tuberculose » et les cibles (34 200 personnes à dépister) de la Déclaration politique de la réunion de haut niveau des nations unies sur la TB.

6.1.2 Disparités régionales en 2018



Région	Taux de notification (pour 100 000 habitants) en 2018
Est	174
Littoral	142
Sud	140
Adamaoua	129
Centre	116
Nord	76
Extrême Nord	72
Sud-Ouest	70
Ouest	50
Nord-Ouest	47

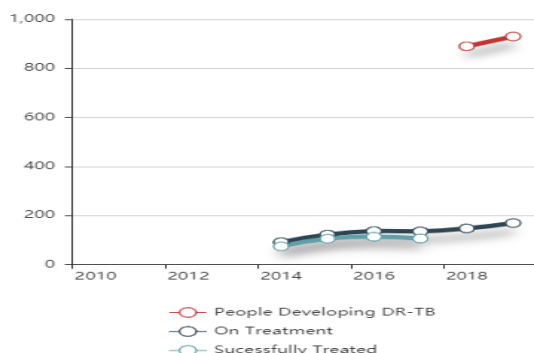
Le pays connaît des fortes disparités de la charge due à la tuberculose, avec un taux de 174 pour 100.000hab par la région de l'Est (frontalière avec la République centrafricaine) et la région du Nord-Ouest. Cette distribution de la maladie est due à la fois à la prévalence élevée de la tuberculose dans la région Extrême Nord ainsi que du Nord-Ouest, Sud-ouest et Littoral. Le faible taux de notification des cas de TB soit à cause de l'insécurité, troubles politiques ou faiblesse du système. Une attention particulière devra être de mise pour adresser ce problème de sous dépistage de cas lors de la prochaine planification par la mise en œuvre des stratégies idoines en marge de l'amélioration des facteurs sociopolitiques et d'insécurité.

6.1.3 Personnes manquantes par régions (2018)

Régions	Population	Notification 2018	Attendus	Cas manquant	%
Adamaoua	1.274.326	1641	2472	831	34%
Centre	4.556.427	5261	8839	3578	40%
Est	1.095.174	1902	2125	223	10%*
Extrême-Nord	4.488.817	3238	8708	5470	63%
Littoral	3.611.508	5050	7006	1956	28%
Nord	2.715.749	2064	5269	3205	61%
Nord-Ouest	2.197.154	1031	4262	3231	76%
Ouest	2.065.164	1035	4006	2971	74%
Sud	793.679	916	1540	624	41%
Sud-ouest	1.817.665	1265	3526	2261	64%
Pays	24.615.663	23.403	47.754	24.351	51%

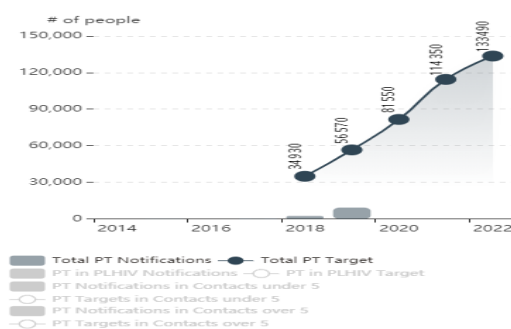
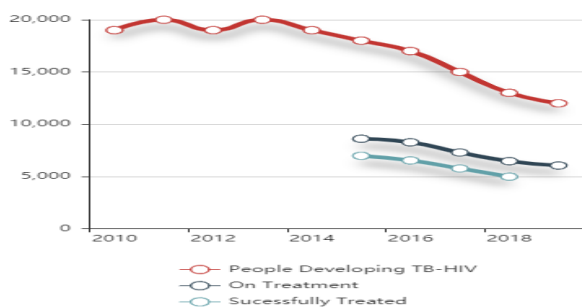
En se référant aux données de notification de 2018 et de l'incidence de la TB du Cameroun (194 pour 100.000habitants), il revient de constater que le Cameroun a un déficit de 51% soit près de **24.351** malades non dépistés. La Région de l'Est est la seule qui s'approche de la notification maximale car les cas manquant ne constituent que 10%. Cette performance prouve à suffisance que les estimations de l'OMS concernant la notification sont atteignables. Même la région du centre (avec Yaoundé) et la région littorale (Douala) ne font pas mieux avec 40% et 28% des cas manquant. Ainsi, en somme le pays a un déficit de 51%.

6.1.4 Tuberculose multi-résistante



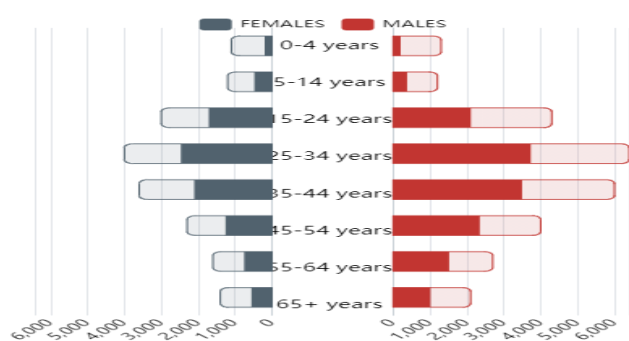
La notification de cas de tuberculose à bacilles pharmaco résistants n'a pas connu une ascension que de 2014 à 2015 avec 47 de plus et une stagnation de 2015 à 2018 avec près de 170 cas l'année. Il est à noter qu'il existe un grand gap permanent entre les estimations de l'OMS et les cas TBMR dépistés. En 2018, le gap de détection est de 656 malades soit 1 cas contre 5 notifiés. Il est important de rappeler que tous ces malades proviennent de screening des cas en retraitement à 95%. La cible devra inclure les nouveaux patients pour screening.

6.1.5 Co-infection TB/VIH



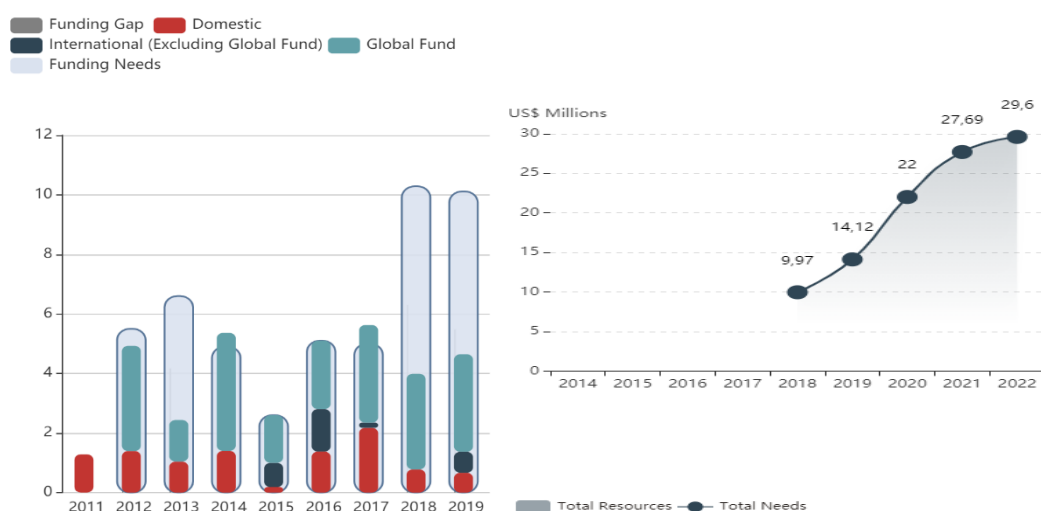
La proportion des malades tuberculeux coinfectés au VIH ayant bénéficié des ARV a connu une amélioration dans toutes les régions variantes entre 96% et 99% et la prophylaxie sous cotrimoxazole variant de 92% à 99% en 2018.

6.1.6 Disparités de genre



Le sexe masculin est plus touché que le sexe féminin avec un sexe ratio de 1,5 en faveur des hommes. Il est clair que la tuberculose touche encore la tranche la plus active de la population (15 à 54 ans) et que les enfants sont très peu dépistés surtout ceux de moins de 5 ans. Pour les adultes bien que les hommes soient plus touchés, on constate aussi un gap élevé sur chaque tranche d'âge chez les hommes que chez les femmes.

6.1.7 Financement



Le besoin de financement estimé en 2020 pour couvrir les cibles du UNHLM est de 22 millions USD. En 2019, un montant de 4 644 902 USD a été mobilisé (Fonds mondial 77%, Etat du Cameroun :14%, Autres 9%).

7 Résultats de la revue de la littérature

Les détenus, les PVVIH, les personnes contacts, les réfugiés/déplacés et les enfants auraient besoin d'une attention supplémentaire si l'on veut éliminer la tuberculose au Cameroun

7.1 Populations clés, facteurs de risques et obstacles d'accès aux services

Le Plan mondial pour mettre fin à la tuberculose 2018-2022 est un plan chiffré pour atteindre les objectifs mondiaux pour mettre fin à la tuberculose. Il attire l'attention sur les populations clés (les

personnes exposées à la tuberculose et à risque accru de tuberculose, qui ont un accès limité à des services antituberculeux de qualité). En outre, le Plan mondial souligne la nécessité d'assurer l'évaluation et la fourniture de services de lutte contre la tuberculose en garantissant des modèles d'investissement qui permettront aux pays d'atteindre les objectifs 90-90-90.



Figure 1 : Les trois objectifs centrés sur les personnes

Le PNLT est toujours confronté à la sous-notification des cas TB parmi les groupes à risque/particuliers²³ :

- PVVIH : Screening TB insuffisant dans cette population
- Population carcérale : Screening à l'admission/en cours de détention et campagnes de dépistage actif insuffisants
- Enfants <15 ans : Screening de la TB insuffisant chez les enfants présentant des anémies sévères, pneumonies sévères, les malnutris, etc.), implication insuffisante de potentiels services de pédiatrie, etc.
- Réfugiés/Déplacés internes : dépistage non optimal dans ce groupe particulier
- Les données ne sont pas disponibles chez les personnes contacts.

Pour comprendre les obstacles qui entravent l'accès aux services des populations clés dans la réponse tuberculose au Cameroun ; la revue a utilisé le cadre « Disponibilité, accessibilité, acceptabilité, qualité » (AAAQ framework)²⁴. **La disponibilité** fait référence à l'existence de services. Les services sont-ils suffisants en termes de quantité et de type ? il est nécessaire de disposer d'une quantité suffisante de formations sanitaires, de biens et services et de programmes de santé publique et de soins de santé fonctionnels. L'accessibilité comprend de nombreux composantes, telles que : l'accessibilité physique, financière, bureaucratique, administrative, sociale et en terme d'informations. Les formations sanitaires, biens et services de santé doivent être accessibles (informations physiquement accessibles, abordables et accessibles) à tous sans discrimination. **Acceptabilité** : La distance sociale et culturelle entre les systèmes de santé et leurs utilisateurs déterminent l'acceptabilité. Toutes les formations sanitaires, biens et services de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et culturellement appropriée, sensible au sexe et à l'âge. Elles doivent également être conçues pour respecter la confidentialité et améliorer l'état de santé des personnes concernées. **Qualité** : les prestataires de services possèdent-ils les compétences et la formation nécessaires ? Existe-t-il des fournitures adéquates (c'est-à-dire des médicaments qui ne sont pas périmés et stockés correctement) qui répondent aux normes pertinentes ? L'environnement est-il approprié, non discriminatoire, privé et confidentiel selon les besoins ? Les installations sont-elles sûres et hygiéniques ? Les services sont-ils fournis selon une norme de soins acceptable conformément aux normes pertinentes, le cas échéant ?

²³OMS- Evaluation de la surveillance TB – Cameroun – Décembre 2019

²⁴<https://www.who.int/gender-equityrights/knowledge/aaaq-infographic/en/>.

La qualité s'étend également à la manière dont les personnes sont traitées avant, pendant et après l'accès aux services.

Les données ont été collectées à travers le profil pays 2020 de l'OMS, la revue externe du plan stratégique 2015-2019, les rapports d'activités du PNLT et quelques documents particuliers référencés.

Il y a un manque de données pour permettre au PNLT du Cameroun de faire face aux risques, aux facteurs de risques et aux obstacles à l'accès aux services auxquels les populations clés sont confrontées ?

7.1.1 Les Détenus.es :

Au 31 décembre 2018, la population carcérale du Cameroun était de 31 815 détenus dont 841 femmes, 968 mineurs, et un taux d'occupation moyen de 177%²⁵. Une étude sur l'incidence de la tuberculose estime le taux de notification de la TB pulmonaire parmi les détenus en moyenne près de 10 fois plus élevé que celui observé dans la population générale comparable ajustée pour l'âge et le sexe²⁶. Au 31 décembre 2019, les rapports mensuels des infirmeries des prisons révèlent un effectif cumulé de 7.364 détenus VIH positifs dans les prisons en 2019 parmi lesquels, 142 cas de coinfections VIH/TB et 28 décès

enregistrés. Les données sur la détection, le traitement et la mortalité en lien avec la tuberculose sont imprécises.

	Résultats	Cible
Estimation de la taille de la population		31 815
Détection	ND	90 %
Traitement	ND	90 %
Mortalité	ND	

Les prisons camerounaises sont gérées par l'administration pénitentiaire. Le rôle de la prison au Cameroun est de priver de liberté des individus ayant commis des crimes ou certains délits et de maintenir à disposition de la justice des personnes en attente de jugement. Par conséquent, les détenus camerounais sont soit des prévenus en détention provisoire, en attente ou en cours de jugement mais présentant des risques de fuite ; soit des condamnés, purgeant la peine de prison à laquelle ils ont été condamnés. Plus de 70% des personnes privées de liberté au Cameroun sont en détention provisoire sur l'ensemble du territoire national²⁷.

Environ 2,7% de la population carcérale au Cameroun est constituée de femmes et elles sont généralement issues de milieux marginaux ou défavorisés et sont souvent victimes de violence, d'abus physiques et sexuels²⁸. L'administration et le management pénitentiaires ne sont pas sensibles à la dimension de genre et ceci crée de problèmes supplémentaires pour les femmes en détention. La plupart du personnel même les personnes en charge des détenues est des hommes et on ne peut pas attendre d'eux qu'ils compatissent et comprennent la condition des femmes.²⁹ Parfois cette situation ne permet pas d'assurer les règles de décence les plus élémentaires. Maintenir une hygiène corporelle acceptable est difficile et expose les femmes incarcérées à des abus de la part de leurs homologues masculins et même du personnel pénitentiaire avec un risque par conséquent plus élevé de contracter des maladies. Dans ces prisons, les femmes qui ne sont pas soutenues par leur famille peuvent rarement se permettre des produits d'hygiène féminine ou autres commodités de base. Cela les conduit souvent à se prostituer en échange de faveurs et de traitements spéciaux. Le système pénitentiaire au Cameroun échoue non seulement à satisfaire les besoins biologiques de santé liés au genre des femmes

²⁵ Rapport 2018, Ministère de la justice.

²⁶ Noeske J, Ndi N, Amougou Elo G, Mbondi Mfondih S. Tuberculosis incidence in Cameroonian prisons: A 1-year prospective study. SAMJ 2014 (in press).

²⁷ FIACAT/ACAT ; Désengorgement des prisons au Cameroun : un décret présidentiel trop restrictif ; avril 2020

²⁸ Institute for Criminal Policy Research, 2015. Birkbeck University of London <http://www.prisonstudies.org/country/cameroon>

²⁹ Bulletin of the World Health Organization, 06 July 2011., imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health, <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/9/10-082842/en/>

incarcérées mais il ne répond pas non plus aux normes de soins internationalement reconnues en matière de droits de l'homme. Au milieu de cela, il y a le cas d'un sous-groupe encore plus vulnérable. Il s'agit des femmes particulièrement jeunes, des femmes enceintes ou qui allaitent, qui ont besoin d'être tout spécialement prises en considération. Cela conduit à une situation extrêmement grave dans la mesure où les soins prénataux et postnataux sont soit inadéquats soit inexistant³⁰.

Disponibilité :

- Uniquement 5 des 77 prisons que compte le pays, disposent en leur sein des unités de santé fonctionnant aussi comme des CDTs
- Durant le NFM2 2018-2020, le PNLTA organisé des campagnes semestrielles de dépistage de la tuberculose dans les prisons camerounaises Grâce au budget FM. Il était réalisé aux cas présumés TB, d'abord le TB Lamp, puis en cas de résultat positif, un examen Xpert était réalisé pour éliminer une éventuelle TBMR ³¹

Accessibilité :

- Screening systématique de la TB, le dépistage du VIH à l'entrée
- Campagnes de dépistage de masse dans les prisons. Ces campagnes sur la période 2018-2019 ont permis de couvrir 69% des prisons et de diagnostiquer 229 cas de tuberculose toutes formes confondues.
- Collaboration insuffisante et non formalisée entre prisons, CDT et UPEC de référence (motif d'une sous notification dans les prisons).
- Manque d'information pour ce qui concerne les soins médicaux, les pathologies et les maladies sexuellement transmissibles.
- Accès limité des organisations extérieures (ONG, groupes religieux) à fournir des soins médicaux, faire circuler l'information, proposer des tests de dépistage, distribuer des préservatifs, peut s'avérer extrêmement utile et efficace, sans générer de coût pour les autorités pénitentiaires.

Acceptabilité :

- Le taux de séropositivité est de 2,3%, pour un taux d'acceptabilité du dépistage de 50,1%. En 2019, le taux d'acceptabilité est passé à 69,7%, pour un taux de séropositivité de 2,5%, Toutefois, il n'existe pas de données factuelles sur la prévalence du VIH chez les détenus en l'absence d'étude bio-comportementale. Néanmoins, une étude ancienne réalisée en 2013 dans 5 prisons du Cameroun a montré un taux de séropositivité égal à 4,1% chez les hommes en détention et 11,6% chez les femmes en détention³².
- La confidentialité et l'intimité ne sont pas respectées
- L'eau potable, les objets de toilette, les vêtements, la literie manquent et l'alimentation est insuffisante, en qualité et en quantité.
- L'équilibre physique et mental des détenus est menacé par la vie carcérale, le confinement, le manque de travail et d'activités de loisir.
- Le manque de ressources pour les groupes les plus vulnérables les conduit parfois à accepter des relations sexuelles non désirées (le plus souvent homosexuelles).
- Les équipements et le personnel nécessaires sont peu adaptés à l'identification et à la prise en charge des besoins spécifiques des femmes.

Qualité :

³⁰Ministère de la justice. *Rapport des droits de l'homme, 2015*

³¹ PNLTA, *Rapport revue externe du programme de lutte contre la Tuberculose, Septembre 2019.*

³²) *Etat des lieux du contexte, résultats et gaps programmatiques activités TB/VIH au sein des prisons camerounaises, revue du PSN TB 2020-2024*

- Le paquet de service offert aux détenus dans le cadre de la riposte à la TB reste limité dans un contexte de surpopulation et de rareté des ressources humaines, financières et logistiques dans la grande majorité des prisons camerounaises.
- Les infirmeries dans les prisons, quand elles existent ; sont sous-équipées car le minimum de soins médicaux n'est pas disponible. Le personnel médical lui-même ne souhaite pas être en contact avec les détenus par crainte de leur dangerosité supposée ou de la contagion (ACAT, 2011).
- Les politiques de recrutement sont inadaptées et il n'y a pas d'incitation pour encourager les médecins à venir travailler en prison ;
- L'accès aux soins médicaux est difficile, les médicaments et les équipements font défaut ; l'accès aux infrastructures publiques est complexe ;
- Les registres ne sont pas bien tenus ;
- Des stratégies visant d'assurer une liaison avec la communauté après la détention reste faiblement implémentées. Car nombreux sont des prisonniers qui sont en détention préventive et du fait des lourdeurs administratives ont des séjours prolongés, qui accroissent le risque de transmission en communauté.
- Dans le contexte COVID- 19 de nombreux détenus ayant bénéficiés des mesures de clémences n'ont pu effectuer à la fois le screening à la sortie et le test de sérologie.

7.1.2 Les PVVIH :

Avec une prévalence du VIH dans la population générale de 15 à 49 ans de 2.72,7% (EDS, 2018) et une incidence de la tuberculose estimée à 186 pour 100.000 habitants, la co-infection TB/VIH constitue une préoccupation majeure. Son incidence est de l'ordre de 48 pour 100.000 habitants et la mortalité 19 pour 100.000 (Global TB report, 2020). La notification des nouvelles personnes et des rechutes est de 91%. .95% des patients tuberculeux séropositifs sont sous ARV. Les données n'existent pour les

patients ayant commencé un traitement ARV sous traitement préventif.

	Résultats	Cible
Estimation de la taille de la population		
Détection	91%	90 %
Traitement	77%	90 %
Mortalité	19/100 000	

En 2018 au Cameroun, 2,7 % des adultes âgés de 15-49 ans sont séropositifs. Ce pourcentage passe à 2,8 % parmi les personnes de 15-64 ans. La prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans (3,4 %) est près de deux fois plus élevée que celle estimée chez les hommes du même âge (1,9 %). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,8 ; en d'autres termes, il y a 180 femmes infectées pour 100 hommes³³. Ceci devrait appeler au développement des services supplémentaires pour les femmes tel que la santé mentale. En 2013, d'après les statistiques du Service de Psychiatrie de l'Hôpital Jamot de Yaoundé (Premier centre de prise en charge de la tuberculose au Cameroun), la part des femmes (anciens malades et nouveaux malades) admises en consultation (52,4%) est relativement plus importante que celle des hommes (51,4%). En d'autres termes, ces résultats indiquent que les femmes sont plus vulnérables que les hommes aux troubles psychiatriques. Cette tendance se maintient à quelques exceptions près tout au long de l'année. En effet, les femmes sont davantage susceptibles de connaître une dépression nerveuse que les hommes ; les facteurs sont à la fois biologiques, sociaux, culturels et psychologiques.

Disponibilité :

- Existence des points focaux TB/VIH au niveau des 2 programmes

³³ Institut National de la Statistique ; ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ 2018

- Les activités de collaboration TB/VIH n'ont pas encore atteint le niveau satisfaisant. En effet, cette collaboration n'est pas constante à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Des ruptures de stock de tests de dépistage du VIH (Détermine qui est le premier sur les deux utilisés par l'algorithme national) sont récurrentes.
- Le dépistage de la tuberculose n'est pas conduit de manière systématique chez toutes les PVVIH et, quand il est mené, il n'est pas toujours rapporté.

Accessibilité :

- Nombre insuffisant de CDT (261 CDT au total soit 1 CDT pour 95.000 habitants)
- Comportements négatifs à tous les niveaux envers certains groupes marginalisés tels que les LGBTI, et les usagers de drogue
- Paiement directs des frais liés au diagnostic de la tuberculose
- Examens biologiques chez les patients coinfectés non subventionnés
- Faible contribution du secteur privé

Acceptabilité :

- La dispensation communautaire uniquement pour les ARV et non les antituberculeux
- Faible couverture des interventions communautaires des régions prioritaires autres que celles du Centre et du Littoral
- Les services connexes tels que la santé mentale sont insuffisant particulièrement chez les femmes.
- Faible mise en œuvre de la stratégie de guichets uniques « one stop shop ». (Les 22 existants ne sont pas entièrement opérationnels)
- Horaires spécifiques et différenciés pour les groupes de patients concernés par les deux maladies pour assurer le contrôle de l'infection non planifié
- Absence de concertation avec les guérisseurs traditionnels, les responsables des chambres de prières sur l'orientation des présumés VIH et TB vers les FOSA pour le diagnostic et la prise en charge de ces deux maladies.

Qualité :

- Taux de décès élevé chez les patients coinfectés (12 % en 2017) ;
- Utilisation de la technologie moléculaire par l'utilisation conjointe des appareils Xpert pour le diagnostic de la tuberculose, le diagnostic précoce du VIH et pour la détermination de la charge virale des PVVIH.
- La recherche de la TB n'est pas systématique chez les PVVIH.
- Le traitement préventif de la Tuberculose (TPT) n'est pas prescrit à toutes les PVVIH indemnes de symptômes de la tuberculose et quand il est prescrit, l'information n'est pas recueillie et codifiée.
- Absence d'indicateurs sur la stigmatisation et la discrimination
- Faible fourniture de services intégrés et/ou continus aux patients coinfectés TB/VIH
- Besoin de formation des prestataires des UPEC/VIH sur la prise en charge conjointe de la coïnfection.

7.1.3 Les sujets contacts des cas index

Les données d'estimation de la taille, la notification, le traitement, la mortalité et la littérature sur les déterminants d'accès aux soins pour ce groupe sont manquantes.

	Résultats	Cible
Estimation de la taille de la population		

Détection		90 %
Traitement		90 %

Mortalité		
-----------	--	--

Au Cameroun, autour du patient contagieux, la recherche des sujets contacts n'est pas systématique malgré les directives et la disponibilité de l'INH pour le traitement préventif de TB latente. Le suivi des sujets contacts devrait être réalisé auprès de tous les malades dont les attentes sont positives à la microscopie ou au Genexpert. La recherche des contacts poursuit les 3 objectifs suivants : i) identifier les cas secondaires de TB active et amorcer leur traitement, ii) identifier et traiter les cas « source » qui ont infecté le cas index, iii) identifier les contacts atteints d'une Infection Tuberculeuse Latente (ITL) afin de leur offrir un traitement préventif. Plusieurs défis subsistent : Absence d'un système de recherche active et notification des sujets contacts partout, Absence de registres pour la notification systématique des sujets contacts, Absence de canevas de transmission des données de traitement préventif à l'INH vers la hiérarchie³⁴. Toutefois ; le pays a mis en place un projet d'investigation dans le cadre du NFM 2 des subventions du Fonds mondial. Les résultats préliminaires sont très encourageants dans 2 régions.

7.1.4 Les réfugiés et Population déplacées internes

L'information des réfugiés disséminés dans les sites et villages représentant 70% des réfugiés est insuffisamment collectée et traitée³⁵. Ceci ne permet pas d'avoir les données fiables sur le diagnostic, le traitement et la mortalité.

	Résultats	Cible
Estimation de la taille de la population		
Détection		90 %
Traitement		90 %
Mortalité		

Les migrations (réfugiés et les déplacés) sont la conséquence des catastrophes naturelles ou de certains troubles politiques, ethniques, religieux ou des conflits armés. Ces situations engendrent les mouvements des populations qui sont caractérisées par une carence de plusieurs ordres (épuisement psychologique, dénutrition, mauvaise habitation, manque d'eau et des soins de santé. Cette précarité, en plus du surpeuplement, favorise l'éclosion de plusieurs maladies dont la tuberculose.

Au Cameroun, l'on signale plusieurs réfugiés centrafricains et des déplacés internes. Le Cameroun abrite 380 899 réfugiés Nigérian et Centrafricain³⁶, répartis dans les régions de l'Adamaoua, Centre, Est, Extrême-Nord, et Littoral. En plus de l'insécurité dans les régions septentrionale et de l'Est, le pays connaît depuis 2016 des perturbations sociopolitiques dans le Nord-Ouest et le Sud-ouest³⁷. Cette situation a entraîné le délitement du tissu sanitaire local et causé 262 831 déplacés internes (Extrême-nord³⁸) et 530 000 (Nord-Ouest et Sud-ouest³⁹). Du fait de l'insécurité, plusieurs formations sanitaires (FOSA) ont été endommagées ; certains personnels de santé ont déserté ou ont été tués et l'offre des services est inexistante. Cette situation a eu pour conséquence la réduction significative de l'accès aux

³⁴ PNLT ; Revue externe du programme de lutte contre la Tuberculose, Septembre 2019

³⁵PNLT ; Revue externe du programme de lutte contre la Tuberculose, Septembre 2019 – Réfugiés et déplacés internes

³⁶ UNHCR: Cameroon Factsheet – June 2019. <https://reliefweb.int/report/cameroon/unhcr-cameroon-factsheet-june-2019>

³⁷ MINAT: Plan d'assistance humanitaire d'urgence dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest 2018-2019. <https://www.prc.cm/fr/multimedia/documents/6515-plan-d-assistance-humanitaire-d-urgence-nw-sw-20-06-2018>

³⁸ IOM: Displacement Tracking Matrix. Cameroon, Far-North Region. Dashboard 18. <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/69506>

³⁹ OCHA : Humanitarian snapshot in South-West and North-

services de santé de base. Au 31 décembre 2019, les proportions de formations sanitaires déclarées non-fonctionnelles étaient élevées dans les districts de santé d'Ako (50%), Batibo (21%), Nkambe (16%) et Bafut (16%) dans le Nord-Ouest⁴⁰. A cette période 19/21 CDT étaient fonctionnels. S'agissant de la région du Sud-ouest, 47% des FOSA sont restées fonctionnelles, 28% sont restées temporairement fermées et 13% ont fonctionné partiellement en 2018. A ce jour, 04 CDT sont fermés (*hôpital de district d'Akwaya, hôpital CDC de Mokonji, hôpital apostolique de Banga Bakundu et CMA Mbonge*) et 03 CDT fonctionnent à temps partiels (*l'hôpital Mary of Health de Fontem, l'hôpital de District de Mundemba et l'hôpital protestant de Manyemen*). La situation a connu une amélioration au cours de l'année 2019 avec une augmentation des FOSA fonctionnelles à 71%⁴¹.

L'approche de riposte contre la tuberculose est basée sur des campagnes sporadiques de dépistage de masse au sein des camps. En 2018, 26 cas ont été diagnostiqués à Gado sur 362 présumés. En 2019, 23 cas de TB ont été notifiés sur 997 présumés au niveau de trois (3) autres camps : Lolo (Est), Borgop (Adamaoua) et Minewao (Nord-Est).

Disponibilité :

- Plusieurs camps de réfugiés ne sont pas érigés en CT satellite d'un CDT liés par le transport d'échantillon et le monitoring d'un mentor posté au CDT
- L'éducation pour la santé par les communautaires dans les centres de réfugiés est limitée
- Absence de cartographie des déplacés internes pour les activités de lutte contre la tuberculose
- Collaboration non optimale avec le HCR et/ou OIM pour le dépistage de la TB chez les réfugiés.

Accessibilité :

- Campagnes de dépistage limitées dans les quatre (4) grands centres de réfugiés
- Réduction des fonds pour la prise en charge des réfugiés auprès de HCR

Acceptabilité :

- Informations insuffisamment collectées et traitées sur les besoins des réfugiés et déplacés internes
- Absence d'un système d'information fiable pour la gestion de la TB dans les camps de réfugiés

Qualité :

- Personnel de santé des camps de réfugiés insuffisamment formés (en quantité) à la prise en charge de la tuberculose

7.1.5 Les enfants de moins de 15 ans

Seulement **21 % (1261/6000)** des cas de tuberculose pédiatrique identifiés en 2019 (Gap de détection de 78% selon l'OMS). Ceci représente **5,1% (attendu 10 %)** du total d'enfants de 0 à 14 ans détectés en 2020 (24499)

.27% des enfants de moins de 5 ans contacts des cas bactériologiquement confirmés ont accès aux traitements préventifs.

	Résultats	Cible
Estimation de la taille de la population		4800
Détection	21%	90 %
Traitement	ND	90 %
Mortalité	ND	

La disponibilité :

⁴⁰Rapport revue DHIS Nord-Ouest

⁴¹Analyse situationnelle riposte Sud-Ouest 2018

- Forte centralisation de la PEC de la TB pédiatrique : PEC de la TB pédiatrique dans les HR, centraux et de référence. La majorité des centres de santé ne dispose pas d'appareil de radiographie pour la détection de la tuberculose. Insuffisance de personnel qualifié impliqué dans la gestion de la TB dans les districts.
- La prise en charge de la TB chez l'enfant n'est pas effective dans certains grands hôpitaux et sous-optimale dans d'autres.

Accessibilité :

- Dépistage non systématique de la TB à toutes les portes d'entrées où sont reçus les enfants : Pédiatrie, consultation, vaccination, service TB, service de nutrition, urgences, PTME, UPEC
- Insuffisance dépistage dans la communauté des enfants contacts des personnes présentant une tuberculose pulmonaire contagieuse (Cas index)
- Certains appareils de radiographie sont en panne et entravent le diagnostic et le coût limite leur utilisation (5000 à 10000 CFA).
- Les services ne sont jamais totalement gratuits (1000 FCFA pour le premier examen microscopique)
- Le risque de contamination est élevé chez les enfants fréquentant les établissements de santé (services de tuberculose, Cliniques de VIH...)

Acceptabilité :

- Absence de stratégies spécifiques visant les groupes d'enfants à risque à savoir les enfants malnutris et ceux vivant en situation difficile
- Prise en compte limitée des besoins particuliers des femmes particulièrement dans les régions septentrionales où les taux de couverture vaccinales sont extrêmement bas pour le BCG.

Qualité :

- La faiblesse du plateau technique dans les districts.
- Moyen diagnostic limité : Faible sensibilité de la microscopie (crachat pauvre en BK chez l'enfant) ; Faible accès aux Nouvelles technologies de diagnostic (GeneXpert) qui est plus sensible que la microscopie ; Faible accessibilité à la radiographie de thorax
- Faible détection des cas : Screening non systématique à toutes les portes d'entrée ; Difficulté à obtenir les crachats surtout chez l'enfant < 5 ans ; Peu de personnel de santé formé au diagnostic (y compris aux procédures de collecte des crachats) et traitement de la TB de l'enfant
- Le Contrôle de l'infection tuberculeuse limité dans les établissements de soins : mesures administratives et environnementales :

7.2 Environnement juridique

La législation Camerounaise est silencieuse sur la tuberculose. Certaines dispositions communes favorables à la santé sont insuffisamment mises en œuvre

La promotion et la protection des droits de l'homme des personnes affectées par la tuberculose constituent un impératif juridique, éthique, moral et revêtent une importance cruciale pour l'efficacité de la réponse à l'épidémie et le soulagement de la souffrance des personnes et des communautés affectées. Les personnes affectées par la tuberculose ont été et continuent d'être victimes de violations des droits de l'homme, notamment dans le cadre de la lutte contre la tuberculose elle-même, et ces violations entravent l'éradication de la tuberculose, aggravent les souffrances causées par la maladie et détruisent la confiance que les personnes affectées par la tuberculose ont en leurs systèmes de santé.

7.2.1 Plusieurs conventions ratifiées par le Cameroun

Le Gouvernement du Cameroun a signé, ratifié ou adhéré à 42 conventions ou traités internationaux, parmi lesquels tous les principaux instruments relatifs aux droits de l'homme des Nations Unies, ainsi que ceux qui sont applicables dans les États africains au titre de l'Union Africaine (Ministère de la justice, 2016). Parmi les plus significatives au niveau international, on peut citer : i) la Déclaration universelle des droits de l'homme ; ii) le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ; iii) le Pacte international relatif aux droits civils et politiques ; vi) la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ; v) la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale ; vi) la Convention relative aux droits de l'enfant ; vii) la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ; viii) la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille ; ix) la Convention relative aux droits des personnes, x) la Convention relative aux droits des personnes handicapées ; et xi) la Convention relative au statut des réfugiés. Au niveau régional on peut citer : i) la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ; ii) la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant.

Le tableau 1 présente l'analyse faite dans le cadre de la Déclaration des droits des personnes affectées par la tuberculose⁴² :

⁴² TB people; Déclaration des droits des personnes affectées par la tuberculose ; Mai 2019

Droits	Interprétation dans la réponse tuberculeuse
Droit à la vie	Toute personne affectée par la tuberculose a le droit inhérent à la vie. Cela inclut le droit à des soins de santé vitaux pour les personnes affectées par la tuberculose.
Droit à la dignité	Toute personne affectée par la tuberculose a le droit d'être traitée avec dignité et respect. Cela inclut d'être traité comme une personne autonome, dotée d'un pouvoir et d'une valeur intrinsèque - pas seulement comme un moyen d'atteindre un objectif de santé publique - et sans discrimination, stigmatisation, préjugé ou coercition, y compris dans les établissements de soins de santé et de détention.
Droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint (droit à la santé)	Toute personne affectée par la tuberculose a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint. Cela inclut le droit à des soins de santé disponibles, accessibles, acceptables et de qualité pour la tuberculose, faisant partie intégrante de la couverture sanitaire universelle, y compris des combinaisons de doses fixes adaptées aux enfants ainsi que l'accès aux tests et traitements préventifs pour les membres des populations clés et vulnérables à partir du moment où l'on descende une éventuelle présence de la tuberculose, jusqu'à la fin du traitement, et au-delà pour les personnes nécessitant des soins permanents. Ceux-ci doivent être prodigués par un personnel sanitaire qualifié, au niveau communautaire si nécessaire, d'une manière respectueuse, digne, exempte de coercition et de stigmatisation, sur une base non discriminatoire, indépendamment de l'âge, de la naissance, de la couleur, de la culture, de la nationalité, du handicap, de l'appartenance ethnique, de la situation financière, de l'identité de genre, de la langue, du statut juridique, des opinions politiques ou toute autre opinion, de la présence de maladies diverses, de l'origine nationale ou sociale, de la race, de la religion, du sexe, de l'orientation sexuelle, ou toute autre situation, y compris pour les personnes détenues par les autorités légales ou autrement privées de leur liberté, avec une attention spéciale pour les populations à risque.
Droit de ne pas être soumis à la torture ni à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants	Toute personne affectée par la tuberculose a le droit de ne pas être soumise à la torture ni à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Cela inclut le droit à des soins de santé pour la tuberculose sur une base non discriminatoire, aux frais de l'État, pour toutes les personnes détenues par l'État ou autrement privées de liberté. Cela inclut également le droit à des conditions de détention dignes, sûres et hygiéniques, exemptes de surpeuplement, avec une ventilation adéquate et la mise à disposition d'une alimentation nutritive. Ce droit s'applique également au traitement prodigué par le personnel de santé dans les établissements de santé publique des personnes affectées par la tuberculose qui atteint le niveau de la torture ou d'autres traitements cruels, inhumains ou dégradants.
Droit à l'égalité et à la non-discrimination	Toute personne affectée par la tuberculose est égale devant la loi et a droit, sans discrimination aucune, à une égale protection de la loi et à n'être soumise à aucune forme de discrimination fondée sur quelque motif que ce soit, notamment l'âge, la naissance, la couleur de la peau, la culture, la citoyenneté, le handicap, l'appartenance ethnique, la situation financière, l'identité de genre, la langue, le statut juridique, les opinions politiques ou toute autre opinion, de la présence de maladies diverses, l'origine nationale ou sociale, la race, la religion, le sexe, l'orientation sexuelle ou toute autre situation. Cela inclut le droit de toute personne affectée par la tuberculose à n'être soumise à aucune forme de discrimination dans tous les domaines de sa vie, incluant, mais sans s'y limiter, l'accès à la sécurité sociale et aux prestations sociales, à l'accouchement et la maternité, à l'éducation, à l'emploi, aux soins médicaux, au logement et au mariage.

Droit à la liberté et à la sécurité de la personne	Toute personne affectée par la tuberculose a droit à la liberté et à la sécurité de sa personne. Nulle personne affectée par la tuberculose ne peut être privée de sa liberté si ce n'est pour des motifs prévus par la loi et conformément à la procédure prévue par la loi. Toute personne affectée par la tuberculose et privée de sa liberté doit être traitée avec humanité et dans le respect de sa dignité inhérente. La détention, l'hospitalisation ou l'isolement involontaire d'une personne affectée par la tuberculose est une privation de liberté et une violation de la sécurité de la personne. L'hospitalisation ou l'isolement involontaire n'est donc permis qu'en dernier recours, dans des circonstances étroitement définies et pour la durée la plus courte possible, conformément au chapitre 15 de l'Ethics Guidance for the Implementation of the End TB Strategy (Directives éthiques pour la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la tuberculose) de l'Organisation mondiale de la Santé, lorsqu'une personne, sur la base de preuves médicales avérées :
Liberté de circulation	Toute personne affectée par la tuberculose se trouvant légalement sur le territoire d'un État a le droit de circuler librement et de choisir librement sa résidence. Toute personne affectée par la tuberculose est libre de quitter n'importe quel pays, y compris le sien. Les droits susmentionnés ne peuvent faire l'objet d'aucune restriction, à l'exception de celles qui sont prévues par la loi, qui sont nécessaires pour protéger la sécurité nationale, l'ordre public, la santé publique ou la moralité ou les droits et libertés d'autrui, et qui sont compatibles avec les droits reconnus dans les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme, notamment le droit à la liberté et à la sécurité de la personne énoncé à l'article 7 de la présente Déclaration. Cela signifie que la tuberculose ne peut être utilisée comme motif pour refuser l'entrée ou la réadmission sur le territoire d'un État, ni comme motif d'expulsion ou d'éloignement du territoire d'un État. Cela signifie également que la tuberculose ne peut servir de motif pour restreindre les déplacements ou les voyages sur le territoire d'un État, sauf en conformité avec les circonstances étroitement définies établies à l'article 7 de la présente Déclaration, conformément au chapitre 15 de l'Ethics Guidance for the Implementation of the End TB Strategy (Directives éthiques pour la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la tuberculose) de l'Organisation mondiale de la Santé.
Droit à la vie privée et familiale	Toute personne affectée par la tuberculose a le droit de ne pas être soumise à des immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni à des atteintes illégales à son honneur et à sa réputation. Toute personne affectée par la tuberculose a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou attaques. Cela inclut le droit des personnes affectées par la tuberculose à la confidentialité de leur état de santé et de leurs informations et données personnelles de santé. Cela inclut également le droit de se marier, de fonder une famille, d'avoir des enfants et d'en prendre soin.
Droit à la confidentialité	Toute personne affectée par la tuberculose a droit à la confidentialité de ses informations et données personnelles sur sa santé. Cela signifie que la divulgation, le partage ou le transfert, par voie électronique ou autre moyen, des informations ou des données personnelles sur la santé d'une personne affectée par la tuberculose, y compris dans le cadre d'un emploi, ne sont permis qu'avec son consentement éclairé et dans le but de protéger sa santé ou la santé publique. Afin de protéger la santé publique, y compris dans le cadre de programmes de surveillance de la santé publique ou de prestation de services de santé, ces informations ne peuvent être partagées ou transférées sans le consentement éclairé de la personne que si elles le sont de façon anonyme, sans son nom ou toute autre information personnelle identifiable. Le droit à la confidentialité doit également être respecté et pris en compte lors de la conception et la mise en œuvre de la recherche de contacts et d'autres interventions de santé publique connexes. Cela inclut, sans toutefois s'y limiter, l'accès des personnes affectées par la tuberculose à des services de conseils en matière de divulgation, la prise de décisions conjointes sur la façon et le moment d'informer les contacts d'une exposition possible à la tuberculose et assurer l'accès à des travailleurs de la santé et à des travailleurs sociaux qualifiés afin de fournir un soutien et répondre aux questions qui peuvent survenir pendant le processus.

Droit à l'information	Toute personne affectée par la tuberculose a le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations. Cela signifie que l'information sur l'infection et la maladie tuberculeuse, y compris les symptômes de la maladie, la recherche médicale sur la tuberculose et le développement des technologies de la santé, ainsi que les services de prévention, de dépistage et de traitement, y compris les effets indésirables possibles pendant le traitement, doivent être entièrement disponibles, accessibles et acceptables, de bonne qualité, adaptés à l'âge et au sexe, culturellement adaptés et transmis de manière non technique et compréhensible dans une langue comprise par la personne recevant cette information. Cela signifie également que toute personne affectée par la tuberculose a, au minimum, le droit de : • Demander et recevoir des copies officielles de son dossier médical ; • Recevoir une explication opportune, exacte et compréhensible de son état de santé et du diagnostic de la tuberculose ou d'infection, en particulier pour les populations clés et vulnérables à la tuberculose ; • D'avoir accès en tout temps à un soutien psychologique volontaire, du diagnostic à l'achèvement du traitement ; et • Recevoir une explication des avantages, des risques et du coût financier, s'il y a lieu, du traitement proposé, y compris le traitement préventif, ainsi que des options thérapeutiques possibles, avec des renseignements complets sur les médicaments spécifiques prescrits, tels que leur nom, leur posologie, leurs effets secondaires possibles et les moyens de prévenir ou de réduire leur probabilité, ainsi que les effets possibles des interactions avec d'autres médicaments, tels que les antirétroviraux pris pour le VIH, lorsque des comorbidités ou coinfections sont présentes.
Droit au consentement éclairé	Toute personne affectée par la tuberculose a le droit de donner son consentement éclairé. Cela signifie qu'il faut respecter l'autonomie, l'autodétermination et la dignité d'une personne par la prestation volontaire de services de santé. Cela inclut le droit au consentement éclairé - verbal ou écrit, selon la situation - à toutes les formes de dépistage, de traitement et de recherche médicale associés à la tuberculose, avec des informations fournies de manière appropriée à l'âge et au sexe, en tenant compte des différences culturelles, de manière non technique et compréhensible dans une langue comprise par la personne recevant les informations. Pour les enfants affectés par la tuberculose qui n'ont pas la capacité de donner un consentement éclairé, toutes les décisions prises par leurs parents ou tuteurs légaux concernant le dépistage, le traitement ou la recherche médicale associés à la tuberculose doivent être prises dans l'intérêt supérieur de l'enfant et fondées sur des preuves médicales exactes. Le droit au consentement éclairé inclut le droit de refuser des soins de santé pour la tuberculose, conformément au chapitre 15 des Ethics Guidance for the Implementation of the End TB Strategy (Directives éthiques pour la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la tuberculose) de l'Organisation Mondiale de la Santé. L'Ethics Guidance (Guide d'éthique) établit qu'il n'est jamais approprié de forcer le traitement des personnes affectées par la tuberculose parce que, notamment, cela constitue une atteinte à l'intégrité physique et peut mettre en danger les travailleurs de la santé.
Droit à l'éducation	Toute personne affectée par la tuberculose a le droit à l'éducation. Cela inclut le droit à l'enseignement primaire gratuit et obligatoire et le droit d'accès à l'enseignement secondaire et supérieur, y compris à l'enseignement technique et professionnel, sur une base non discriminatoire, y compris pour les handicapés et les malentendants ou malvoyants. Les enfants affectés par la tuberculose ont le droit à des mesures d'adaptation, telles que des absences excusées et d'autres mesures pour leur permettre de poursuivre leurs études sans interruption, comme la participation en classe à distance et l'apprentissage en ligne pendant qu'ils sont contagieux et qu'ils reçoivent un traitement. Dans les rares cas où les enfants affectés par la tuberculose doivent être hospitalisés pendant une longue période, ils ont le droit de recevoir un enseignement à distance pendant la durée de leur traitement.
Droit au travail	Toute personne affectée par la tuberculose a le droit de travailler et aucune personne affectée par la tuberculose ne peut être tenue en esclavage ou en servitude, ni soumise au travail forcé ou obligatoire. Cela inclut le droit à des conditions de travail sûres et saines, y compris pour les travailleurs de la santé et toutes les autres personnes travaillant dans les établissements de santé, les mineurs, les travailleurs migrants et tous les autres travailleurs exposés à un risque accru d'infection et de maladie tuberculeuse. Cela inclut également le droit de décider librement, d'accepter ou de choisir un travail, ainsi que le droit à un salaire équitable et à une rémunération égale pour un travail de valeur égale, sans distinction d'aucune sorte et dans des conditions égales et à un salaire égal pour un travail égal, effectué par des personnes de tous genres. Toute personne affectée par la tuberculose a droit à des mesures particulières d'adaptation au travail, y compris des congés et des pauses, pour lui permettre de conserver son emploi dans les mêmes conditions après son diagnostic et d'aménager son travail pendant qu'elle est contagieuse et qu'elle suit un traitement. Si une hospitalisation de longue durée ou une invalidité partielle ou permanente rend impossible pour une personne affectée par la tuberculose de conserver son emploi en raison de restrictions imposées par la loi ou les termes de son contrat de travail, elle a droit à la sécurité sociale.

Droit à une alimentation adéquate	Toute personne affectée par la tuberculose a droit à une alimentation adéquate et à ne pas souffrir de la faim et de la malnutrition. Cela inclut le droit d'avoir, à tout moment, un accès physique et économique à une alimentation suffisante, adéquate sur le plan nutritionnel et sûre, y compris et avec une importance particulière au cours des soins de santé pour la tuberculose, notamment pour les personnes privées de liberté. Cela inclut également une thérapie de soutien nutritionnel adaptée aux besoins pendant le traitement.
Droit au logement	Toute personne affectée par la tuberculose a droit à un logement convenable. Cela inclut le droit à un logement abordable, accessible et habitable dans un endroit acceptable, avec une sécurité d'occupation qui garantisse une protection légale contre les expulsions forcées, le harcèlement et autres menaces. Cela inclut également la disponibilité des services, du matériel, des installations et de l'infrastructure, y compris, entre autres, un assainissement et une ventilation adéquats, le chauffage, l'éclairage et l'élimination des déchets.
Droit à l'eau et à l'assainissement	Toute personne affectée par la tuberculose a droit à l'eau et à l'assainissement. Cela inclut le droit d'accéder à l'eau potable et à des services d'assainissement adéquats, sans discrimination, en particulier dans les zones rurales, autochtones et urbaines sous-développées, y compris les établissements informels et les populations sans abri, en tenant compte des besoins des femmes et des enfants.
Droit à la sécurité sociale	Toute personne affectée par la tuberculose a droit à la sécurité sociale et à l'assurance sociale, y compris en cas de chômage, d'invalidité, de vieillesse ou tout autre cas de perte de moyens de subsistance pour des raisons indépendantes de sa volonté. Cela signifie que toute personne affectée par la tuberculose a le droit d'avoir accès et de bénéficier d'une sécurité sociale de toutes sortes, sans discrimination, même si elle ne reçoit pas de soins de santé pour la tuberculose ou si elle ne suit pas son traitement contre la tuberculose. Cela inclut le droit d'accéder aux prestations et de les conserver, en espèces ou en nature, afin d'assurer une protection contre, entre autres, l'absence de revenus du travail en cas de maladie, d'invalidité, de maternité, d'accident du travail, de chômage, de vieillesse ou de décès d'un membre de la famille, un accès financier impossible aux soins de santé ou une aide familiale insuffisante pour les enfants ou les adultes à charge. En particulier, toute personne qui contracte une infection ou une maladie tuberculeuse du fait de son emploi a droit à une indemnisation permanente pour les frais médicaux et autres liés à sa maladie professionnelle.
Droit à la liberté d'expression	Toute personne affectée par la tuberculose a droit à la liberté d'expression. Ce droit inclut la liberté d'avoir des opinions et de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toutes sortes, y compris sur la tuberculose et l'expérience personnelle de la tuberculose, par tout moyen, tels que les médias sociaux, sans ingérence ni représailles des autorités publiques.
Droit à la liberté de réunion et d'associations	Toute personne affectée par la tuberculose a droit à la liberté de réunion et d'association pacifique et à la liberté d'association avec autrui. Cela inclut le droit de créer des organisations non gouvernementales et des groupes communautaires de personnes affectées par la tuberculose, d'y adhérer et d'y participer afin de promouvoir et de protéger les droits et les intérêts légitimes des personnes affectées par la tuberculose, y compris en milieu carcéral. Cela inclut également le droit d'organiser, de se rassembler et de manifester pacifiquement en public autour des questions liées à la tuberculose. L'exercice de ce droit exige un environnement juridique et politique favorable qui permette et facilite la création et le fonctionnement d'organisations non gouvernementales et de groupes communautaires de et pour les personnes affectées par la tuberculose. L'exercice de ces droits ne peut faire l'objet que des seules restrictions prévues par la loi et nécessaires dans une société démocratique, dans l'intérêt de la sécurité nationale et de l'ordre public, de la prévention de l'atteinte à l'ordre public et de la criminalité, de la protection de la santé et de la morale ou de la protection des droits et libertés d'autrui. Le présent article n'empêche pas l'introduction de restrictions légales à l'encontre des membres des forces armées ou des forces de l'ordre.

Droit à la participation	Toute personne affectée par la tuberculose a le droit de prendre part aux affaires publiques, directement ou par l'intermédiaire de son organisation et de représentants librement choisis. Cela inclut le droit de participer utilement à tous les processus et mécanismes d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des lois, politiques, règlements, directives, budgets et programmes relatifs à la tuberculose, aux soins de santé pour la tuberculose et à la recherche médicale sur la tuberculose à tous les niveaux de gouvernance, avec l'appui de l'État, des organisations internationales, des groupes autochtones et des organisations de la société civile et, si nécessaire, des aménagements raisonnables fournis par ceux-ci pour assurer une participation significative et efficace.
Droit à la justice et à une procédure régulière	Toute personne affectée par la tuberculose accusée d'une infraction administrative ou pénale a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement et publiquement, sans retard excessif, par un tribunal compétent, indépendant et impartial établi par la loi, et à un recours effectif et rapide en cas de violation de ses droits. Cela inclut le droit de déposer des plaintes de la manière prescrite par la loi ou la réglementation, y compris auprès des autorités de santé publique, et à une audition juste et rapide de ces plaintes. Cela inclut également le droit d'interjeter appel devant une autorité supérieure si elle n'est pas satisfaite des résultats du jugement, et de recevoir la décision et le raisonnement de l'affaire par écrit dans une langue qu'elle comprend.
Droit de bénéficier du progrès scientifique (droit à la science)	Toute personne affectée par la tuberculose a le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications. Cela signifie que chaque personne affectée par la tuberculose doit pouvoir accéder aux progrès scientifiques, sans discrimination, dans le respect et la protection des ressources naturelles et des propriétés intellectuelles individuelles et collectives des peuples autochtones, qu'il s'agisse de progrès intangibles comme le savoir et l'information ou de résultats tangibles comme les nouvelles technologies pour prévenir, diagnostiquer ou traiter la tuberculose. Cela inclut également le droit de participer au processus scientifique, depuis l'élaboration des programmes de recherche jusqu'à la participation aux essais cliniques. Le droit à la science exige également que les États conservent, développent et diffusent la science et ses bienfaits. Cela signifie que les gouvernements doivent investir et créer des environnements juridiques et politiques qui permettent la recherche ; rendre la science et ses applications largement accessibles, notamment en publiant les résultats, en établissant des systèmes de réglementation pour évaluer les nouvelles interventions et en fondant les programmes et les politiques de santé publique sur des preuves scientifiques ; et veiller à préserver et maintenir le progrès scientifique et ses avantages pour les générations futures.

Le déficit est énorme en termes d'interventions programmatiques fondées sur les droits, notamment le renforcement des lois, des politiques et des réglementations ; la réduction de la stigmatisation et de la discrimination ; l'amélioration de l'accès à la justice et de l'application des lois et des politiques pour améliorer la réponse à la tuberculose ?

Il y a un silence considérable dans la législation au sujet de la tuberculose au Cameroun⁴³. Il n'existe pas de législation spécifique sur la tuberculose.

7.2.2 Droit à la vie privée

Les droits à la vie privée et à la confidentialité des informations sont protégés par la loi n° 2016/0007 du 12 juillet 2016 sur le code pénal. L'article 310 relatif à la violation du secret professionnel punie d'un emprisonnement de 3 mois à 3 ans et d'une amende de 20.000 à 100.000 francs CFA, quiconque révèle sans l'autorisation de la personne à qui il appartient un fait confidentiel, qui ne lui a été connu ou confié qu'en raison de sa profession ou de sa fonction. Les médecins ou chirurgiens sont toujours tenus au secret professionnel, sauf dans la limite d'une réquisition légale ou d'une commission d'experts. Il n'y a pas de dispositions spécifiques concernant la tuberculose. Cependant, plusieurs études au Cameroun ont documenté la divulgation non contrôlée de l'état de santé des patients sans poursuites pénales⁴⁴.

7.2.3 Obligations de traitement

Au Cameroun, il n'existe aucune disposition légale recommandant le traitement obligatoire ou la détention des personnes atteintes de tuberculose. Les mesures de traitement et de gestion sont guidées par les directives du PNLT. La loi n°96/03 du 4 janvier 1996 relative à la loi-cadre dans le domaine de la santé fixe le cadre général de l'action de l'Etat dans le domaine de la santé, notamment à travers la politique nationale de santé. Cette loi énonce certains des grands principes du Cameroun dans le domaine de la santé tels que la protection et la promotion de la santé des groupes vulnérables et défavorisés, notamment les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes démunies et les handicapés, et entre autre la mise en œuvre d'un programme de santé prioritaire pour lutter contre les principales maladies endémiques, en particulier le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), la tuberculose et le paludisme. La politique nationale de santé a pour objectif l'amélioration de l'état de santé des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité aux soins intégrés et de qualité pour l'ensemble de la population et avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé. Cependant, l'enquête sur les indicateurs de prestation de services de santé indique que parmi les maladies transmissibles, les services de lutte contre la tuberculose sont les plus rares, puisque 18 % des établissements de santé interrogés en disposent.

7.2.4 Droits, libertés, choix et voix des patients tuberculeux

Toutes les directives opérationnelles du PNLT font référence à la promotion de la Charte du patient comme une intervention clé pour aider à réduire l'internalisation ou l'auto-stigmatisation chez les personnes atteintes de tuberculose. Cependant, l'examen des rapports du PNLT 2017, 2018, 2019 ne mentionnent aucune activité spécifique pour promouvoir ou faire respecter la reconnaissance des droits des patients. La revue du PNLT 2019 indique un manque de moyens pour des activités de communication et de sensibilisation ; d'où un déficit important en termes de promotion des droits et responsabilités des patients. Le principal défi pour les patients au Cameroun reste les coûts catastrophiques liés au diagnostic et la prise en charge de la tuberculose, dans un contexte où le financement des ménages représentait près de 66% des dépenses totales de santé en 2014⁴⁵.

⁴³ E.Mitchel, B. Kampoer ; *Stigmatisation de la tuberculose au Cameroun : Analyse du discours sur les directives, les manuels, les lois et les politiques*, juillet 2020

⁴⁴ *Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH.2015*

⁴⁵ OMS, *base de données des dépenses mondiales*, <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/fr>

7.2.5 Discrimination dans les soins de santé

L'article 242 du code pénal, relatif à la discrimination, prévoit une peine d'emprisonnement d'un mois à deux ans et une amende de 5 000 à 500 000 milles francs CFA pour quiconque refuse à autrui l'accès à un lieu public ou à un emploi en raison de sa race, de sa religion, de son sexe ou de son état de santé, à condition que cela ne mette pas autrui en danger. Ces dispositions sont toutefois très rarement appliquées.

7.2.6 Droit du travail

La tuberculose est un risque professionnel dans un certain nombre de lieux de travail. Le droit du travail est particulièrement important pour protéger les travailleurs contre la tuberculose et pour garantir une indemnisation adéquate en cas de maladie professionnelle. Au Cameroun, la situation des normes internationales du travail (OIT) est en constante amélioration. À première vue, la Constitution reprend dans son préambule les principes fondamentaux contenus dans les principaux textes internationaux et garantit ainsi la liberté d'association et le droit de grève. Le travail est proclamé comme un droit et un devoir pour toute personne. L'État s'impose également comme le garant de l'égalité entre les hommes et les femmes et interdit toute forme de discrimination. Le Cameroun a déjà ratifié plusieurs conventions internationales de l'OIT, bien que certaines d'entre elles aient été dénoncées ou ne soient pas encore appliquées dans la pratique. La loi n° 92-007 du 14 août 1992 portant code du travail au Cameroun stipule dans son **article 2 : i)** que le droit au travail est reconnu à tout citoyen comme un droit fondamental. Parfois, les lois sur la santé au travail peuvent protéger et parfois elles peuvent être utilisées pour exclure les travailleurs des secteurs d'emploi. La principale réglementation de la sécurité et de l'hygiène du travail ; outre le titre VI du Code du travail est l'ordonnance n° 039 / MTPS / IMT du 26 novembre 1984 fixant les mesures générales d'hygiène et de sécurité sur le lieu de travail qui contient : le règlement des obligations des employeurs et des travailleurs, la composition des comités d'hygiène et de sécurité, l'établissement des conditions générales d'hygiène relatives, entre autres, à la construction, à la ventilation, à la température et à l'éclairage, la détermination des mesures de sécurité et de transport, la définition des substances dangereuses et des règles de prévention et de lutte contre l'incendie, la mise en place de moyens de contrôle et de sanctions(OSH, 2014). En vertu du Code du travail, les décisions et décrets concernant la santé et la sécurité au travail sont les suivants :

- Décret n° 93/210/PM du 3 mars 1993 fixant l'organisation et le fonctionnement de la Commission nationale de la sécurité et de la santé au travail ;
- L'arrêté n° 038/MTPS/IMT du 26 novembre 1984 inclut la tuberculose dans la liste des maladies professionnelles indemnifiables. Les délais pendant lesquels l'assureur ou l'employeur reste responsable et les conditions de déclaration des processus de travail susceptibles de les provoquer sont fixés par l'arrêté n° 005/TLS/SS du 9 mars 1962 ;
- Loi n° 77-11 du 27 juillet 1977 relative à la réparation et à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- Arrêté du 15 octobre 1979 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de médecine du travail ;
- Décret n° 79-96 du 21 mars 1979 fixant les conditions d'exercice de la médecine du travail.

Le Cameroun dispose d'une liste officielle et de tableaux des maladies professionnelles indemnifiables. La tuberculose et les autres mycobactéries (*Mycobacterium xenopi*, *M avium* intracellulaire, *M cansasii*)

y figurent. La durée du traitement est de 35 ans (avec un minimum de 10 ans)(MST, s.d.). Malgré ce cadre législatif, des mesures efficaces d'applications desdites dispositions sont absentes sur les lieux de travail(Friedrich-ebert-stiftung, 2015).La loi n° 77-11 du 13 juillet 1977 relative à la réparation et à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles stipule dans son Art 3.1 :Toute maladie résultant de l'exercice de certaines activités professionnelles est considérée comme une maladie professionnelle", et 3-2 "Le lien de causalité existant entre la maladie et l'activité professionnelle est établi au moyen des présomptions inscrites dans les tables des maladies professionnelles établies par décret après avis de la commission nationale de l'hygiène et de la sécurité du travail" (AN, 1977).Selon le décret n°2011/408 du 09 décembre 2011 portant organisation du gouvernement, le ministère du travail et de la sécurité sociale est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du gouvernement dans les domaines des relations de travail, du statut des travailleurs et de la sécurité sociale. Il assure la liaison entre le gouvernement et l'Organisation internationale du travail et les autres organisations internationales dans son domaine de compétence, en liaison avec le ministère des Affaires étrangères. Elle supervise la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et les organismes publics et parapublics de son secteur.

En ce qui concerne la protection sociale, l'OIT constate qu'une réforme est nécessaire. Tout en notant que le gouvernement est déterminé à relever le défi de l'extension du système de protection sociale au Cameroun. Malgré ces efforts, le système de protection sociale est encore caractérisé par de nombreuses lacunes, notamment le nombre limité de prestations, la faible couverture, l'inadéquation des paramètres techniques et les lacunes en matière de gouvernance. En fait, la sécurité sociale ne couvre que trois risques : les accidents du travail, les maladies professionnelles (soins et indemnités pour incapacité permanente) ; les prestations familiales (allocations parentales, allocations de maternité, allocations familiales, prestations de maternité pour les femmes salariées, prestations forfaitaires de soins médicaux pendant la grossesse et l'accouchement) ; la vieillesse, l'invalidité, le décès. L'article 101 du code du travail prévoit qu'en cas de maladie du travailleur, de son ou ses conjoints ou des enfants dans les conditions prévues à l'article 66 ; l'employeur est tenu de leur fournir des soins, les médicaments et accessoires nécessaires, dans les limites des moyens définis par arrêté du ministre du travail, pris après avis de la Commission nationale de la santé et de la sécurité au travail, L'employeur est également tenu de fournir de la nourriture à tout travailleur malade hospitalisé dans l'infirmierie de l'entreprise. La législation actuelle ne prévoit pas de compensation monétaire pour la tuberculose. Le silence relatif sur la question de la tuberculose sur le lieu de travail contraste fortement avec les orientations détaillées sur la COVID-19. Dans le cadre de COVID-19, le Groupement Inter patronal du Cameroun (GICAM) a diffusé un guide de gestion du lieu de travail lors de COVID -19 (OIT, 2020) .

7.2.7 Politiques pénitentiaires

La tuberculose est un risque pour les personnes qui travaillent dans les prisons et celles qui sont privées de liberté. Malgré les réformes nationales visant à promouvoir les peines alternatives, la population carcérale au Cameroun continue de croître. L'article 32 du décret de 1992 prévoit que : "Chaque prisonnier est soumis à un examen médical au moment de son incarcération. Les articles 33 et 35 du décret de 1992 recommandent que dans toute prison, une infirmerie ou une salle destinée à recevoir les malades soit prévue. Son fonctionnement est assuré par le responsable de l'infirmierie, sous le contrôle de l'autorité médicale compétente la plus proche. En cas de maladie contagieuse ou épidémique, l'autorité médicale compétente, en accord avec le directeur de l'établissement, prend toutes les mesures de protection et de prophylaxie nécessaires. "En outre, "les détenus malades doivent être conduits à l'examen médical. (...) ». "Avant le transfert d'un prisonnier, le directeur peut le

soumettre à un examen médical. Plusieurs textes nationaux et internationaux organisent en conséquence le mode de vie dans les prisons camerounaises autour des locaux, de l'alimentation et de l'hygiène, de la santé et des activités socioculturelles des prisons et des droits et devoirs des détenus. Les bonnes dispositions du décret du 27 mars 1992 sur le régime pénitentiaire au Cameroun sont difficiles à appliquer dans un contexte de surpopulation et de rareté des ressources humaines, financières et logistiques dans la grande majorité des prisons camerounaises. L'application de cette disposition suscite de sérieux doutes.

Au Cameroun, il ne serait pas exagéré de dire que les prisons sont des lieux potentiellement dangereux pour la santé des détenus et même du personnel pénitentiaire. Dans certaines prisons, il n'y a pas d'infirmerie. Pour celles où des infirmeries sont disponibles, elles sont largement sous-équipées car le minimum de soins médicaux n'est pas disponible. Sur le terrain, le personnel médical lui-même ne souhaite pas être en contact avec les détenus par crainte de leur dangerosité supposée ou de la contagion (ACAT, 2011).

7.2.8 Les mines.

Le Cameroun dispose d'un énorme potentiel en termes de ressources énergétiques, minières et forestières. Sur le plan minier, les ressources existantes sont : la bauxite, le diamant, le fer, l'or, le cobalt, le saphir, l'uranium etc. L'exploitation industrielle moderne est encore embryonnaire. Le pays dispose d'un cadre réglementaire régissant les activités minières. Il s'agit principalement **du code minier (2001), de son décret d'application (2002), de son amendement (2010)**, ainsi que des **conventions minières** signées entre l'État et les entreprises et des permis d'exploitation délivrés. **L'article 87 du code minier de 2001** stipule que l'exploitation des ressources extractives doit assurer les points suivants : la prévention ou la minimisation de tout rejet dans la nature ; la protection de la faune et de la flore ; **la promotion ou le maintien de la santé générale de la population** ; la réduction des déchets autant que possible ; l'élimination des déchets non recyclés de manière écologiquement rationnelle et après information et approbation des administrations en charge des mines et de l'environnement ; la restitution des sites perturbés dans des conditions stables de sécurité, de productivité et d'aspect visuel. Malgré le fait que ces normes juridiques comportent des obligations contractuelles claires, le respect de ces dispositions par les entreprises s'avère limité. Le secteur minier camerounais est actuellement caractérisé par une exploitation artisanale au sein des communautés par les populations locales dans des conditions informelles et malheureusement mal encadrées. Dans les zones d'exploitations minières artisanales, les conditions de vie et de travail, la protection de l'environnement, la perception des taxes municipales, etc. sont de véritables défis pour les travailleurs eux-mêmes et pour toutes les parties prenantes (Friedrich-ebert-stiftung, 2015). **On note aussi l'absence d'une cartographie du secteur minier au Cameroun et qui pourrait constituer un obstacle pour une intervention ciblée en matière de lutte TB.**

Selon les rapports de l'ONG Réseau de Lutte contre la Faim (RELUFA) et du Centre pour l'Environnement et le Développement (CED), publiés en octobre 2013, les conditions de travail dans les mines camerounaises ne répondent pas toujours aux exigences des opérations minières, telles que les mauvaises conditions de travail, y compris l'incapacité à fournir un air sain aux travailleurs du secteur minier. En dehors des rapports des ONGS et de certaines agences du système des nations unies tel que l'OMS et l'Organisation Internationale du Travail ; les documents de politique minière traitent très peu des causes structurelles de la tuberculose.

Les conditions de santé des travailleurs des mines, tant en termes de prévention que de soins, sont encore précaires au Cameroun. Ils travaillent le plus souvent sans équipement de protection individuelle (EPI) répondant aux normes internationales et ne bénéficient pas d'une couverture médicale adéquate. Le système de sécurité au sein des sites est quasi inexistant, ce qui augmente les risques d'accidents (RELUFA, 2013). Le Cameroun est membre de l'OIT mais n'a ratifié aucune des conventions qui visent à assurer la protection sociale des travailleurs et à sauvegarder les droits fondamentaux de l'homme dans le secteur minier. Il s'agit de la Convention n° 31 sur la limitation de la durée du travail dans les mines (mines de charbon), de la Convention n° 124 sur l'examen médical d'aptitude à l'emploi des adolescents pour les travaux souterrains dans les mines, de la Convention n° 176 sur la sécurité et la santé dans les mines. Associée à ces conventions, la recommandation n° 183 de l'OIT fournit des normes internationales pour assurer la santé et la sécurité des travailleurs dans les mines. Le Cameroun a été admis comme pays "conforme" à l'Initiative pour la transparence dans les industries extractives en octobre 2013.

7.3 Genre

La faible mise en œuvre des directives et politiques nationales de promotion du genre, impacte sur la dynamique sociale de la vulnérabilité à la tuberculose, l'accès aux soins et les résultats de traitement.

La prise en compte d'indicateurs sensibles au genre pourraient apporter des changements à la mise en œuvre des programmes pour passer d'une approche ignorante des sexospécificités à une approche qui tient compte des sexospécificités et, en fin de compte, à une approche transformative ?

Le genre se réfère à ce que la société attend des êtres humains du fait de leur féminité ou de leur masculinité. Il s'agit d'une construction sociale dans la mesure où la société attribue des fonctions, des rôles, des tâches différenciées selon le sexe. Toutefois, ces attributs ne sont pas immuables, mais tiennent de la relation avec les autres et la société, et ce, dès la naissance. Ainsi, le concept de genre considère que les différences entre les hommes et les femmes qui ne sont pas fondées sur des attributs naturels, sont historiquement construites et socialement reproduites et influencent de diverses façons la vie des femmes. Ainsi, mettre fin à toutes les formes de discrimination envers les femmes et les filles constituent un droit humain fondamental⁴⁶, car les droits des femmes sont des Droits de l'Homme. D'ailleurs, plusieurs dispositions relatives aux Droits de l'Homme sur le plan universel y sont consacrées : L'article 1^{er} de la Déclaration Universelle des droits de l'Homme (DUDH) aux termes duquel : « *Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droit* ». Dans le même sens, l'article 6 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (DDHC) de 1789 dispose que : « *La loi doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse. Tous les citoyens étant égaux, sont également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics, selon leur capacité et sans autre distinction que celle de leurs vertus et de leurs talents* ». La Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples⁴⁷, quant à elle dispose tout simplement en son article 3(1) que : « *Toutes les personnes bénéficient d'une totale égalité devant la loi* ».

Le Cameroun s'est ainsi doté d'un arsenal d'instruments réglementaires pour garantir l'équité de genre et assurer une protection aux femmes. Malgré les efforts considérables qui ont été consentis, les mesures réglementaires semblent d'une relative inefficacité dans la lutte contre les inégalités. Sur le

⁴⁶ PNUD Cameroun, ODD5 ; Egalité entre les sexes, l'autonomisation des femmes et promouvoir l'égalité entre les sexes est déterminant pour accélérer le développement durable.

⁴⁷ Cette charte a été adoptée le 27 juin 1981 à Nairobi au Kenya, lors de la 18^e Conférence de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA). Elle entre en vigueur le 21 octobre 1986.

plan pratique, les problèmes de discrimination liée au sexe demeurent un phénomène récurrent qui inhibe l'action d'une bonne partie des femmes dans le développement de leurs compétences. En effet, les politiques de promotion de l'égalité butent sur un obstacle majeur, à savoir, la persévérance des stéréotypes qui résultent d'un formatage social des comportements et des attitudes discriminatoires à l'égard du sexe féminin. L'examen de certains secteurs de la vie sociale permet d'observer que : (i) la sous scolarisation des filles est encore réelle dans certaines régions du pays, notamment celles du septentrion ; (ii) les femmes accèdent plus difficilement que les hommes à des postes de responsabilité, au crédit, au foncier et aux biens de production de façon générale ; (iii) certaines dispositions de la législation ou du droit coutumier encore en vigueur n'accordent pas à la femme les mêmes droits qu'à l'homme et ne leur réservent pas non plus le même traitement dans le cadre du mariage, du divorce et du veuvage ; (iv) l'accès à la propriété foncière demeure de nos jours l'un des problèmes cruciaux auxquels les femmes font face ; etc⁴⁸.

7.3.1 Législation

En droit camerounais, à l'instar des textes de portée générale tels que la constitution qui, dans son préambule énonce les droits humains fondamentaux et prône l'égalité entre les hommes et les femmes, le Code Civil contient plusieurs dispositions qui protègent les droits des femmes et des hommes au sein de la famille et dans le ménage, et le Code Pénal qui dispose que la loi pénale s'impose à tous sans distinction de sexe ; il existe des textes particuliers relatifs à la protection des droits de la femmes sur le plan national, notamment la Loi sur la profession de pharmacien de 1990 autorisant la vente des contraceptifs qui a été adoptée dans l'intention de protéger la femme contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), les grossesses non désirées, et de lui permettre de décider librement du moment, du nombre et de l'espacement des naissances ; le Décret de 1994 portant régime des pensions civiles qui reconnaît à la veuve le droit à la pension de réversion ; La loi du 19 décembre 1999 qui consacre entre autres, la suppression de l'autorisation maritale pour le déplacement de la femme ; la Circulaire n°10-7-562/MINEDUC qui permet aux élèves filles suspendues pour cause de grossesse d'être réadmissées en classe après l'accouchement ; la Loi pénale du 12 juillet 2016 portant révision du Code Pénal qui intègre des dispositions relatives à la prévention et répression des violences basées sur le genre.

7.3.2 La politique genre

Au Cameroun, les femmes représentent 51% de la population totale⁴⁹. Elles constituent ainsi une force indéniable dans le processus de développement du pays. Aussi, la problématique du genre mérite-t-elle d'être traitée avec intérêt pour faciliter le plein déploiement de cette force potentielle au bénéfice du développement. En effet, comme dans bon nombre de pays de l'Afrique subsaharienne, la situation sociale, économique, politique et culturelle du Cameroun reste encore marquée par des inégalités de genre plus ou moins fortes. D'après certains indicateurs, un grand nombre de femmes est encore loin d'avoir accès.

Aux mêmes droits, aux mêmes avantages économiques et aux mêmes ressources et de prétendre aux mêmes perspectives d'épanouissement que les hommes. Le Cameroun s'est ainsi doté d'un arsenal d'instruments réglementaires pour garantir l'équité de genre et assurer une protection aux femmes. Malgré les efforts considérables qui ont été consentis, les mesures réglementaires semblent d'une relative inefficacité dans la lutte contre les inégalités. Sur le plan pratique, les problèmes de discrimination liée au sexe demeurent un phénomène récurrent⁵⁰. En effet, les politiques de promotion de l'égalité butent sur un obstacle majeur, à savoir, la persévérance des stéréotypes qui résultent d'un formatage social des comportements et des attitudes discriminatoires à l'égard des femmes.

⁴⁸ REGARDS SUR LE GENRE au Cameroun, BUCREP, édition 2014

⁴⁹ Le Bureau Central des Recensements et des Études de Population (BUCREP), édition 2014 du Rapport National sur l'État de la Population (RNEP) sous le thème de « Regards sur le genre au Cameroun ».

⁵⁰ D'après le classement du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) sur l'indice d'inégalité de genre1 (IIG), le Cameroun occupe en 2013 le 138ème rang sur 187 pays.

Une Politique nationale de genre ; document d'orientation et de référence en matière de promotion de l'égalité de genre, a été officiellement présenté le 23 janvier 2015 à Yaoundé, par la ministre de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF). Ce document permet de mettre la gent féminine au cœur des politiques de développement. Ce document écrit en français et en anglais, comprends quatre parties, et dresse l'état des lieux des problématiques liées au faible niveau d'éducation des filles, les discriminations et les violences faites aux femmes, le taux élevé de mortalité maternelle, le faible pouvoir économique des femmes, leur faible participation à la vie publique et aux « decision-making », etc. Le document propose également des solutions pour inverser la tendance. Notamment avec la promotion de l'égal accès des hommes et femmes à l'éducation, à la formation, à l'information ; et le renforcement du dispositif institutionnel de promotion du genre. Adopté en 2014, ce cadre de référence national est le fruit de concertations entre plusieurs départements ministériels (promotion de la femme et de la famille, jeunesse et éducation civique, formation professionnelle, affaires sociales...), et a bénéficié du soutien des partenaires au développement, en particulier le système des Nations Unies au Cameroun.

7.3.3 Mariages précoces et forcés

Les mariages précoces et forcés sont très répandus au Cameroun, surtout dans les régions septentrionales du pays. Considérés comme une violence contre les femmes et les filles, cette pratique s'avère particulièrement dangereuse et néfaste pour la situation socioéconomique, la santé sexuelle et procréative, ainsi que le bien-être psychologique des filles et des femmes. Dans certaines communautés, le mariage est considéré comme un accomplissement pour une fille⁵¹. Une fille qui n'est pas mariée est mal vue : elle est souvent perçue comme stérile, ou comme étant une prostituée, voire une sorcière. Dans de nombreuses communautés de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord du Cameroun, le mariage est un acte qui honore la famille dans son ensemble. Au sein des familles musulmanes, le mariage de la fille est souvent organisé par les parents qui achètent des cadeaux et du matériel pour le nouveau foyer de la mariée. Le jour du mariage, en particulier lors d'un mariage peuhl, la famille doit apporter la preuve de la virginité de la fille. Si tel est le cas, la belle-famille offre davantage de cadeaux. La majorité des cas de mariage précoce et forcé soit 60% impliquent des filles âgées de 13 à 15 ans⁵². Les filles de milieux défavorisés et/ou des filles qui ne sont pas scolarisées sont les plus touchées par cette pratique.

Le Cameroun a pourtant ratifié plusieurs accords internationaux relatifs aux droits de l'homme, mais ces lois ne sont pas toujours appliquées. Souvent les accords internationaux sont en contradiction avec les textes de loi nationaux. Bien qu'en 1989 le Cameroun a ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant qui fixe l'âge minimal du mariage à 18 ans pour les filles et les garçons, la loi Camerounaise stipule qu'une fille âgée d'à peine 15 ans peut se marier avec le consentement parental. L'âge minimal du mariage pour les garçons au Cameroun est de 18 ans. Les procédures pénales en cas de mariage précoce et forcé sont souvent entravées par les représentants du gouvernement et les forces de l'ordre. Dans l'ensemble, la police ignore le problème, les tribunaux abandonnent les poursuites judiciaires, et les juges acceptent les pots-de-vin de la part des hommes qui cherchent à épouser des filles mineures. Dans le cadre de cette étude, nous établirons les causes des mariages précoces et forcés au Cameroun, l'ampleur de ce phénomène ainsi que son impact.

⁵¹ L'Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes – Extrême-Nord (ALVF-EN) est une association féministe dont l'objectif est d'éradiquer toutes les formes de violence faites aux femmes et aux filles dans le Nord du Cameroun.

⁵² L'Institut Supérieur du Sahel, en partenariat avec ALVF-EN, a mené une enquête pour recueillir les points de vue d'individus et de ménages sur les causes et conséquences du mariage précoce et forcé.

7.3.4 Privation de liberté

La femme représente au total à peine 2,1% de la population carcérale au Cameroun, environ 24.000 réparties dans 77 prisons⁵³. Un pourcentage extrêmement faible comparé à d'autres pays et c'est précisément la raison pour laquelle ce sujet est à peine effleuré. Les femmes incarcérées sont majoritairement des mères, 80% d'entre elles ont eu au moins un enfant. Au Cameroun, il n'existe pas un régime de détention spécifique pour les femmes dans le code de procédure pénale. Les femmes détenues se voient appliquer la même réglementation que les hommes. La société camerounaise est très dure à l'égard des femmes, elles n'ont pas droit à l'erreur et pour les mêmes larcins, elles sont plus lourdement punies que les hommes. Leur faible pourcentage dans les prisons emmène les gouvernants à ne pas s'en soucier.

7.3.5 Santé

L'accès aux soins prénatals et maternels et aux méthodes contraceptives reste un défi majeur pour la santé publique au Cameroun. En 2015, 64% des naissances étaient assistées par le personnel de santé qualifié et seules 23% de femmes mariées ou en union utilisaient une quelconque méthode contraceptive (GGGR 2015). Le taux de mortalité maternelle a diminué seulement de 18,1% au cours des 25 dernières années, passant de 728 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 596 en 2015 (Banque Mondiale 2015). Ce taux reste élevé par rapport à la moyenne régionale (546/100 000) et éloigné de la cible fixée dans l'OMD 5A2. Le faible taux d'accouchements assistés, l'insuffisance de la prise en charge des complications obstétricales (16%) et le fort taux de mortalité maternelle témoignent d'un accès très limité des femmes aux services de santé. Ceci s'explique notamment par l'inaccessibilité géographique des services de santé (notamment en zone rurale) et au faible pouvoir d'achat des populations (et notamment des femmes). Le nombre moyen d'enfants par femmes est de 5 enfants en milieu rural et 4 enfants en milieu urbain. Le taux d'adolescentes de 15-19 ans enceintes ou déjà mères est de 128 naissances pour 1000 femmes. En milieu rural on note également une **fécondité plus précoce**, un phénomène lié aux mariages précoces et forcés et aux violences basées sur le genre (notamment le viol y compris dans le cadre des mariages précoces et forcés) : dans les zones rurales il est estimé que 57% des femmes âgées de 20 à 24 ans sont mariées avant l'âge de 18 ans (UNICEF, 2013).

7.3.6 Education

Même s'il y a eu des progrès à tous les niveaux dans l'accès à l'éducation au Cameroun, les hommes en bénéficient davantage, l'écart entre les sexes est plus important dans les niveaux supérieurs. Le taux d'alphabétisation des femmes est de 69% alors qu'il est de 81% pour les hommes (GGGR 2015). Le taux d'alphabétisation des femmes est particulièrement faible dans les zones rurales, notamment dans les régions de l'Extrême-Nord (17.4%), du Nord (26.7%) et de l'Adamaoua (31.8%) (MINPROFF, 2012).

En 2015, le taux de scolarisation au niveau primaire des filles était de 86% et celui de garçon 97%. La scolarisation aux niveaux secondaire et supérieur est faible, d'autant plus pour les femmes avec des pourcentages de 37% dans le secondaire et de 10% dans le supérieur contre 43% et 14% respectivement pour les hommes. Si l'accès des filles à l'éducation a progressé, il reste limité par des considérations socioculturelles sur l'éducation des filles, notamment dans la partie septentrionale du pays (MINPROFF, 2012). La déscolarisation et l'abandon scolaire des jeunes filles s'expliquent principalement par :

- normes patriarcales : certaines familles ne valorisent pas l'éducation des filles car les rôles et les emplois des femmes ne créeraient pas beaucoup de revenus. Les familles pauvres accordent la priorité à l'éducation des garçons.

- Les travaux domestiques et agricoles sont attribués aux filles

Les mariages et les grossesses précoces

⁵³ Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population, Rapport national sur l'état de la population, édition de 2014, www.bucrep.cm.

-L'insécurité : certaines familles sont réticentes à envoyer les filles à l'école craignant la violence à l'école ou sur le chemin entre la maison et l'école.

Les femmes sont sous-représentées dans le corps enseignant et administratif dans les écoles, primaires (en zones rurales en particulier, par opposition aux zones urbaines où la proportion d'enseignantes est supérieure à celle d'enseignants) mais surtout secondaires (VSO, 2013)⁵⁴. Le recrutement d'enseignantes est identifié comme un levier d'action pour améliorer la qualité de l'enseignement et promouvoir l'accès des filles aux écoles : les violences basées sur le genre et notamment le harcèlement sexuel est identifié comme l'un des problèmes les plus importants dans les écoles, perpétué contre les étudiantes par des enseignants, et contre des enseignantes, par d'autres enseignants, managers ou étudiants plus âgés.

7.3.7 Pauvreté et développement rural

En 2015, Le taux de participation au marché du travail des femmes était de 66% contre 77 % pour les hommes. Les femmes sont actives majoritairement dans le secteur agricole : en 2015, seulement 26% des emplois non-agricoles sont occupés par des femmes (Banque Mondiale). Alors qu'elles contribuent pour 60% de la production alimentaire nationale et qu'elles s'investissent dans les activités de production, de petite transformation et de commercialisation, les femmes sont particulièrement touchées par la pauvreté, notamment par l'insécurité alimentaire et le manque d'eau potable. Dans les états du Nord du pays, 63% des femmes sont pauvres, dans l'Extrême-Nord, 50% en Adamaoua et 53% dans l'Est (MINPROFF, 2012). En 2013, UNOCHA reporte des seuils de malnutrition aigüe proches de l'urgence dans ces régions, concernant particulièrement les femmes et les enfants. La malnutrition chronique atteint des niveaux élevés dans presque toutes les régions (33% en 2011 selon l'EDS-MICS 2011). De nombreuses inégalités persistent dans le milieu rural, notamment :

- **les femmes ont un accès limité aux ressources et moyens de production**, notamment aux intrants, conseils technique, aux technologies améliorées, au crédit et à la terre
- **une division du travail** : les femmes sont plus présentes dans les cultures vivrières, moins rentables que les cultures de rentes souvent contrôlées par les hommes. Alors que la chasse est une activité essentiellement masculine, les femmes sont plus impliquées dans la collecte des ressources végétales telles que les herbacées et les fruits, un rôle lié à leur responsabilité de nourrir la famille. Toutefois, les femmes interviennent dans la commercialisation et/ou le fumage du gibier et du poisson.
- **la responsabilité liée aux soins du groupe familial étant à la charge des femmes**, celles-ci sont particulièrement affectées par le faible accès aux services de base en milieu rural (santé, éducation, eau et assainissement).

7.3.8 Acteurs nationaux

Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF) : organe institutionnel chargé de suivre l'évolution de la situation des femmes et de veiller au respect de leurs droits. Créé en 1998 sous le nom de « Ministère de la condition féminine », il est par la suite jumelé au Ministère des affaires sociales puis dissocié de celui-ci en 2006. Depuis 2001, le Ministère est engagé dans l'élaboration d'un code de la famille susceptible de redéfinir le régime matrimonial.

CEFAP/Ladies Circle : actions principales : leadership et entrepreneuriat féminin (a organisé une conférence sur ce thème en Novembre 2013), formations pour « femmes vulnérables », appui à la réinsertion sociale des femmes détenues après leur incarcération. Partenariats institutionnels avec plusieurs ministères : Ministère de la Justice à travers le service de l'administration pénitentiaire, Ministère des Affaires Sociales, Ministère de la Promotion de la Femme et de la famille, Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique, Ministère de l'Emploi et de la Formation professionnelle

⁵⁴ *Actions and interactions: Gender Equality in teaching and education management in Cameroon. Summary Report. VSO, 2013*

accompagné du Fonds National de l'Emploi. Membre de plusieurs réseaux internationaux, notamment AWID, le Monde selon les Femmes, International Alliance for Women, Women for Women, Women Won't Wait, EQUITAS, ROFAF, ainsi que du Conseil d'Administration de Genre en Action et de l'OIF.

Fédération des Réseaux des Associations Féminines du Cameroun (**FERAFCAM**) : « association vitrine » réunissant les associations nationales de femmes.

ONG Femmes-Santé-Développement (FESADE): ONG active dans le domaine de la santé, notamment sur les questions d'éducation à la sexualité, violences basées sur le genre, VIH/SIDA, lutte contre la mortalité maternelle et contre la tuberculose. De façon générale, FESADE inscrit ses actions dans le cadre de la promotion de l'égalité des sexes et cherche à intégrer l'approche genre transformative dans l'ensemble de ses projets. Partenaires : Coopération allemande/GIZ

Women In Research And Action (WIRA): association créée en 1999, ayant pour objectifs la promotion des droits de la femme et de l'enfant, la sensibilisation sur les droits de la femme, le renforcement des capacités des acteurs concernés, la recherche sur les droits humains de la femme. A participé et coordonné l'élaboration du CEDAW Shadow Report 2007.

Network More Women in Politics (NMWP) : Créé en 2007, NMWP est un réseau d'associations œuvrant pour l'amélioration de la représentativité effective des femmes à la vie publique et politique au Cameroun. Le réseau poursuit trois objectifs principaux : réveiller la conscience politique des femmes et renforcer leurs habiletés politiques ; sensibiliser l'opinion publique sur la nécessité et les enjeux de l'accroissement du nombre de femmes dans la vie publique et politique au Cameroun et vulgariser les instruments juridiques relatifs à la participation politique des femmes et à l'effectivité de leurs droits. Membre du Réseau des Observatoires de l'Egalité de Genre (ROEG). Partenaire : Genre en Action. Partenaires : PNUD Cameroun, ONU Femmes

Association Camerounaise des femmes Juristes (ACAFEJ) : promotion et protection des droits des femmes et des enfants. Mène des activités de plaidoyer pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, notamment pour l'élimination de dispositions discriminatoires. Partenaires institutionnels : Ministère de la Promotion de la Femme et de la famille, Ministère de la Justice, Ministère des Affaires Economiques, de la programmation et aménagement du territoire, Ministère des Relations Extérieures, Ministère de la Santé, Ministère des Affaires Sociales. Autres (bailleurs de fonds) : Ministère de la Justice du Canada, Université d'Ottawa, Haut-commissariat du Canada, Ambassade des Etats-Unis, Coopération Canadienne (ACDI), FNUAP, Agence Intergouvernementale de la Francophonie, Mission française de coopération, Banque Africaine de Développement, PNUD

Association de lutte contre les violences faites aux femmes (ALVF) : ONG féministe, non-mixte fondée en 1991. Possède quatre antennes, basées à Yaoundé (Province du Centre), Maroua (Province de l'Extrême Nord), Douala (Province du Littoral) et Bafoussam (Province de l'Ouest). Mène des activités de sensibilisation, d'éducation et formation, ainsi que d'encadrement et suivi des femmes victimes de violences. Partenariat avec le PNUD.

Association Camerounaise des Femmes Médecins (ACAFEM). Partenariat avec le PNUD.

Femmes et développement rural : association formée dans la province de l'Extrême-Nord. Mène des projets de formation professionnelle, éducation sur les droits des femmes.

7.4 Engagement communautaire

Les communautés participent dans l'élaboration des politiques ; cependant elles peinent à influencer le débat et la prise de décisions

Une réponse communautaire centrée sur la prestation de services avec comme référentiel l'agent de santé communautaire

Il n'y a pas de mécanisme de suivi des engagements à mettre fin à la tuberculose au niveau communautaire.

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions⁵⁵. Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

7.4.1 Cadre juridique de la santé communautaire

Au Cameroun, plusieurs instruments juridiques encadrent la santé Communautaire. Il s'agit des textes internationaux ratifiés par le Cameroun, ainsi que les lois et décrets. On peut citer entre autres :

- L'Initiative de Bamako 1987
- La loi n° 90/053 portant liberté d'association qui ouvre la voie à la participation communautaire à la santé. Les comités de santé, les fonds provinciaux spéciaux pour la santé sont créés.
- La loi n° 062 portant dérogation spéciale accordée aux formations sanitaires publiques en matière financière. Le recouvrement des coûts liés à la vente des médicaments et la gestion décentralisée de ces recettes.
- La loi des finances n° 92/001 autorisant certaines formations sanitaires à conserver 50% des recettes provenant de leurs prestations payant et de s'en servir localement pour les charges de fonctionnement des services et de la motivation du personnel.
- Le décret n° 93/229 du PM fixe les modalités de la gestion des recettes affectées aux formations sanitaires publiques pour leur fonctionnement, créer des comités de gestion des recettes retenues.
- Le décret N° 95/013 du 7 février 1995 portant organisation des services de santé de base en District de Santé.
- La loi constitutionnelle de 4 Janvier 1996 qui stipule que la Cameroun est un état unitaire décentralisé et qui institue les Régions et les Communes.
- La loi No. 96/03 du 04 janvier 1996 portant Loi cadre dans le domaine de la santé, dans son article 2 stipule que : <<la politique Nationale de Santé a pour objectif l'amélioration de l'état de santé des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité aux soins intégrés et de la qualité pour l'ensemble de la population et avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé>>.
- L'arrêté N° 0033 /Cab/MSP du 21 Septembre 1998 fixant les modalités de création des Structures de dialogue et de participation Communautaire dans les District de Santé.
- Décret n°2002/209 du 19 août 2002 portant organisation du Ministère de la Santé Publique, permettant de créé depuis ce temps une quinzaine de programmes de santé qui font recours aux Agents de Santé Communautaires dans le District de santé qui est le niveau de mise en œuvre des interventions sanitaires.

⁵⁵ OMS-Europe ; Promotion de la Santé ; Charte d'Ottawa ; 1986

- Loi n° 2004/017 du 22 juillet 2004 portant orientation de la décentralisation qui fixe les règles générales applicables en matière de décentralisation territoriale.
- La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires du 30 avril 2008 stipule entre autres que, les Etats Membres de l'OMS doivent « promouvoir la conscience sanitaire des populations...et renforcer les capacités des communautés à changer les comportements et à adopter des modes de vie plus sains, à prendre en main leur propre santé et à participer davantage aux activités liées à la santé, et à créer un environnement permettant de doter les communautés des moyens pour participer à la gouvernance des services de soins de santé, conformément à l'approche des Soins de Santé Primaires ».
- La déclaration d'Abuja qui fixe à 15% le minimum de la part du budget global de l'Etat allouée à la santé.
- Le décret de 2011 précisant les modalités de transfert des compétences aux communes en matière de santé.
- L'organigramme du Ministère de la santé de 03 avril 2013, a prévu la création des Centres de santé ambulatoires pour les populations situées à plus de 20 km d'une formation sanitaire.
- La loi N° 2010/023 du 21 Décembre 2010 fixant les statuts du groupement d'intérêt publique qui a permis la création des Fonds régionaux pour la santé.
- Les différentes conventions collectives qui mettent en place les Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé pour chaque Région.

7.4.2 Politique nationale de santé communautaire

Le Cameroun a adopté en 1993, la politique de réorientation des soins de santé primaires issue de l'Initiative de Bamako. Cette politique se caractérise par le développement des « structures de dialogue ». L'action communautaire à ce jour s'exprime à travers :

- La participation des populations au financement des soins de santé ;
- La participation des représentants des communautés à la cogestion ;
- Les actions de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale des organisations de la société civile ;
- Les prestations des agents de santé communautaire ;
- Les initiatives communautaires en faveur de la promotion de la santé.

En ce qui concerne la société civile, environ 160 organisations non gouvernementales et associations participent de manière formelle aux activités du Ministère de la Santé Publique (Lettres d'Accord de Collaboration, Convention cadres et Contrats d'Exécution). Entre 5500 et 6000 ASC travaillent au niveau des aires de santé, avec un focus particulier sur les régions prioritaires pour améliorer les indicateurs de santé mère-enfant. Cette approche est en adéquation avec la Vision du Cameroun à l'horizon 2035 qui considère les organisations de la société civile comme partenaire stratégique de l'Etat en ceci qu'elle constitue un creuset de participation et de mobilisation sociale pour l'intégration des forces productives et la démocratisation dans un contexte de décentralisation.

Le Cameroun a adopté en 2012, une politique nationale de santé communautaire déclinée en stratégie nationale intégrée des Interventions sous directives communautaire (ISDC) mise en œuvre par la DOSTS. L'objectif général de la stratégie harmonisée des interventions communautaires est d'assurer qu'au moins 80% de la population adopte des pratiques favorables à la promotion des comportements sains, à la prévention et à la prise en charge intégrée des maladies (Paludisme, Infections Respiratoires Aigües, Diarrhées, Tuberculose, VIH/SIDA, Malnutrition, Onchocercose, maladies évitables par la vaccination ...) au niveau communautaire, particulièrement dans les régions prioritaires d'intervention. Cependant, elle est plus focalisée sur l'Agent de santé communautaire. Elle aborde entre autres les questions de sélection des ASC, de renforcement de leurs capacités, du paquet de services, des modalités

d'intervention, du suivi évaluation, de financement et de pérennisation. Cette stratégie en cours de révision pour mieux prendre en compte la réponse communautaire dans sa globalité.

7.4.3 Dispositif communautaire pour la Tuberculose

Le dispositif communautaire dans le cadre de la lutte contre la tuberculose émane du document « Référentiel des interventions communautaires dans la lutte contre la tuberculose au Cameroun, 2018 » qui définit les rôles et les responsabilités des différentes parties prenantes au niveau de la communauté. Ce dispositif repose à la fois sur les Agents de Santé Communautaire (ASC) polyvalents et les Agents Communautaires de Recherche Active des cas présumés TB (ACRA). Les Agents de Santé Communautaire sont directement rattachés à une formation sanitaire (FOSA), ils sont polyvalents et travaillent sur plusieurs maladies. Les ACRA en revanche, dépendent d'une organisation à base communautaire travaillant autour d'une FOSA, ils sont dotés de compétences et savoir-faire spécifiques sur la tuberculose. Les deux profils sont complémentaires et peuvent jouer un rôle dans la prévention des cas, dans l'orientation des présumés vers les CDT et dans le suivi du traitement pour diminuer la survenue des issues défavorables et dans la mobilisation de la communauté pour stimuler l'implication des leaders et à la fois diminuer la stigmatisation. Mais, les compétences des ASC ont besoin d'être renforcées particulièrement en tuberculose. La coexistence de ces deux profils sur le terrain a donné naissance à une approche communautaire à deux vitesses : des ASC travaillant selon une approche intégrée sur plusieurs maladies et des ACRA formés, consacrés exclusivement à la lutte contre la tuberculose. Cette différence de profil et de niveau d'implication trouve son reflet aussi dans les résultats. En effet, pour l'année 2019 les activités mises en œuvre par les ACRA ont été à l'origine d'une augmentation de 45% de la notification des patients tuberculeux dans la ville de Garoua. Cette approche, a été renforcée et étendue à 6 autres régions sur les huit restantes du pays dans le cadre de la subvention NFM3 2021-2023.

7.4.4 La participation des communautés dans l'élaboration des politiques

L'engagement significatif de la société civile et des communautés affectées dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la réponse à la tuberculose a été mis en avant par la déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose (TB), qui constitue l'expression la plus récente, la plus explicite et la plus prépondérante dudit engagement. La déclaration reconnaissait officiellement la pertinence des mécanismes de responsabilisation communautaire dans le cadre de la réponse à la tuberculose.

La vision de la Stratégie Sectoriel Santé (SSS) 2016-2027 qui découle de la vision 2035 du pays est formulée de la manière suivante : « Le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035 avec la pleine participation des Communautés ». Le secteur santé est caractérisé par une multiplicité et une diversité d'instances de coordination avec chacune un représentant de la société civile. En effet, la plupart des programmes et projets de santé disposent d'une instance de pilotage et d'orientation à caractère intersectoriel ou interministériel (Instance de Coordination Nationale pour les financements du Fonds Mondial de lutte contre la TB, le VIH et le Paludisme ; le CCIA, le PLMI, etc.). Ces instances de coordination de programmes verticaux n'ont souvent pas de lien direct avec le comité de pilotage de la SSS. Cette fragmentation de la coordination et du pilotage stratégique se répercute également au niveau régional et entrave l'efficacité et surtout l'efficience des interventions dans le secteur. Le contrôle social des interventions de santé, qui est l'une des modalités de la participation communautaire aux activités du système de santé, demeure « assez faible ». Les structures de dialogue existent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire mais, elles sont peu fonctionnelles pour la plupart.

Au cours des cinq dernières années, les organisations de la société civile participent à toutes les activités d'élaboration des politiques au niveau du programme national de lutte contre la tuberculose. On peut citer par exemple, la revue du programme 2015 – 2019 ; l'élaboration du plan stratégique TB 2021-

2025, et l'élaboration de la note conceptuelle 2021-2023. Quelques réunions de concertations sont organisées entre la société civile et le PNLT dans le cadre de la plateforme Stop TB Cameroun. Le PNLT soutient fortement les organisations de la société civile dans la mobilisation des ressources à travers des lettres de soutien. Cependant, les ressources limitées des OSC réduisent leurs pertinences dans l'élaboration des politiques malgré un environnement favorable.

7.4.5 La surveillance communautaire et la voix des patients

Une approche communautaire reconnaît que les personnes touchées par la tuberculose sont les experts de leur propre situation. Toute personne touchée par la tuberculose a le droit de participer à la riposte antituberculeuse, y compris dans la conception, la gouvernance, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation de la riposte antituberculeuse aux niveaux macro, méso et micro. Il s'agit de garantir que les services de soins et de soutien contre la tuberculose sont inclusifs, accessibles et soutiennent les personnes touchées par la tuberculose. Les personnes touchées par la tuberculose, y compris les populations vulnérables et mal desservies, devraient diriger activement la planification, la conception, la mise en œuvre de l'intervention, y compris l'analyse et l'utilisation des données aux niveaux individuel et communautaire, par le biais d'une communauté chef de file ou d'une organisation de la société civile.

Plusieurs initiatives existent actuellement dans le suivi communautaire au Cameroun. Il s'agit entre autres de « Treatment Access Watch ». Cet observatoire fait la synthèse des données collectées dans des formations sanitaires du territoire national sur l'état de l'accès aux soins et traitement des personnes touchées par soit le VIH/Sida, soit la Tuberculose ou le paludisme. On peut également citer les « Shadow Report » produit par l'ONG FIS Cameroun, qui sont des rapports alternatifs sur l'efficacité de l'aide dans la santé au Cameroun. Les patients et survivants de la tuberculose restent toujours silencieux. Cependant une organisation de survivants « TB People Cameroun » a commencé sa structuration en novembre 2020.

7.4.6 Vue d'ensemble de l'engagement communautaire

Les informations ci-dessous découlent d'une analyse conduite par l'ONG FIS en 2017 dans le cadre d'une subvention de Stop TB-CFCS :

Portée géographique : La disparité concernant la couverture géographique des services de lutte contre la tuberculose par les OBC / OSC est très alarmante. Sur les 72%/189 des districts sanitaires couverts par les 68 OBC identifiées, 19 d'entre eux se trouvent dans l'Extrême -Nord et un seul dans le district sanitaire de la région Sud. La nature vaste du pays aggrave également la situation en raison de la mauvaise nature de l'infrastructure routière et de la mauvaise stratégie de communication. En collaboration avec les points focaux communautaires, il est nécessaire de développer du matériel de communication pour sensibiliser à la tuberculose et aux obstacles à l'accès.

Domaines de services : De nombreuses organisations mènent une sensibilisation et une éducation sur la tuberculose, tandis que peu sont impliquées dans la prestation de services de tuberculose (par exemple, détection active des cas, transport des expectorations, soutien à l'observance du traitement, etc.). Pour que les interventions communautaires soutiennent la vision de l'élimination de la tuberculose, il est nécessaire d'identifier et de cartographier les acteurs de la prestation de services communautaires qui assurent la prévention de la tuberculose, le dépistage communautaire des cas et l'observance du traitement. Identifier les lacunes et les opportunités pour intensifier la prestation de services en particulier pour les populations clés et vulnérables, identifier les besoins des bénéficiaires et les moyens possibles de les combler, ainsi que fournir une expertise technique aux OSC travaillant sur le terrain grâce au renforcement des capacités.

Populations clés : Une seule OBC facilite l'accès aux services et aux soins de la tuberculose (y compris la réduction de la stigmatisation) pour les réfugiés. Compte tenu des activités que le HCR met en œuvre et du réseau des organisations communautaires avec lesquelles il s'engage et travaille, des organisations

sélectionnées de ce groupe devraient être identifiées et invitées à rejoindre le réseau. Les activités liées à la tuberculose des OSC devraient passer du dépistage passif au dépistage actif (transport des expectorations et diagnostic) comme mentionné ci-dessus. De cette manière, de nouveaux cas de tuberculose seront diagnostiqués et mis sous traitement. Il est nécessaire d'intensifier les services et les soins de lutte contre la tuberculose à base communautaire pour atteindre d'autres populations vulnérables, y compris les personnes vivant avec le VIH (couvertes par 16% des OSC) et les prisonniers (14% des OSC). Il serait également important de tirer parti des réseaux de lutte contre le VIH pour renforcer les capacités afin d'inclure également la tuberculose dans leur travail. Étant donné que la population clé ne vit pas seulement dans une pauvreté abjecte, mais vit également dans des zones rurales ou dans des prisons où l'accès aux soins est très difficile. Nous pensons que si les OSC en collaboration avec le PNLT peuvent cartographier les emplacements géographiques, les nombres estimés de populations clés et la prévalence estimée de la tuberculose parmi les populations clés, alors mener des entretiens pour identifier les obstacles structurels à l'accès pour chaque population clé, ainsi que les obstacles à l'accès réduiraient l'écart. Enfin, identifiez les actions dont les OSC, les PNLT et les prestataires de services auront besoin pour répondre aux besoins des populations clés.

Lacunes perçues et obstacles au succès : Dans la mesure où le Cameroun est un pays à faible revenu, il existe plusieurs obstacles et lacunes qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose. Certains d'entre eux sont d'ordre technique, administratif, financier, etc. Par conséquent, pour surmonter, certains de ces obstacles, sinon tous, les OSC devraient identifier l'assistance technique dont elles ont besoin, le cas échéant, et rechercher comment elle peut être fournie. Le Cameroun est un pays avec une très bonne politique de santé en général et TB en particulier qui n'est malheureusement pas applicable. Il serait utile de cartographier les décideurs aux niveaux appropriés, d'utiliser les informations générées par l'exercice de cartographie (obstacles à l'accès, lacunes dans les services et portée géographique, en particulier pour les populations clés) pour identifier les domaines de plaidoyer politique.

8 Résultats de la recherche qualitative

8.1 Informations générales

8.1.1 L'insuffisance de connaissances sur la tuberculose

Cette étude révèle que les connaissances sur la tuberculose sont limitées (non maîtrisées), non actualisées et fondées sur des mythes et fausses croyances chez les personnes infectées par la maladie et les sujets contacts. En analysant les informations collectées lors de cette évaluation, l'on peut constater que certaines personnes estiment que sa contraction est le fruit d'un mysticisme ou d'une malédiction. Un prisonnier de sexe masculin interrogé à la prison de Nanga-Eboko en zone semi-urbaine affirme ceci : « *_c'est la sorcellerie on lance seulement* » ; « *_chez nous c'est une maladie qu'on lance* »
« *_c'est une maladie des gens qui ont le sida* ».

Cette perception est la même chez certains patients : « *_c'est la malédiction.* » (*Focus group, Patients TB de la ville de Yaoundé*)

8.1.2 Les conditions sociales

La situation carcérale des détenus au Cameroun reste préoccupante avec une surpopulation dans presque toutes les prisons du pays. Les ressources limitées de l'administration pénitentiaire ne favorisent pas les situations idoines de prévention de la tuberculose. L'étude a révélé des situations contextuelles chez les détenus pouvant être des risques de contamination. Les participants ont notamment cité l'inobservance des règles d'hygiène, et le tabagisme.

« Vous voyez les gens qui mangent avec la même cuillère, d'autres qui fument la même cigarette, ils se partagent entre cinq ou six amis. » (Interview, prisonnier Kondengui)

« C'est la promiscuité, ils sont serrés et certain ne pratique pas l'hygiène, il faut beaucoup forcer pour qu'ils se lavent. Il y a quelques-uns qui respectent, mais d'autres ne le font pas. » (Focus group, prisonnier Eséka)

Dans le même ordre d'idées, les travailleuses du sexe ne sont pas en mesure de contrôler leurs environnements à risque en raison de la nature de leur travail :

« Plus exposées, ce sont les travailleuses de sexe. Elles ne savent pas avec qui elles vont avoir des relations » (Interview, Leader d'OSC de Transgenre)

« Je pourrais aussi appuyer un peu sur le cas du sexe, parce que celle qui fait ce travail, elle ne sait pas quel genre de personne vient à elle, elle prend tout le monde, elle peut être en contact avec une personne vivant avec la tuberculose sans le savoir et que la personne tousse pendant les rapports » (Interview, Leader d'OSC de transgenre)

8.1.3 La pauvreté

La pauvreté occupe une place importante dans les vulnérabilités face à l'infection à la tuberculose. Selon le PNUD, la pauvreté est définie comme étant « la négation des opportunités et des perspectives fondamentales sur lesquelles reposent tout développement humain : vivre une vie longue, saine, constructive, et jouir d'un niveau de vie décent, ainsi que de la liberté, de la dignité, du respect de soi-même et d'autrui » (CNES & PNUD, 2007). Au vu de ce qui précède, c'est l'approche multidimensionnelle de la pauvreté qui est soulignée, se traduisant à la fois par l'absence d'autonomie financière des sujets TB, ce qui les rend incapables d'appliquer les principes de l'observance thérapeutique en lien avec une alimentation équilibrée.

En fait, il ressort des entretiens réalisés avec les leaders identitaires membre de la plateforme RITA, qu'elles sont confrontées au rejet à partir de la cellule familiale et au sein de leurs communautés. Du fait du manque d'opportunité de formation et d'emploi causé par leurs identités sexuelles, elles sont majoritairement sous scolarisées et évoluent dans un environnement de forte précarité avec pour seul recours de subsistance le travail du sexe. Se pose ainsi l'épineuse question des comorbidités (IST/VIH/TB/Hépatites B).

« Je pourrais aussi appuyer un peu sur le cas du sexe, parce que celle qui fait ce travail, elle ne sait pas quel genre de personne vient à elle, elle prend tout le monde, elle peut être en contact avec une personne vivant avec la tuberculose sans le savoir et que la personne tousse pendant les rapports » (Interview, Leader d'OSC de transgenre)

En outre, l'on a aussi pu relever à travers cette étude les environnements à risque du fait de la promiscuité des refuges associatifs. C'est des quartiers populeux et très pauvres où l'on est obligé à partager un petit espace par plusieurs personnes. C'est le cas dans les zones de grandes concentrations humaines doublées de l'inobservance de mesures d'hygiène :

« Par exemple dans un quartier comme la Briqueterie ou Carrière, Obili, on peut retrouver 15 personnes dans une maison. S'il y a par exemple une personne qui a la TB dans une telle maison. S'ils n'ont pas la notion d'ouverture des portes et fenêtres le matin, la personne malade pourrait contaminer son entourage, s'il ne sait pas les protéger. » (Interview, Leader d'OSC)

Les déclarations susmentionnées sont corroborées par le Bureau Pays de l'OMS dans son Evaluation de la surveillance TB – Cameroun – Décembre 2019 Figure 31 (Bekou, 2019).

8.2 Situation actuelle de l'accès et du recours aux services TB chez les populations clés

Le Cameroun est signataire du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ICESR). L'article 12 du Pacte reconnaît le droit de toute personne à "jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint". La « santé » est comprise non seulement comme un droit d'être en bonne santé, mais comme un droit de contrôler sa propre santé et son corps (y compris la reproduction), et de ne pas subir d'interférences telles que la torture ou l'expérimentation médicale. Les États doivent protéger ce droit en veillant à ce que toute personne relevant de leur juridiction ait accès aux déterminants sous-jacents de la santé, tels que l'eau potable, l'assainissement, la nourriture, la nutrition et le logement, et grâce à un système complet de soins de santé, accessible à tous sans discrimination, et économiquement accessible à tous. Le droit à la santé est un droit inclusif qui s'étend non seulement à des soins de santé opportuns et appropriés, mais aussi aux déterminants sous-jacents de la santé, tels que l'accès à l'eau potable et à un assainissement adéquat, un approvisionnement adéquat en aliments sains, la nutrition et le logement, conditions de travail et d'environnement sains.

Cinq formations sanitaires prenant en charge la tuberculose ont été visitées dans 3 villes (Yaoundé, Nanga – Eboko et Mfou). Le cadre AAAQ (Disponibilité, Accessibilité, Acceptabilité et Qualité) a servi de base pour l'évaluation.

8.2.1 Disponibilité

Cette évaluation révèle dans les résultats d'analyse qu'il y a carence de formations sanitaire spécialisée dans la prise en charge de la tuberculose,

« Actuellement au Cameroun il va falloir que les soins en matière de lutte contre la tuberculose soient le plus étendus dans toute la périphérie, afin d'accroître le nombre de points de santé et faciliter la résolution de la TB. » (Interview, leader d'OSC)

« Pour améliorer la lutte il faudrait qu'il y ait des prises en charges dans toutes les formations sanitaires. » (Interview, leader d'OSC)

« Il faut disposer dans tous les hôpitaux, de centre de santé et de clinique des antituberculeux en grande quantité. » (Interview, personnel de santé).

En effet Selon le rapport 2019 de l'enquête SDI/HFA/DQR ; les services de lutte contre la tuberculose sont disponibles dans 18% des formations sanitaires.

8.2.2 Accessibilité

L'accessibilité financière, est le problème majeur de la lutte contre la tuberculose au Cameroun. C'est une remarque qui a été soulignée à la fois par le personnel de santé et les gardes malades dans les formations sanitaires. Les patients manquent de ressources financières car toutes les étapes du processus de traitement ne sont pas gratuites, particulièrement les examens et les frais liés à l'hospitalisation et les comorbidités :

« Si c'est gratuit, les gars ne vont pas hésiter ils vont se rendre à l'hôpital pour le dépistage mais si les gens parlent déjà de 2500FRS – 5000FRS, en fonction de la catégorie professionnelle de tout un chacun. Il y a peut-être certaines personnes qui passent parfois toute une semaine sans toutefois toucher 500frs et combien de fois sortir 2500frs et aller se faire dépister à l'hôpital. » (Interview, sujet contact)

« Il faut donc une gratuité des médicaments et des examens car beaucoup de personnes abandonnent car ils sont incapables de faire ces moult examens. » (Interview, leader d'OSC)

« Il faudrait prendre en charge tous les malades malgré le fait que la plupart d'entre eux soient démunies. » (Interview, personnel de santé)

« La prise en charge sur toute la chaîne, la gratuité quoique nous soyons dans un pays à revenu intermédiaire. Si la prise en charge était gratuite ça aiderait non seulement les populations atteintes, mais aussi soulagerait les familles. La gratuité du médicament, augmenter le budget du financement de la tuberculose. » (Interview, personnel de santé)

« Le régisseur se bat à son niveau, se bat quand même comme il peut pour que quand quelqu'un est malade, il fait les efforts pour l'envoyer à l'hôpital pour le peu qu'il peut faire, si le malade n'a pas de famille. Il ne peut pas tout faire, il fait le minimum qu'il peut. » (Interview, prisonnier)

L'accessibilité physique est également un défi pour la prise en charge de la tuberculose au Cameroun.

« Une comme nous, les difficultés qu'on rencontre pour la prise en charge c'est qu'on vit loin des hôpitaux on vit très loin des hôpitaux donc c'est un peu difficile d'arriver dans un centre où on prend soins des malades. » (Interview, sujet contact)

Dans l'ensemble, le système est relativement « passif » attendant la venue du malade aux centres de santé, lesquels centres sont très éloignés de la population (distance moyenne de 50km). L'offre des soins est très insignifiante avec 259 CDT pour 25 millions d'habitants, soit 1 CDT pour 96.000 habitants, pour un vaste pays de 475.000km.

En outre, les observations faites sur les sites constatent que l'information n'est pas disponible sur les prestations offertes ainsi que les affiches sur les droits des patients.

8.2.3 Acceptabilité

Nous avons analysé si les services respectent la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés. Sont-ils conçus pour respecter les normes éthiques et professionnelles ? Les prestataires de services respectent-ils la confidentialité et le consentement éclairé ? Les services sont-ils sensibles au sexe et à l'âge ? Est-ce que la configuration de la distribution des sites prend en compte les considérations culturelles ?

Dans ce contexte, l'orientation sexuelle semble être un facteur dominant de faible accès aux services.

« Les HSH il faut comprendre que ces sont des personnes vulnérables à cause des pratiques sexuelles qu'ils font, c'est aussi important de savoir que la tuberculose est pour le VIH une maladie opportuniste et peut de fois marcher avec elle ... » (Interview, Leader d'OSC)

Plus encore, les leaders d'OSC pensent que le stigma et la discrimination dont sont victimes les personnes homosexuelles et transgenres limitent leurs accès à des soins et traitement de qualité et les exposent fortement à la TB :

« Il faut noter que ce sont des personnes un peu plus exposées à la maladie et un peu plus vulnérables. Ils ont pour habitude de cacher la maladie de peur d'être davantage stigmatisées par la société et les proches. » (Interview, Leader d'OSC)

En outre, les observations faites sur les sites constatent que les prestations de soins n'ont pas connaissance des « Standard Internationales des Soins de TB ». La conséquence immédiate est que les services sont peu centrés sur les patients. En effet, nous avons assisté à une discussion entre un patient et une infirmière dans un CDT. En raison du retard du patient, l'infirmière s'est exprimée en ces termes

"Les gars, on veut vous aider, vous voulez continuer à vous amuser avec vos vies... vous pensez que c'est mon problème ? Pas de chance".

8.2.4 Qualité de services

L'observation directe des structures de soins telles que l'infirmerie de la prison centrale de Kondengui et de la prison principale de Nanga-Eboko, révèle un ensemble d'obstacles tels que le plateau technique non adapté et insuffisant ne permettant pas d'offrir des soins de qualité au sein des formations sanitaires spécialisées dans la TB. A cela s'ajoute une attitude non conviviale des personnels de santé et la stigmatisation. Ci-joint quelques témoignages enregistrés au cours des interviews :

« Rendre les services de prise en charge plus accueillant, plus amicaux. »

(Interview, personnel de santé),

L'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines de santé dédiées à la riposte à la TB

Les nombreuses pratiques de stigmatisation au sein des établissements de soins et en communauté sont autant de défis auxquels font face les patients rencontrés :

« Parfois les personnels de santé font l'anti campagne pour décourager les gens à venir à l'hôpital. » (Interview, leader d'OSC)

« Seulement le nom de la maladie fait qu'on te regarde autrement. » (Interview, patient TB)

8.3 Obstacles liés aux droits de l'homme aux services TB

8.3.1 Stigmatisation

L'étude révèle qu'elle est bien présente et que dans la majorité des cas, les amis et les proches des personnes infectées s'éloignent de ces dernières, car ayant peur d'être contaminés :

« Quand j'ai eu la tuberculose je croyais que j'allais mourir mon oncle est venue m'abandonner à l'hôpital disant qu'il viendra avec mon cercueil. » (Interview, patient TB)

« Un bailleur a rejeté un cas à cause de sa maladie, motivé par ses amis pour avoir échangé sur le cas au bar. » (Interview, leader d'OSC)

« Bien sûr dès le départ quand tu dis à un frère ou à un proche que tu es infecté, dès le départ tu es rejeté par tout le monde puisqu'ils vont te fuir de peur d'être contaminés. » (Focus group, prisonnier)

« Je me rappelle avant d'être malade je travaillais avec des gens depuis le jour où on découvre que j'ai cette maladie ces gens m'ont fui ; ils se sont éloignés de moi. » (Interview, prisonnier)

Dans certains cas également, il s'agit de l'auto-stigmatisation des patients. Ceci concerne particulièrement les personnes malades appartenant à des groupes spécifiques tels que les homosexuels, les transgenres comme révélé par le personnel de santé et les leaders d'OSC :

« J'ai dit que je n'avais pas connaissance des cas de rejet à cause de l'appartenance sexuelle du patient. Ce sont ces patients eux-mêmes qui s'auto

stigmatisent car il n'y a pas de relation étroite entre le sexe et la maladie, entre le sexe et le traitement. » (Interview, leader d'OSC)

« Nous travaillons sur des personnes comme les transgenres et les homosexuels sans aucune stigmatisation, nous avons d'ailleurs quatre infirmiers qui ont pour rôle de s'occuper exclusivement de cette catégorie. » (Interview, personnel de santé)

Toutefois, les personnes infectées de façon générale reconnaissent que l'accompagnement d'un proche, quand il est réel dans quelques rares cas, il peut être très bénéfique :

« Quand vous avez une maladie pareille, beaucoup vous fuient, en dehors des intimes qui veulent du bien de toi. Je remercie Dieu de m'avoir donné une bonne épouse. Quand tu souffres d'une telle maladie, il faut avoir une bonne épouse. » (Interview, patient TB)

« Après le diagnostic, directement j'ai été obligé d'informer ma famille puisque c'est ma famille qui s'est occupée de moi pendant tout mon internat, mon séjour à l'internat à l'hôpital. » (Focus group, patient TB)

La stigmatisation de la société vis-à-vis des malades de la tuberculose génère une stigmatisation internalisée chez le patient :

« Ces patients cachent leurs diagnostics à leurs familles, à leurs amis et parfois à leurs partenaires de peur d'être davantage vu négativement dans la société. » (Interview, leader d'OSC)

« La stigmatisation comme je le disais déjà, la peur du regard de la société les pousse à cacher la maladie. La stigmatisation de cette maladie est égale à celle du VIH. » (Interview, leader d'OSC)

« J'avais peur d'aller à l'hôpital car cette maladie fait honte. » (Interview, patient TB)

8.3.2 Droit à l'information

Dans ce contexte, cela signifie qu'une personne soumise à un test de tuberculose devrait recevoir un minimum d'information à propos de la tuberculose et les raisons du test. Bien plus, les personnes à qui on demande de suivre un traitement contre la tuberculose devraient recevoir des informations, les bénéfices et les risques de cette intervention. En ce qui concerne le droit à l'information, l'étude révèle que les patients de tuberculose ne sont pas systématiquement bien informés sur la maladie, ses implications et surtout le processus de traitement :

« C'est déjà très difficile parce que quand on détecte la maladie on ne nous dit pas exactement quand est-ce qu'on a eu cette maladie si on reproduit les dates on pouvait voir à quelle date ça s'est produit. » (Focus group, prisonniers)

« Le docteur te prescrit des tests pour déterminer que la TB est pulmonaire. Il m'a annoncé cela en disant que j'ai une infection pulmonaire. Il faut seulement s'assumer et prendre des remèdes. » (Interview, patient TB)

« On pourrait apporter des informations qui pourraient renseigner la population sur la maladie. » (Interview, sujet contact)

8.3.3 Droit à la vie privée

Cette étude révèle que les informateurs clés que sont les leaders d'OSC et les personnels de santé, respectent scrupuleusement la vie privée des patients qui sont sous leur charge :

« Nous ne sommes pas dans la vie intime des patients quand on rencontre un malade on ne s'intéresse pas à son orientation sexuelle mais à comment l'aider et comment faire sa prise en charge. » (Interview, leader d'OSC)

Les personnels de santé ajoutent une crainte des personnes malades de tuberculose :

« Les hommes je le disais déjà ont honte et ont peur de la divulgation de leurs statuts en société. Par exemple j'ai reçu un monsieur mais c'est très tard dans la nuit qu'il est arrivé à l'hôpital parce qu'il avait peur d'être remarqué ou vu comme une personne malade. Il y a donc cette peur de la divulgation du statut du malade par les hommes que part les femmes. » (Interview, personnel de santé)

8.4 Obstacles liés au genre dans les services TB

L'évaluation CRG a révélé que ce soit du point de vue des populations clés ou de celui des informateurs clés, que les populations vivent dans une société essentiellement patriarcale en ce qui concerne les normes culturelles acquises. La place de la femme est essentiellement domestique, la décision même sur la maladie revenant à l'homme :

*_ « c'est elle qui s'occupe de la maison
_ elle est la mère de la famille
_ la mère s'occupe de la maison, des enfants ,de faire à manger
_ la femme c'est le ministre de l'intérieur
_ la femme éduqué les enfants » (Interview, patient TB)*

« Il y a des personnes qui pensent que la femme n'a pas droit au même salaire que l'homme quand bien même elle bénéficie d'un congé de maternité. Certains pensent que la femme doit dire oui à toutes les préoccupations de l'homme » (Interview, leader d'OSC) Anto

« Les sociétés traditionnelles africaines ont de conception qui mettent l'homme comme le chef de famille et la femme comme celle qui s'occupe du ménage et des enfants. La femme devient donc celle qui doit s'occuper des enfants pendant que l'homme trouve de quoi mettre sur la table. Ils sont de comportement négativistes en ce qui concerne le droit de la femme. » (Interview, leader d'OSC)

« Généralement nous savons que c'est la femme qui éduque parce que c'est elle qui est en contact avec les enfants. Pourtant l'homme est celui sort chercher de l'agent pour gérer les dépenses et les factures de la maison. » (Interview, Personnel de santé)

« Le rôle de la femme dans la famille et la société est de celle d'éducatrice, celle qui est toujours à la routine d'informer ses enfants des différentes maladies ravageuses de la société. Pour permettre à ces derniers d'être averti. » (Interview, Prisonniers)

On découvre également une société camerounaise où il existe encore des divorces sur la base de la tuberculose :

« Nous avons constaté des cas de divorce dans le cas où le mari se rend compte que l'épouse est malade de tuberculose. » (Interview, leader d'OSC)

Mais il est tout de même relevé que des changements sociaux peuvent être opérés si sensibilisation efficace est faite. La vaccination est citée à titre d'exemple :

« J'avais un blocage à un certain niveau pour vacciner les enfants, j'ai sensibilisé les encadreurs des écoles coraniques, les Imans des mosquées qui ont fait le reste et aujourd'hui nous avons un accès libre pour vacciner leurs

enfants et je vous conseille la même approche peu importe la cible et cherchez quelle approche à utiliser pour les sensibiliser et leur expliquer afin de faciliter le travail des OBC » (interview, leader d'OSC)

8.5 Engagement communautaire

L'évaluation a recherché à comprendre si les personnes touchées par la tuberculose sont véritablement engagées dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la riposte antituberculeuse. Dans la perception commune, l'engagement communautaire se limite aux agents de santé communautaire. En réalité, les personnes touchées par la tuberculose ne sont pas considérées comme des partenaires dans la prestation de soins, mais sont plutôt placées comme une tâche des prestataires de soins de santé.

« Le rôle dans la réponse à la tuberculose au niveau communautaire est d'amener les patients d'aller à l'hôpital pour se faire diagnostiquer. » (Interview, leader d'OSC)

La réponse communautaire est plus orientée dans le cadre de la sensibilisation sur la tuberculose, mais également dans la détection et l'accompagnement vers des formations sanitaires des cas suspects pour des dépistages et des prises en charge en cas de résultats positifs :

« Je joue le rôle de mobilisatrice. Je mobilise les communautés de mon aire de santé n'ayant pas assez de moyens pour élargir le champ d'intervention. Je mobilise et je réfère dans les centres de prise de charge tels l'Hôpital de District de DJOUNGOLO situé à moins de deux kilomètres de moi donc voilà le rôle que je joue. Quand je suis en communauté, si je trouve un cas de toux persistante, j'essaie de sensibiliser, je mobilise le patient, je le réfère et parfois moi-même je l'accompagne à l'hôpital pour qu'il n'y ait pas de perdus de vue où il est pris en charge » (Interview, leader d'OSC)

Des exemples d'engagement, consultations et responsabilisation ont très peu été évoqués lors des interviews.

9 Synthèse

9.1 Populations clés :

- Les détenus, les PVVIH, les personnes contacts, les réfugiés/déplacés et les enfants auraient besoin d'une attention supplémentaire si l'on veut éliminer la tuberculose au Cameroun
- Les données sont inexistantes pour les personnes contacts
- Il y a un manque de données pour permettre au PNLT du Cameroun de faire face aux risques, aux facteurs de risques et aux obstacles à l'accès aux services auxquels les populations clés sont confrontées ?

9.2 Barrières d'accès aux services :

- L'insuffisance de connaissances sur la tuberculose
- Conditions sociales précaires des groupes vulnérables tel que les prisonniers et les habitants des bidons villes
- Faible disponibilité des services : Parmi les maladies transmissibles, les services de lutte contre la tuberculose sont les plus rares car 18% des formations sanitaires enquêtées en disposent

- L'accessibilité financière, est le problème majeur de la lutte contre la tuberculose au Cameroun. Les patients manquent de ressources financières car toutes les étapes du processus de traitement ne sont pas gratuites, particulièrement les examens et les frais liés à l'hospitalisation et les comorbidités
- L'acceptabilité des soins, n'est pas prise en compte dans la programmation
- Uniquement 0,9% des patients tuberculeux reçoivent des soins de façon appropriée, ce qui représente un faible score de la qualité de soins offerts aux patients tuberculeux.

9.3 Environnement Juridique

- La législation Camerounaise est silencieuse sur la tuberculose. Certaines dispositions communes favorables à la santé sont insuffisamment mises en œuvre
- Le déficit est énorme en termes d'interventions programmatiques fondées sur les droits, notamment le renforcement des lois, des politiques et des réglementations ; la réduction de la stigmatisation et de la discrimination ; l'amélioration de l'accès à la justice et de l'application des lois et des politiques pour améliorer la réponse à la tuberculose ?
- Le CNLT est un comité interministériel qui est présidé par le Ministre de la Santé Publique. Cependant il est peu fonctionnel.

9.4 Violation des droits humains :

- Surpopulation carcérale et absence d'application des mesures de peine alternatives
- Aucune action de promotion des droits des patients
- Licenciement abusif pour cause de maladie tuberculose sans compensation
- Faible application des dispositions réglementaires sur la protection de la confidentialité et le secret médical

9.5 Stigmatisation :

- La tuberculose est perçue au Cameroun comme une maladie stigmatisant
- Les personnes atteintes de tuberculose sont stigmatisées au niveau familiale, en communauté, dans le travail et tout au long du parcours des soins
- Très peu de réponses sont apportées à la lutte contre la stigmatisation et discriminations des personnes touchées par la TB. La communication est le volet le plus sous financés du PNLT
- La littérature scientifique disponible pour éclairer l'élaboration des stratégies nationales est peu utilisée

9.6 Genre

- La faible mise en œuvre des directives et politiques nationales de promotion du genre, impacte sur la dynamique sociale de la vulnérabilité à la tuberculose, l'accès aux soins et les résultats de traitement.
- La prise en compte d'indicateurs sensibles au genre pourraient apportés des changements à la mise en œuvre des programmes pour passer d'une approche ignorante des sexospécificités à une approche qui tient compte des sexospécificités et, en fin de compte, à une approche transformative ?
- La tuberculose est motif de divorce dans la famille

9.7 Engagement communautaire

- Une réponse communautaire centrée sur la prestation de services avec comme référentiel l'agents de santé communautaire
- Les communautés participent dans l'élaboration des politiques ; cependant elles peinent à influencer le débat et la prise de décisions

- Il n'y a pas de mécanisme de suivi des engagements à mettre fin à la tuberculose au niveau communautaire.

10 Discussions

Les questions d'évaluation ont concerné les cinq domaines suivants : (i) les populations clés y compris les barrières d'accès (ii) l'environnement juridique y compris les violations des droits, (iii) la stigmatisation, (iv) le genre et (v) l'engagement communautaire. Elle se résume par la question des droits de l'homme dans l'accès aux services de prévention, de soins et soutien dans la réponse tuberculose. Cette section est élaborée à la lumière du document de référence sur les droits de l'homme commit par GCTA en juillet 2020⁵⁶.

Les droits de l'homme sont au cœur de la stratégie de lutte contre la tuberculose de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de la Déclaration politique des Nations Unies (ONU) sur la lutte contre la tuberculose et du Plan mondial du partenariat Halte à la tuberculose pour mettre fin à la tuberculose 2018-2022. Le troisième principe de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose appelle à « [la Protection et la promotion des droits de l'homme, de l'éthique et de l'équité ». La Déclaration politique des Nations Unies engage les pays à une « réponse globale... qui s'attaque aux déterminants sociaux et économiques de l'épidémie et qui protège et respecte les droits humains et la dignité de tous. » Et le Plan mondial pour mettre fin à la tuberculose 2018-2022 déclare que, pour mettre fin à la tuberculose, les gouvernements nationaux doivent « Transformer la riposte à la tuberculose pour qu'elle soit équitable, fondée sur les droits et centrée sur les personnes, avec des efforts proactifs pour atteindre les populations clés ».

Le Cameroun est caractérisé par son laxisme dans la mise en œuvre des directives et conventions agréées. Ceci impacte dans son ensemble la qualité de l'accès aux soins et services.

10.1 LES POPULATIONS CLES

Un défi pour l'élimination est l'existence de poches de tuberculose dans la société, concentrées parmi les plus vulnérables, comme les sans-abri, les toxicomanes, les alcooliques et les prisonniers, qui peuvent être plus à risque d'exposition, vivent dans de mauvaises conditions où on un accès limité aux services de santé. Si la tuberculose n'est pas combattue dans ces groupes vulnérables, elle ne sera pas éliminée. En outre, il existe un risque que la maladie se propage à une population plus large et que des cas plus résistants aux médicaments surviennent, ce qui signifie la survenue de cas plus graves, voire incurables, avec des coûts élevés pour les systèmes de santé et la société. Par conséquent, il est essentiel de s'assurer que tous les groupes vulnérables sont correctement identifiés.

⁵⁶ Brian Citro, *Activer une réponse à la tuberculose fondée sur les droits de l'homme : Une note technique pour les décideurs et les gestionnaires de programmes*, Global Coalition of TB Activists, Stop TB Partnership, Northwestern Pritzker School of Law Center for International Human Rights (Juillet 2020).

Au Cameroun, même si nous ne prenons pas en compte cette assertion d'un responsable de formation sanitaire selon laquelle, *"les groupes vulnérables du PNLT ont été pris en compte à partir de la liste envoyée par l'OMS"*; on constate quand-même qu'il manque des données pour avoir une compréhension holistique des populations clés. A l'issu de l'exercice de priorisation des populations clés dans cette évaluation ; les personnes contacts ont été identifiées comme une population prioritaire. Les détenus, les PVVIH, les personnes contacts, les réfugiés/déplacés et les enfants auraient besoin d'une attention supplémentaire si l'on veut éliminer la tuberculose au Cameroun.

Le document de plaidoyer de l'organisation ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) indique que les coûts des mesures de santé publique spécifiques destinées aux groupes vulnérables pourraient être plus élevés que ceux des mesures standard. Cependant, la prévention du développement d'une tuberculose pharmaco résistante peut entraîner des économies substantielles à l'avenir⁵⁷. Le PNLT doit identifier une série d'options efficaces pour améliorer, d'une part la connaissance des sous-groupes potentiels qui auraient besoin d'une attention supplémentaire si l'on veut éliminer la tuberculose et d'autre part renforcer le diagnostic précoce et l'achèvement du traitement. Les stratégies nationales doivent être adapter aux besoins particuliers des populations clés en fonction de leurs spécificités.

10.2 LES BARRIERES D'ACCES

Nombre des facteurs qui augmentent la vulnérabilité d'une personne à la tuberculose (TB) ou réduisent son accès aux services de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose sont associés à sa capacité à réaliser ses droits humains. Une approche de la prévention, du traitement et des soins de la tuberculose fondée sur les droits de l'homme peut aider les responsables de programme, la société civile et d'autres partenaires de la tuberculose à surmonter les nombreux obstacles à une prévention, un traitement et des soins efficaces de la tuberculose. La tuberculose est profondément enracinée dans la pauvreté. La pauvreté et le faible statut socio-économique ainsi que les barrières juridiques, structurelles et sociales empêchent l'accès universel à une prévention, un diagnostic, un traitement et des soins de qualité contre la tuberculose. La promotion et la réalisation des droits de l'homme sont essentielles pour surmonter ces obstacles, réduire la vulnérabilité des populations à la tuberculose et assurer une réponse efficace à la tuberculose, ainsi que pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et accroître l'impact sur la santé, le développement et les droits de l'homme de manière plus générale.

Même si la tuberculose a dépassé le VIH en tant que principale cause de mortalité des maladies infectieuses dans le monde et que la menace mondiale de la tuberculose multi résistante continue de croître, les approches de lutte contre la maladie restent principalement biomédicales⁵⁸. Ces méthodes et approches traditionnelles dominent les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et elles ignorent largement les facteurs sociaux, économiques et structurels sous-jacents à l'épidémie et à la résistance aux médicaments. Pendant ce temps, les fardeaux les plus élevés de la tuberculose existent là où la vulnérabilité et la marginalisation augmentent le risque d'infection et de maladie et érigent des barrières à l'accès aux services de dépistage et de traitement.

Au Cameroun, ces barrières sont matérialisées par une faible accessibilité financières des groupes vulnérables tel que les prisonniers et les habitants des bidons villes. Les patients manquent de

⁵⁷ ECDC POLICY BRIEFING, *Interventions in vulnerable groups are the key to eliminating tuberculosis in Europe*, 2014

⁵⁸ World Health Organization. *Global TB report 2015*. WHO; 2015. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

ressources financières car toutes les étapes du processus de traitement ne sont pas gratuites, particulièrement les examens et les frais liés à l'hospitalisation et les comorbidités. D'autres groupes vulnérables sont également confrontés à la disponibilité et à la qualité des services. En effet, parmi les maladies transmissibles, les services de lutte contre la tuberculose sont les plus rares car 18% des formations sanitaires en disposent. Ceci entraîne des coûts supplémentaires de transport. Uniquement 0,9% des patients tuberculeux reçoivent des soins de façon appropriée, ce qui représente un faible score de la qualité de soins offerts aux patients tuberculeux. Ces faiblesses se résument à un niveau de réalisation limité du droit à la santé chez les populations clés de la tuberculose au Cameroun. Les données qualitatives de l'évaluation ont également démontré que la connaissance sur la tuberculose est également limitée chez les groupes les plus vulnérables. De ce fait ; les autorités de santé publique doivent être conscientes que dans ces groupes, les personnes présentant des symptômes ne chercheront pas nécessairement des soins médicaux et ne suivront pas toujours leur traitement une fois le diagnostic posé. Par conséquent, des mesures spécifiques sont nécessaires pour relever ces défis.

10.3 L'ENVIRONNEMENT JURIDIQUE

Le Plan mondial du partenariat Halte à la tuberculose pour mettre fin à la tuberculose : *“le changement de paradigme 2018-2022”* appelle à une approche de la tuberculose fondée sur les droits de l'homme et le genre. L'approche est fondée sur le droit international, régional et national qui établit les droits à la santé, à la non-discrimination, à la vie privée, à la liberté et à la sécurité de la personne, à la liberté de mouvement, à l'alimentation, à l'eau et à l'assainissement, et les avantages du progrès scientifique, entre autres. Le Plan mondial présente des recommandations pour améliorer la portée et la qualité des interventions médicales actuelles contre la tuberculose, fournit des stratégies d'investissement en ressources pour différentes régions et reconnaît que les programmes de lutte contre la tuberculose ne réussiront que si les programmes mondiaux et nationaux utilisent des approches fondées sur les droits de l'homme et l'équité entre les sexes.

La stratégie de lutte contre la tuberculose de l'OMS reconnaît «la protection et la promotion des droits de l'homme, de l'éthique et de l'équité » comme l'un des quatre principes essentiels pour mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose. Les objectifs Halte à la tuberculose et de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose exhortent les parties prenantes nationales à élaborer des interventions antituberculeuses axées sur le lien entre la protection des droits de l'homme et l'efficacité et l'efficience des ripostes nationales à la tuberculose. Cependant au Cameroun, la législation est silencieuse sur la tuberculose et les dispositions internationales et régionales ratifiées par le pays sont méconnues par les principaux acteurs. Même les opportunités comme le plan spécial de réduction des barrières du Fonds mondial à partiellement bénéficiées à la réponse tuberculose. Les interventions ont plus focalisé sur le VIH.

Brian Citro, dans un article publié en 2016, indique que la communauté mondiale ne peut plus se permettre de lutter contre la tuberculose exclusivement par des approches biomédicales et fondées sur la santé publique - pas lorsque des millions de personnes continuent de souffrir et de mourir chaque année d'une maladie séculaire qui est à la fois évitable et traitable. Reconnaître et réaliser les droits des personnes atteintes de tuberculose, et faire respecter les obligations correspondantes des

gouvernements et d'autres acteurs clés, est une partie nécessaire et essentielle de nos efforts continus pour éliminer la maladie et traiter ceux qui en souffrent actuellement⁵⁹.

10.4 VIOLATIONS DES DROITS HUMAINS

Le non-respect de la vie privée et la confidentialité, le droit à l'information et la liberté sont des violations des droits humains. Selon le guide sur les droits humains produit par GCTA en 2020 ; le droit à la vie privée et à la confidentialité comprend le droit de garder confidentielles les informations personnelles sur la santé. Cela signifie que les personnes touchées par la tuberculose ont le droit à la vie privée pour toutes les questions liées à leur santé, y compris si elles sont infectées ou atteintes de la tuberculose. La révélation, le partage ou le transfert de renseignements personnels sur la santé - par voie électronique ou autrement - n'est autorisé que si cela est fait avec le consentement éclairé de la personne et aux fins de ses soins ou pour protéger la santé publique. Le droit à la vie privée et à la confidentialité est établi par la constitution du Cameroun. Le secret médical est aussi mis en exergue dans la politique nationale de santé. Cependant, la présente étude a identifié plusieurs dérives en la matière. Protéger le droit à la vie privée et à la confidentialité des personnes touchées par la tuberculose, y compris pendant la surveillance de la santé publique, la recherche active des cas, le dépistage, la recherche des contacts et la notification des cas, combat la stigmatisation et la discrimination et encourage les comportements de recherche de santé, protégeant ainsi la santé publique. En revanche, le fait de ne pas reconnaître et protéger la vie privée et la confidentialité décourage les personnes touchées par la tuberculose de demander des tests et de commencer un traitement, car elles peuvent craindre la stigmatisation et la discrimination et les conséquences sociales et économiques qui en découlent.

Le droit à l'information comprend le droit de rechercher, de recevoir et de communiquer des informations. Cela signifie que les gens ont le droit à des informations sur la tuberculose qui sont facilement disponibles, facilement accessibles et compréhensibles. Toutes les informations sur la tuberculose doivent être sensibles au genre et à la culture, transmises de manière non technique, dans une langue comprise par la personne qui la reçoit, par des conseillers qualifiés, y compris des personnes qui ont elles-mêmes survécu à la tuberculose. Cela comprend des informations sur l'infection et la maladie tuberculeuses, y compris la prévention, les symptômes, la transmission de la maladie, le contrôle des infections, la durée de l'infectiosité, la résistance aux médicaments et le fait que la tuberculose est une maladie guérissable. Le droit à l'information comprend également des informations sur les services de prévention, de dépistage et de traitement de la tuberculose, c'est-à-dire la « maîtrise du traitement ». Cependant, plusieurs patients enquêtés dans cette étude, ont confirmés leurs limites dans l'accès à l'information. Ceci est dû d'une part, à la surcharge de travail du personnel de santé et d'autre part aux moyens limités du PNLT pour financer des activités de communication. Il est établi que le respect du droit à l'information des personnes touchées par la tuberculose favorise les comportements de recherche de santé et protège la santé publique. Des études menées dans le monde entier montrent que le manque d'informations sur l'infection et la maladie tuberculeuses, y compris sur les symptômes et la façon dont la maladie se propage, expose les personnes à un risque plus élevé de tuberculose ; érige des barrières aux services ; contribue aux retards dans la recherche de soins ; amène les gens à s'auto-stigmatiser et à cacher leur maladie ; et réduit l'observance du traitement.

1 ⁵⁹ Brian Citro et al, *Developing a Human Rights-Based Approach to Tuberculosis*, HHR, juin 2016

Le droit à la liberté protège les personnes atteintes de tuberculose contre la détention arbitraire ou discriminatoire, y compris pour l'isolement ou le traitement involontaires. La détention involontaire, l'hospitalisation ou l'isolement d'une personne atteinte de tuberculose est une privation de liberté dans tous les cas. Conformément au droit à la liberté, l'isolement involontaire n'est autorisé qu'en dernier ressort, dans des circonstances étroitement définies, pour la durée la plus courte possible, et uniquement pour protéger la santé publique - jamais à titre de commodité ou de punition. Le traitement forcé des personnes atteintes de tuberculose lors d'un isolement ou d'une hospitalisation involontaire, ou dans toute autre circonstance, n'est jamais justifié sur le plan éthique et, dans tous les cas, constitue une violation des droits de l'homme. Au Cameroun ; il y a un manque de politiques qui protègent explicitement le droit à la liberté dans le contexte de la tuberculose et qui établissent des règles et des directives claires pour les rares circonstances où l'isolement involontaire est permis. Même si les peines alternatives sont souhaitées par les acteurs du système judiciaire, les documents normatifs tardent à être homologués. Ceci est une conséquence de la surpopulation carcérale. La protection du droit à la liberté des personnes touchées par la tuberculose favorise l'amélioration des résultats de santé individuelle et publique en encourageant les comportements de recherche de santé et en réduisant la stigmatisation.

10.5 STIGMATISATION

La stigmatisation peut être décrite comme un processus dynamique de dévaluation qui discrédite de manière significative un individu aux yeux des autres. Au sein de cultures ou de contextes particuliers, certains attributs sont définis par d'autres comme étant indignes. Lorsqu'on agit sur la stigmatisation, la discrimination peut en résulter.

La tuberculose reste perçue au Cameroun comme une maladie stigmatisant. Les personnes atteintes de tuberculose sont stigmatisées au niveau familiale, en communauté, dans le travail et tout au long du parcours des soins. Les directives des agents de santé communautaire ont des limites pour aborder la stigmatisation dans toute sa complexité. Pourtant le droit de ne pas subir la discrimination est contenu dans la constitution et les différents traités ratifiés par le Cameroun, tels que la Déclaration universelle des droits de l'homme et la Charte africaine des peuples et des libertés.

Les efforts actuels du PNLT du Cameroun sont insuffisant en termes d'approches et d'interventions pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination dans la réponse tuberculose. Elles se limitent le plus souvent aux activités de sensibilisation. Andrew Courtwright⁶⁰ et al affirme que l'approche la plus prometteuse pour réduire la stigmatisation de la tuberculose peut être de donner aux personnes atteintes de tuberculose les moyens de résister aux jugements externes stigmatisants, tout en travaillant à changer les normes communautaires concernant la maladie⁶¹. Par exemple, plusieurs études ont évalué l'impact des clubs de tuberculose en Afrique, sur la stigmatisation perçue de la tuberculose et l'observance du traitement⁶². Ces clubs, qui se composent généralement de trois à 10 personnes atteintes de tuberculose, sont organisés par des agents de santé antituberculeux et se réunissent chaque semaine pour offrir un soutien social, organiser le transport vers les cliniques, encourager l'observance du traitement et surveillent les effets secondaires du traitement. Ils

2 ⁶⁰ Andrew Courtwright, *Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions*, [Public Health Rep.](#) 2010

⁶¹ Heijnders M, Van Der Meij S. *The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions*. *Psychol Health Med.* 2006; 11:353–63

⁶² Macq J, Torfoss T, Getahun H. *Patient empowerment in tuberculosis control: reflecting on past documented experiences*. *Trop Med Int Health.* 2007; 12:873–85

encouragent également le dépistage de la tuberculose parmi les autres membres de la communauté à risque⁶³.

La stigmatisation et la discrimination entraînent un diagnostic et un début de traitement retardés; les défis de l'observance du traitement; augmentation des dépenses associées aux tests et aux traitements; perte de revenu et d'emploi; difficultés à trouver et à maintenir un logement; interruption de l'éducation; les perturbations des relations personnelles et les difficultés à former des familles; et une diminution du statut social et de la qualité de vie, y compris une mauvaise santé mentale.

10.6 LE GENRE

La question de l'intégration du genre dans les opérations de développement au Cameroun reste encore très limitée malgré l'adoption d'une politique nationale de promotion du genre. Ceci peut impacter sur la dynamique sociale de la vulnérabilité à la tuberculose, l'accès aux soins et les résultats de traitement. En effet, la recherche réalisée⁶⁴ au Cameroun, montre que plusieurs jeunes filles mariées précocement restent pauvres, vivent dans la promiscuité, subissent des violences sans savoir comment se défendre, s'orientent vers l'alcoolisme, la prostitution, abandonnent leur foyer. Tous ces facteurs sont des déterminants qui favorisent la tuberculose. En milieu carcéral, l'administration et le management pénitentiaires ne sont pas sensibles à la dimension du genre. Les prisons camerounaises sont réputées pour leurs conditions déplorables en raison de la surpopulation due principalement au manque de financement, aggravées par un traitement particulièrement dur des détenus par le personnel pénitentiaire et globalement d'une mauvaise gestion. La détresse et les conditions de vie inhumaines des détenues au Cameroun est l'un des principaux problèmes. En plus les femmes en prison sont généralement issues de milieux marginaux ou défavorisés et sont souvent victimes de violence, d'abus physiques et sexuels⁶⁵. Une forte proportion des détenues sont infectées par des maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH. Les femmes en détention sont particulièrement susceptibles d'être infectées par ce virus, en partie du fait de leur vulnérabilité à l'exploitation sexuelle ; en cas d'infection par le VIH, ou si elles souffrent du Sida, elles ont en outre peu de chances de recevoir un traitement adéquat⁶⁶.

La prise en compte d'indicateurs sensibles au genre pourraient apporter des changements à la mise en œuvre des programmes pour passer d'une approche ignorante des sexospécificités à une approche qui tient compte des sexospécificités et, en fin de compte, à une approche transformative. Les approches de genre transformative (GTA) sont des programmes et des interventions qui créent des opportunités pour les individus de contester activement les normes de genre, de promouvoir des positions d'influence sociale et politique pour les femmes dans les communautés et de s'attaquer aux inégalités de pouvoir entre les personnes de sexe différent. L'amélioration de l'accès aux soins antituberculeux en s'attaquant aux obstacles liés au genre sera une étape clé des progrès vers la stratégie de l'OMS Mettre fin à la tuberculose. À cette fin, Lakshmi Krishnan a révélé dans sa revue⁶⁷ que la nature variable selon le sexe et l'impact de plusieurs obstacles et leurs relations qui se chevauchent, identifiant ainsi des cibles à fort impact pour les interventions qui peuvent être adaptées au contexte socioculturel spécifique et intégrées dans des modèles décentralisés de prestation de services de lutte contre la

⁶³ Getahun H, Maher D. Contribution of "TB clubs" to tuberculosis control in a rural district in Ethiopia. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2000; 4:174–8

⁶⁴ Groupe de Travail sur la question de la discrimination à l'égard des femmes en droit et en pratique qui présentera un rapport thématique sur les « Femmes privées de liberté » à la 41ème session du Conseil des Droits de l'Homme en juin 2019

⁶⁵ Bulletin of the World health Organization, 06 July, 2011., imprisonment and women's health : concerns about genre sensitivity, human rights and public health, <http://www.Who.int/bulletin/volumes/89/9/10082842/en/>

⁶⁶ Bureau Quaker auprès des Nations Unies, Submission to Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: Eliminating Discrimination Against Women in Prison, Genève, 4 janvier 2005, p. 11.

3 ⁶⁷ Lakshmi Krishnan, Gender-Related Barriers and Delays in Accessing Tuberculosis Diagnostic and Treatment Services: A Systematic Review of Qualitative Studies; Research Article , 2014

tuberculose. [Eastwood, S. V](#) affirme également qu'une plus grande décentralisation des services antituberculeux est nécessaire pour améliorer l'accès des femmes et des filles⁶⁸.

10.7 L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

L'engagement communautaire⁶⁹ est un processus stratégique pour impliquer directement les populations locales dans tous les aspects de la prise de décision et de la mise en œuvre afin de renforcer les capacités locales, les structures communautaires et l'appropriation locale ainsi que pour améliorer la transparence, la responsabilité et l'allocation optimale des ressources dans divers contextes. La stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose et le plan mondial de Stop TB se concentrant davantage sur l'équité, les organisations de la société civile jouent un rôle central pour atteindre les communautés mal desservies et difficiles à atteindre ; compléter la prestation de services publics ; et en suscitant une demande de services, notamment en s'attaquant à la stigmatisation, à l'hésitation de la demande du diagnostic et en surmontant les obstacles liés au genre. Cela s'ajoute au rôle puissant qu'ils jouent dans la mise en œuvre des activités de plaidoyer et dans la responsabilisation pour un engagement et un financement accrus en faveur de la santé et de la réponse tuberculose.

Une société civile forte et dynamique est essentielle si les pays veulent faire des progrès équitables et durables vers des meilleurs résultats de la réponse TB. Le Cameroun continu de se mobiliser pour atteindre les objectifs ambitieux de la stratégie de l'OMS pour Mettre Fin à la tuberculose. Dans le contexte de la pandémie en cours, il est urgent de libérer le plein potentiel de l'engagement communautaire non seulement pour retrouver "les personnes manquantes" mais également faire avancer l'équité, mais aussi maintenir, restaurer et renforcer de droits à la santé dans le contexte du COVID-19.

Au Cameroun, l'engagement communautaire est plus centré sur la prestation de services avec comme référentiel l'agents de santé communautaire. Ceci contraste avec des efforts observés dans d'autres pays dans la sous-région. En RDC, l'organisation Club des Amis Damiens a mis en place un dispositif de suivi communautaire avec l'outil digital One Impact. Ceci permet d'évaluer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services antituberculeux (droit à la santé). Ce mécanisme permet : i) aux personnes touchées par la tuberculose de connaître et de revendiquer leurs droits et de s'engager dans la riposte à la tuberculose, ii) de générer des données sur les obstacles aux droits de l'homme pour renforcer le système de suivi et d'évaluation de la tuberculose, iii) de générer des informations sur les obstacles aux droits de l'homme pour un plaidoyer fondé sur des preuves. Au Niger en 2020, le consortium d'ONG SongES-ONEN-ODI-Plan International a mobilisé environ 900 000 euro pour soutenir les efforts du PNLT dans la recherche active des "personnes manquantes" dans les régions prioritaires. DRAF TB conduit depuis 2020 une recherche opérationnelle pour évaluer l'efficacité de la dispensation communautaire à domicile des antituberculeux aux patients TB en traitement dans le contexte de la Covid-19 dans 4 pays d'Afrique Francophone : (Cameroun, Côte d'Ivoire, Niger et Tchad).

La participation de la société civile et des communautés est essentielle pour que les voix des communautés et des survivant de la tuberculose soient entendues, y compris les points de vue et les intérêts de ceux qui autrement seraient oubliés ou ignorés. L'engagement systématique et significatif de la société civile et de la communauté fournit une boucle de rétroaction vitale des plus pauvres et des plus marginalisés aux décideurs - pour s'assurer que les lacunes peuvent être rapidement identifiées, les problèmes et défis émergents résolus et les succès reproduits et mis à l'échelle rapidement. Alors que l'espace pour la société civile se rétrécit, les organisations de la société civile étant confrontées à des défis en termes de transparence et de responsabilité, de fragilité, de conflit, de violence, d'impacts de la pandémie en cours, un changement fondamental nécessite une action concertée et conjointe - et

4 ⁶⁸ [Eastwood, A gender-focused qualitative study of barriers to accessing tuberculosis treatment in The Gambia, West Africa;2004, *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*](#)

⁶⁹ *Engaging Gavi Civil Society and Communities in Gavi 5.0*, Mars 2021

même de l'audace. - par un large éventail d'acteurs du secteur de la santé. Cela sera nécessaire si nous voulons remettre en question le statu quo pour un impact optimal, non seulement pour réaliser la stratégie de l'OMS pour Mettre Fin à la tuberculose, mais aussi le programme plus large de soins de santé primaires (SSP), la couverture sanitaire universelle (CSU) et le développement durable Objectifs de développement.

11 Recommandations

11.1 Les populations clés

- Elaborer une analyse complète et priorisation des populations clés au Cameroun.
- Collecter les données chez les populations clés selon les trois 90 du plan mondial de Stop TB
- Proposer des interventions sur mesure pour les détenus, les PVVIH, les personnes contacts, les réfugiés/déplacés et les enfants (algorithmes spécifiques pour le dépistage, stratégie communautaire adapté ; appareils mobiles de radiographie pulmonaire, incitation diverses, DOTS communautaire).
- Mettre en œuvre une recherche opérationnelle pour déterminer le fardeau de la tuberculose chez les personnes contacts.
- Intégrer la tuberculose de l'enfant dans les guides et directives de la prise en charge des maladies intégrée du nouveau née et l'enfant.
- Renforcer la concertation avec le Ministère de la justice, des affaires sociales, de l'administration territoriale, la commission nationale des droits de l'homme et des libertés.

11.2 Les barrières d'accès

- Augmenter de manière significative le budget du PNLT sur la communication et la mobilisation sociale afin de mettre en œuvre le plan de communication du PNLT pour améliorer les connaissances de la population sur la tuberculose
- Mettre en place un programme des "ambassadeurs" afin de renforcer les connaissances sur la tuberculose et réduire la stigmatisation.
- Intégrer la tuberculose dans le paquet de service des soins de santé primaire pour réduire la disponibilité des services (uniquement 18% des FOSA sont disponible pour la prise en charge de la TB)
- Rendre gratuit le test de dépistage de la tuberculose y compris les frais connexes tel que les coûts de la consultation, des examens associés au dépistage, les frais liés à l'hospitalisation et les comorbidités
- Revoir les manuels de prise en charge de la tuberculose pour intégrer les approches différenciées pour les femmes.
- Intégrer les indicateurs liés au genre et droit humain dans le système de suivi – évaluation du PNLT.

11.3 L'environnement juridique

- Faire un recueil des dispositions juridiques favorable à la réponse tuberculose au Cameroun
- Mettre en place un groupe de travail pour le suivi des dispositions communes favorables à la santé et particulièrement la réponse tuberculose.
- Élaborer un guide fondé sur des données factuelles pour une approche fondée sur les droits de la prévention, du diagnostic, du traitement, des soins et du soutien de la tuberculose
- Élaborer et mettre en œuvre un programme stratégique pour adopter une approche fondée sur les droits à travers un large éventail de parties prenantes

- Revitaliser le Comité National interministériel de lutte contre la tuberculose à travers des réunions semestrielles.

11.4 Violations des droits humains

- Développer un outil électrique (OnelImpact) pour évaluer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services antituberculeux (droit à la santé).
- Promouvoir la " Déclaration des droits des patients" afin de permettre aux personnes touchées par la tuberculose de connaître et de revendiquer leurs droits et de s'engager dans la riposte à la tuberculose
- Mettre en place une plateforme pour documenter et partager les meilleures pratiques, soutenir le plaidoyer et la mobilisation sociale autour des droits de l'homme relatifs à la tuberculose
- Motiver les peines alternatives pour éviter la surpopulation carcérale.
- Apporter un appui juridique au licenciement abusif pour cause de maladie tuberculose
- Revoir les dispositions liées à la confidentialité dans les manuels et procédures du PNLT
- Autonomiser et soutenir les réseaux de communautés affectées de personnes atteintes de tuberculose, de survivants de la tuberculose et de la société civile ;
- Améliorer la sensibilisation des communautés judiciaires et juridiques à la mise en œuvre d'une approche de la tuberculose fondée sur les droits de l'homme ;
- Développer la capacité des législateurs et des décideurs à incorporer des approches de la tuberculose fondée sur les droits humains dans les lois et politiques ;
- Impliquer et conseiller les organisations de la société civile et à base communautaire sur la mise en œuvre des approches de la tuberculose fondée sur les droits dans leurs programmes ;
- Sensibiliser les agents de santé des secteurs public et privé à la nécessité d'incorporer une approche de la tuberculose fondée sur les droits dans leur travail ;

11.5 Stigmatisation

- Revoir tous les guides, directives et outils de communication du PNLT pour enlever tous les termes stigmatisant
- Proposer des orientations pour aborder toutes les dimensions de la stigmatisation dans les manuels de formations du personnel de santé et communautaire.
- Mettre en place des "Clubs TB" dans les grands centres de prise en charge de la tuberculose
- Renforcer les capacités du personnel de santé et communautaire sur la stigmatisation
- Développer des programmes médiatiques (radio, télé, presse écrite) pour renforcer l'éducation de masse et lutter contre la stigmatisation.

11.6 Le genre

- Développer une politique genre pour la réponse tuberculose au Cameroun
- Faire des alliances stratégiques avec des organisations spécialisées et des mouvements communautaires dédiés à la promotion du genre.
- Accorder une attention particulière aux besoins spécifiques des femmes détenues.
- Créer un groupe de travail sur le genre et droits humains et produire des rapports de situation annuel
- Inclure à tous les niveaux des indicateurs sensibles au genre dans les outils de reporting du PNLT.
- Mettre en place un observatoire national sur les déviations liées au genre et droits humain
- Encourager la participation des femmes dans les revues et élaboration des documents stratégiques du PNLT
- Mettre en place des petites subventions pour promouvoir le leadership des femmes dans la réponse tuberculose.

- Encourager la diffusion des bonnes pratiques liées au genre et droits humains

11.7 L'engagement communautaire

- Aider les organisations communautaires à avoir une vision claire commune dans leurs contributions à la réponse nationale à la tuberculose.
- Intégrer le rôle des OSC dans les guides, directives et manuels des agents de santé communautaire.
- Mettre en place et soutenir un réseau des survivants de la tuberculose
- Créer une plateforme de collaboration entre le PNLT et les organisations de la société civile.
- Renforcer les capacités des OSC sur le plaidoyer et la redevabilité
- Développer des mécanismes de financements pour les OSC
- Mettre en place un cadre de redevabilité des engagements pour mettre fin à la tuberculose.

12 Bibliographie

1. GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT 2020; World Health Organization; ISBN 978-92-4-001313-1;2020
2. Rapport consultatif ; Mise en œuvre des subventions en Afrique occidentale et centrale (AOC) ; Surmonter les obstacles et améliorer les résultats dans une région difficile ; GF-OIG-19-013 ; Mai 2019 Genève, Suisse
3. Revue du PNLT,2019
4. Ellen Mitchell, Kampoer Bertrand, Stigma Cameroon, Institut Tropical de la Santé, Université Antwer, Belgique.2020
5. Kampoer Bertrand. Mémoire Master 2, Université de Lorraine, Ecole de Santé Publique de Nancy. Septembre 2020
6. IFORD Enquête sur les indicateurs de Prestations des services de sante –Health facility assessment (SDI/HFA) 2018
7. Institut National de la Statistique. Quatrième Enquête Camerounaise Après des Ménages (ECAM IV). 2014.
8. UNDP, Human Development Report 2013/2015
9. Institut National de la Statistique. 2e enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires : Rapport principal, volet santé.2010.
10. [https://tradingeconomics.com/cameroon/prevalence-of-undernourishment-percent-of-population-wbdata.html#:~:text=Prevalence%20of%20undernourishment%20\(%25%20of%20population\)%20in%20Cameroon%20was%20reported,compiled%20from%20officially%20recognized%20sources.](https://tradingeconomics.com/cameroon/prevalence-of-undernourishment-percent-of-population-wbdata.html#:~:text=Prevalence%20of%20undernourishment%20(%25%20of%20population)%20in%20Cameroon%20was%20reported,compiled%20from%20officially%20recognized%20sources.)
11. MINSANTE, Dossier d'investissement pour l'amélioration de la santé de la reproduction, sante de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune au Cameroun 2017-2020.
12. Institut National de la Statistique de la République du Cameroun. (2011). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples. Yaoundé (Cameroon).
13. <https://www.worldometers.info/world-population/cameroon-population/>
14. MINEPAT & UNFPA. Étude sur les conditions du bénéfice du dividende démographique au Cameroun. 2012
15. J. J. Bigna,et all "Prevalence of prediabetes and diabetes mellitus among adults residing in Cameroon: a systematic review and meta-analysis," Diabetes Research and Clinical Practice, vol. 137, pp. 109–118, 2018.
16. J. C. N. Mbanya et all "Prevalence of NIDDM and impaired glucose tolerance in a rural and an urban population in Cameroon," Diabetologia, vol. 40, no. 7, pp. 824–829, 1997.
17. A. Lekoubou, et all "Diagnosed diabetes mellitus and in-hospital stroke mortality in a major sub- Saharan African urban medical unit," Primary Care Diabetes, vol. 11, no. 1, pp. 57–62, 2017
18. OMS, Rapport mondial TB. 2020
19. Rapport du Cameroun ; Etat mise en œuvre de la Convention Cadre pour la lutte Antitabac. 2012
20. GATS Cameroun ; enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes rapport principal, 2013
21. Rapport de suivi des 100 indicateurs clés au Cameroun en 2017
22. https://docs.wixstatic.com/ugd/309c93_b34e2987d33d419ca8f2d6db0d213f96.pdf
23. OMS- Evaluation de la surveillance TB – Cameroun – Décembre 2019
24. <https://www.who.int/gender-equityrights/knowledge/aaaq-infoqraphic/en/>.
25. Rapport 2018, Ministère de la justice.
26. Noeske J, Ndi N, Amougou Elo G, Mbondi Mfondih Tuberculosis incidence in Cameroonians prisons: A 1-year prospective study. SAMJ 2014 (in press).
27. FIACAT/ACAT ; Désengorgement des prisons au Cameroun : un décret présidentiel trop restrictif ; avril 2020
28. Institute for Criminal Policy Research, 2015. Birkbeck University of London <http://www.prisonstudies.org/country/cameroon>
29. Bulletin of the World Health Organization, 06 July 2011., imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health, <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/9/10-082842/en/>
30. Ministère de la justice. Rapport des droits de l'homme,2015
31. PNLT, Rapport revue externe du programme de lutte contre la Tuberculose, Septembre 2019.

32. *Etat des lieux du contexte, résultats et gaps programmatiques activités TB/VIH au sein des prisons camerounaises, revue du PSN TB 2020-2024*
33. *Institut National de la Statistique ; ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ 2018*
34. *PNLT ; Revue externe du programme de lutte contre la Tuberculose, Septembre 2019*
35. *PNLT ; Revue externe du programme de lutte contre la Tuberculose, Septembre 2019 – Réfugiés et déplacés internes*
36. *UNHCR: Cameroon Factsheet – June 2019. <https://reliefweb.int/report/cameroon/unhcr-cameroon-factsheet-june-2019>*
37. *MINAT: Plan d'assistance humanitaire d'urgence dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest 2018-2019. <https://www.prc.cm/fr/multimedia/documents/6515-plan-d-assistance-humanitaire-d-urgence-nw-sw-20-06-2018>*
38. *IOM: Displacement Tracking Matrix. Cameroon, Far-North Region. Dashboard 18. <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/69506>*
39. *OCHA : Humanitarian snapshot in South-West and North-*
40. *Rapport revue DHIS Nord-Ouest*
41. *Analyse situationnelle riposte Sud-Ouest 2018*
42. *TB people; Déclaration des droits des personnes affectées par la tuberculose ; Mai 2019*
43. *E. Mitchel, B. Kampoe ; Stigmatisation de la tuberculose au Cameroun : Analyse du discours sur les directives, les manuels, les lois et les politiques, juillet 2020*
44. *Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. 2015*
45. *OMS, base de données des dépenses mondiales, <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/fr>*
46. *PNUD Cameroun, ODD5 ; Egalité entre les sexes, l'autonomisation des femmes et promouvoir l'égalité entre les sexes est déterminant pour accélérer le développement durable.*
47. *Cette charte a été adoptée le 27 juin 1981 à Nairobi au Kenya, lors de la 18^e Conférence de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA). Elle entre en vigueur le 21 octobre 1986.*
48. *Le Bureau Central des Recensements et des Études de Population (BUCREP), édition 2014 du Rapport National sur l'État de la Population (RNEP) sous le thème de « Regards sur le genre au Cameroun ».*
49. *D'après le classement du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) sur l'indice d'inégalité de genre¹ (IIG), le Cameroun occupe en 2013 le 138^{ème} rang sur 187 pays.*
50. *L'Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes – Extrême-Nord (ALVF-EN) est une association féministe dont l'objectif est d'éradiquer toutes les formes de violence faites aux femmes et aux filles dans le Nord du Cameroun.*
51. *L'Institut Supérieur du Sahel, en partenariat avec ALVF-EN, a mené une enquête pour recueillir les points de vue d'individus et de ménages sur les causes et conséquences du mariage précoce et forcé.*
52. *Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population, Rapport national sur l'état de la population, édition de 2014, www.bucrep.cm.*
53. *Actions and interactions: Gender Equality in teaching and education management in Cameroon. Summary Report. VSO, 2013*
54. *OMS-Europe ; Promotion de la Santé ; Charte d'Ottawa ; 1986*
55. *Brian Citro, Activer une réponse à la tuberculose fondée sur les droits de l'homme : Une note technique pour les décideurs et les gestionnaires de programmes, Global Coalition of TB Activists, Stop TB Partnership, Northwestern Pritzker School of Law Center for International Human Rights (Juillet 2020).*
56. *ECDC POLICY BRIEFING, Interventions in vulnerable groups are the key to eliminating tuberculosis in Europe, 2014*
57. *World Health Organization. Global TB report 2015. WHO; 2015. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/*
58. *Brian Citro et al, Developing a Human Rights-Based Approach to Tuberculosis, HHR, juin 2016*
59. *Andrew Courtwright, Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions, Public Health Rep. 2010*
60. *Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. Psychol Health Med. 2006; 11:353–63*
61. *Macq J, Torfoss T, Getahun H. Patient empowerment in tuberculosis control: reflecting on past documented experiences. Trop Med Int Health. 2007; 12:873–85*
62. *Getahun H, Maher D. Contribution of "TB clubs" to tuberculosis control in a rural district in Ethiopia. Int J Tuberc Lung Dis. 2000; 4:174–8*

63. *Groupe de Travail sur la question de la discrimination à l'égard des femmes en droit et en pratique qui présentera un rapport thématique sur les « Femmes privées de liberté » à la 41eme session du Conseil des Droits de l'Homme en juin 2019*
64. *Bulletin of the World health Organization, 06 July, 2011., imprisonment and women's health : concerns about genre sensitivity, human rights and public health, <http://www.Who.int/bulletin/volumes/89/9/10082842/en/>*
65. *Bureau Quaker auprès des Nations Unies, Submission to Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: Eliminating Discrimination Against Women in Prison, Genève, 4 janvier 2005, p. 11.*
66. *Lakshmi Krishnan, Gender-Related Barriers and Delays in Accessing Tuberculosis Diagnostic and Treatment Services: A Systematic Review of Qualitative Studies; Research Article, 2014*
67. *Eastwood, A gender-focused qualitative study of barriers to accessing tuberculosis treatment in The Gambia, West Africa;2004, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*
68. *Engaging Gavi Civil Society and Communities in Gavi 5.0 , Mars 2021*