



THE
PEOPLE
LIVING
WITH HIV
STIGMA
INDEX

2023-STIGMA INDEX 2.0 : ENQUÊTE NATIONALE SUR L'INDICE DE LA STIGMATISATION ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH AU CAMEROUN

Rédigé par Dr. Mfochivé Njindam Iliassou, Consultant international en collaboration avec le RéCAP+



ÉQUIPE DE RECHERCHE

Dr. Mfochivé Njindam Iliassou	Investigateur Principal, Consultant International – UNAIDS
Mme Ngo Mandeng Bilong Odile Aline	Co-Investigateur Principal – RéCAP+
Dr. Rogers AJEH	Co-Investigateur – CNLS
Dr. Gilbert Andrianandrasana	Co-Investigateur – CARE - Cameroun
Dr. David Anouar Kob	Co-Investigateur – UNAIDS
Mme Rosine Grace Bissai	Co-Investigateur – USAID
Mr. Enama Christian	Consultant National Statisticien - GIZ
Mlle Awoulbe Marie Chantal	Coordonnatrice Étude “Stigma Index 2.0” - RéCAP+
Mr. Deli Narcisse	Coordonnateur des projets - RéCAP+

ÉQUIPE DE PILOTAGE

Pr. Anne Cecile Bissek, DROS ; Dr. Rogers Ajeh, CNLS/SPA ; Dr. Abah Abah Aristide Stephane, SDLVIIH/SIDA-ISTT ; Dr. Gilbert Andrianandrasana, CARE – Cameroun ; Rosine Grace Bissai, USAID ; Mr. Abina Maurice, Président RéCAP+ ; Kamgue Kopguep Jean Jules, Directeur Exécutif RéCAP+ ; Dr. Mfochivé Njindam Iliassou, UNAIDS ; Ngo Mandeng Bilong Odile Aline, RéCAP+ ; Enama Christian, GIZ ; Awoulbe Marie Chantal, RéCAP+ ; Deli Narcisse, RéCAP+ ; Dr Dongmo Sonfack Marie Micheline, DROS ; Essama Epanya Jenny, DLMEP ; Dr Mbuih Idrisu, DOSTS ; M Essono Annick Marcelle, GTC/CNLS ; Bony Nicolas, ICN-Fonds Mondial ; Onana Onana Roger Martin, GTC/CNLS ; Dr Gayou Leuyou Oscar, CARE – Cameroun ; Dr Mbebi Enone Fredly CARE – Cameroun ; Mme NGOUGO épse NGUEMNE Duplextine Aimée, CARE – Cameroun ; Tankoua Césaire, GIZ/Pro-PASSaR ; Mballa Madeleine Julie Epse Eloundou, PNUD ; Dr Abdelkader Bacha, UNICEF ; Arouna Tena, OMS ; Angumua Carine, CDC ; Dr Kemmegne Joseph, BIT, Tankeu Marie Chantal, CCAF+ ; Kedi Parfait, RECAJ+ ; Baha Bruno, APEV ; Ombilitck Jacques, Affirmative Action ; Engama Michel, Plate -forme Unity ; Tokam Martin, Care and Health Program ; Tchoumo Tchio Wati Joel, JAPSSO ; Olongo Antoine Silvére, For Impacts in Social Health ; Ayangma Ayangma, Synergie pour le réveil ; Aboa Olivier Stéphane, Expert Droit Humain.

CONCEPTION ET MISE EN ŒUVRE

- Réseau Camerounais des Associations des Personnes vivant avec le VIH (RéCAP+)
- Ministère de la Santé Publique
- Equipe des consultants

FINANCEMENT

- CARE Cameroun
- ONUSIDA
- GIZ

APPUI TECHNIQUE

- GNP+
- ONUSIDA
- GIZ
- JHU



REMERCIEMENTS



Nous tenons à remercier le Gouvernement camerounais et en particulier le ministre de la Santé Publique, les Délégués Régionaux de la Santé et leurs collaborateurs qui ont gracieusement autorisé l'accès aux structures sous leur compétence respective pour la collecte des précieuses données.

Nous exprimons également notre gratitude aux participants à l'étude pour leurs temps et leurs contributions ainsi qu'à tous les membres de l'équipe de recherche et des assistants techniques répertoriés ci-dessous.

LES EQUIPES DE TERRAIN :

Superviseurs régionaux : MAHAMAT MAYO, BAYANG DIKWE Valérie, ZANGUE Virginie, MENGUE Dorine, NYAM Zakari, MALLA Celencia, NDE Jean Romain, MEMPOUTH Dylane, MOUKETTE MABONGUE Simon Landry, ETCHU BISSONG Roland.

Enquêteurs régionaux : CHEFIE ALBERT, KON MONE ISSA JEAN, MELONO ELOUNDOU FRANZ PATRICK, DOHTSAD AGNES, VAGAI EMMABUEL, MENGUE BERNADETTE DENISE SIMONE, BERNGAI DILI ARNAUD, AHMADOU HAMADOU, NGUIZIA SYLVIE, EYENGA OYONO Lucette Marcelle, FOU DA MBIDA ALAIN GABRIELLE, BISSA Corine, OSCAR KENIGOULE, TOGUE BAUDELAIRE, MVODO BIKOUE Larissa, OBOLO BERNADETTE, SONFACK TADONFOUET MICHEL, MEDJI MBOUGANG ROME, BAKINDE SIMON PIERRE, NGAMINKUMU ROSE SONIA, MOUNPOU MFOUT ROUKAYATOU, KI-NJENDWES NTAMAG CHRISTELLE, BETOUGDA ABOULA ANDRE, EWANE YANNICK, KEUMENI NGOUNOU Alliance SAURELLE, AKAMBA BERNADETTE EDWIGE, BONDO LINE SABRINA, NKE MVOGO THOMAS, ESSIEBOT DJALOUL JOANI PATRICK, MBIDA ASTRIDE DORCASE, MONGO CLAUDE BERGER, NKOUYA EFFOUDOU LOUIS BLONDEL, DJOUFAKEU WILLIE BRANDON, YEMSI HILDA, KUMI CHARLOTTE, MBAH CORNELIUS TENYEH, DJIOGUEP TASSE ELVIRA NATACHA, TSASSE DONGMO AUGE YVAN, SINI FRANCK, TUEBONN KEA SYLVAIN, NGUENA ASTRITE AROLE, OUSMANOU DAOUDA, BLOUM Jean Pastiste Djackdjing III, ABDOUL AZIZ GREN, BAIDI AGNES BEATRICE, BYDIAS CHERIF KEMTSA DZAMBOU, FOUBA ZOUA CHRISTIAN, KELUAM CHU MACKINTON KARL, NKANDA MBONKE EMMANUEL, FOUELEFACK IDE FABIENNE, BIVINA MAXIME, MOUDON GABRIEL NATHALIE, EBA PAUL GAETAN STUART, NKECHI GRACE, ZEKING ZEKING ANDRE PEGGY, BASSOGOK JORDANNE MERVEILLE, YAI LIKEN VICTORIEN MARCEL YANNICK, KOUOKAP NGOUOMEDJE, AYOK NYENTI TANYI, SOFA KEFEU-YIN JOY.

Agents Relais: ABOUMO GERMAINE, HAOUA HONORINE, PHELEM NGOYA THERESE.

Notre grande appréciation aux différents partenaires qui ont abrité les sites de collecte des données

Organisation à Base Communautaire : Cercles des Femmes et Hommes Solidaires, Réseau Camerounais des Adolescents et jeunes positifs, ALUCOSIS+, Affirmative Action, Association pour la Réinsertion et l'Implication des Personnes Infectées et Affectées par le VIH/Sida, All Together with Family S+ Project, Cercle d'Entraide et d'Assistance des Mères, Association des Personnes Vulnérables, Réseau Camerounais des Adolescents et jeunes positifs, Horizon Femmes, No Limit For Women Project, CAMEROON FOUNDATION FOR AIDS, TRANS AMICAL, Empower, Espoir+, Association des Volontaires pour la Recherche et Développement, HEALTH AND HUMAN RIGHTS CAMEROON, Association des Frères et Sœurs Unis, Enfants d'Afrique, SUNAIDS+, Association des Frères et Sœurs Unis Pour l'Espoir et la Solidarité, Espoir+, Alternative Cameroun, Health Development Consultancy Services, Garoua Eveil, Enfants d'Afrique, Réseau des Animateurs et Animatrices Communautaires de l'Arrondissement de Garoua, Association Camerounaise des Séropositifs du VIH, APCAS, COLIBRI, Le Bon Samaritain, Assistance Des Techniciens Aux Initiatives, Paysannes De Développement, ALCONDOMS, AVES, HIRASO

Formations Sanitaires : *Hôpital Général Yaoundé, Hôpital central, Hôpital district de Biyem Assi, Hôpital district Efoulan, Hôpital district de la cité verte, CTA de Ngaoundéré, Hôpital Régional de Bertoua, EPC radio, Hôpital Régional de Maroua, Hôpital Lanquintinie, Hôpital district New Bell, Hôpital district Logbaba, Hôpital district Deido, Hôpital Régional Bamenda, NKWEN district Hospital, Hôpital Régional de Garoua, Hôpital Régional de Bafoussam, UPEC de la Police, Hôpital district de Tyo, Hôpital Régional d'Ebolowa, Hôpital Régional de Buea, Buea Road Integrated Health Center.*

Nos remerciements aussi à tous ceux qui de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de cette étude.

TABLE DES MATIERES

Abréviations et Acronymes	9
Liste des Tableaux	10
Liste des Figures et Graphiques	11
Résumé de l'enquête	12
Abstract	16
1. INTRODUCTION	20
1.1 Contexte de l'épidémie au Cameroun	20
1.2 Définition des concepts clés	22
1.3 Justification de l'enquête	25
1.4 Présentation de RéCAP+	27
2. OBJECTIFS	29
2.1 Objectif général	29
2.2 Objectifs spécifiques	29
3. MÉTHODOLOGIE	31
3.1 Sites géographiques de l'enquête	31
3.2 Cibles de l'enquête	31
3.3 Instruments de collecte des données	34
3.4 Clairance éthique (CE) et Autorisation administrative de la recherche (AAR)	35
3.5 Exécution de l'enquête	35
3.6 Gestion et analyse des données	36
3.7 Limites	37
4. RÉSULTATS	39
4.1 Informations générales	39
4.2 Caractéristiques sociodémographiques	40
4.2.1 Répartition des participants selon la tranche et le sexe biologique	40
4.2.2 Répartition des participants selon la tranche d'âge et l'identité du genre	40
4.2.3 Répartition des enquêtés selon la situation professionnelle et le niveau d'éducation actuelle	41

4.2.4 Répartition des participants selon l'identité du genre et la durée de connaissance du statut de séropositivité	41
4.2.5 Répartition des enquêtés selon leur appartenance actuelle ou passée à un groupe vulnérable et l'identité du genre	42
4.2.6 Répartition des enquêtés selon leur orientation sexuelle.....	43
4.2.7 Répartition des enquêtés selon leur identité sexuelle féminine.....	44
4.3 Divulgence du statut sérologique	44
4.3.1 Divulgence du statut sérologique des enquêtés au niveau familial et social	44
4.3.2 Opinions des enquêtés face aux expériences de divulgation du statut sérologique au niveau familial et social	45
4.4 Expérience de la stigmatisation et de la discrimination en raison du statut sérologique....	46
4.4.1 Expérience de stigmatisation et de discrimination	46
4.4.2 Stigmatisation intériorisée et résilience.....	47
4.4.3 Stigmatisation intériorisée des enquêtés face à leur séropositivité	48
4.4.4 Stigmatisation intériorisée des enquêtés selon la durée de connaissance de la séropositivité	48
4.5 Interaction avec des services des soins de santé	49
4.5.1 Répartition des enquêtés selon la principale raison de prendre un test de dépistage	49
4.5.2 Retard ou Refus d'entreprendre un traitement antirétroviral des enquêtes.....	50
4.5.3 Délais de mise sous traitement des enquêtés selon la durée de connaissance de la séropositivité	51
4.6 Violations des droits humains et actions pour le changement	52
4.6.1 Connaissance de l'existence des lois contre les violations des droits des PVVIH.....	52
4.6.2 Répartition des enquêtés rapportant les cas de violations de leurs droits	52
4.6.3 Répartition des enquêtés issus des populations clés rapportant une expérience de cas de violation de leurs droits au cours de la dernière année	53
4.6.4 Mesures spécifiques prises par les enquêtés après avoir subi l'une ou l'autre de ces violations de droits au cours de la dernière année	53
4.6.5 Actions prises pour le changement de comportement.....	54

4.6.6 Répartition des enquêtées selon l'identité sexuelle et leur appartenance à un groupe de soutien et/ou un réseau de personnes vivant avec le VIH	55
4.7 Expérience de la stigmatisation et de la discrimination pour des raisons autres que le statut sérologique.....	56
4.7.1 Répartition des enquêtés selon l'identité du genre rapportant avoir déjà eu une expérience de stigmatisation et/ou de discrimination	56
4.7.2 Répartition des enquêtés issus des populations clés rapportant une expérience de stigmatisation et/ou de discrimination	58
5. DISCUSSION.....	61
6. RECOMMANDATIONS	65
7. CONCLUSION	68
8. ANNEXES	71
ANNEXE 1 : Notice d'information (Français)	71
ANNEXE 2 : Information notice (English)	73
ANNEXE 3 : Consentement éclairé (Français)	76
ANNEXE 4 : Consent Form (English)	77
ANNEXE 5 : Accord de confidentialité des membres de l'équipe de collecte des données	78
ANNEXE 6 : Clairance éthique	79
ANNEXE 7 : Autorisation Administrative de Recherche (AAR)	80

ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AGR	<i>Activité génératrice de revenus</i>
ARV	<i>Antirétroviraux</i>
CNLS	<i>Comité national de lutte contre le SIDA</i>
EDS	<i>Enquête démographique et de santé</i>
ESCOMB	<i>Enquête nationale de surveillance comportementale et biologique</i>
GNP+	<i>Global network of people living with HIV</i>
HSH	<i>Homme ayant les rapports sexuels avec les hommes</i>
ICW	<i>International community of women living with HIV</i>
IST	<i>Infection sexuellement transmissible</i>
JHU	<i>Johns Hopkins University</i>
LRC	<i>Limited Chain Referral sampling</i>
OEF	<i>Orphelins, enfants vulnérables</i>
ONUSIDA	<i>Organisation des Nations Unies de lutte contre le SIDA</i>
PS	<i>Professionnels de sexe</i>
PVVIH	<i>Personnes vivant avec le VIH</i>
RéCAP+	<i>Réseau Camerounais des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA</i>
REDCap	<i>Research electronic data capture</i>
SIDA	<i>Syndrome immunodéficience acquise</i>
SPSS V23	<i>Statistical package for social sciences</i>
TARV	<i>Traitements antirétroviraux</i>
TG	<i>Personne Transgenre</i>
TLS	<i>Time location sampling</i>
TS	<i>Travailleurs de sexe</i>
UDI	<i>Usagers des drogues injectables</i>
VIH	<i>Virus de l'immunodéficience humaine</i>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	<i>Répartition des PVVIH estimés en 2022 selon la région</i>
Tableau 2	<i>Critères d'éligibilité des différents sous-types des populations cibles</i>
Tableau 3	<i>Répartition de la taille minimum de l'échantillon requis par sous-type de PVVIH et par région</i>
Tableau 4	<i>Répartition des enquêtés selon les régions d'enquête</i>
Tableau 5	<i>Répartition des enquêtés selon l'âge et le sexe biologique</i>
Tableau 6	<i>Répartition des participants selon la tranche d'âge et l'identité du genre</i>
Tableau 7	<i>Répartition des enquêtés selon leur situation professionnelle actuelle et leur éducation formelle</i>
Tableau 8	<i>Répartition des participants selon l'identité du genre et la durée de connaissance du statut de séropositivité</i>
Tableau 9	<i>Répartition des enquêtés selon leur appartenance actuelle ou passée à un groupe vulnérable et l'identité du genre</i>
Tableau 10	<i>Répartition des enquêtés selon leur orientation sexuelle</i>
Tableau 11	<i>Répartition des enquêtés selon leur identité sexuelle féminine</i>
Tableau 12	<i>Divulgaration du statut sérologique des enquêtés au niveau familial et social</i>
Tableau 13	<i>Opinions des enquêtés face aux expériences de divulgation du statut sérologique au niveau familial et social</i>
Tableau 14	<i>Pourcentage des enquêtés rapportant une expérience de stigmatisation et/ou de discrimination</i>
Tableau 15	<i>Répartition de enquêtés en fonction de l'effet de la séropositivité sur leur estime de soi</i>
Tableau 16	<i>Répartition des enquêtés selon les comportements face à leur séropositivité au cours de la dernière année</i>
Tableau 17	<i>Pourcentage des enquêtés selon l'identité du genre et la principale raison de réalisation du test de dépistage du VIH</i>
Tableau 18	<i>Pourcentage des enquêtés selon les raisons de ne pas s'engagé ou de retarder le traitement antirétroviral</i>
Tableau 19	<i>Répartition des enquêtés selon le délai de mise sous TARV et la durée de connaissance du statut</i>
Tableau 20	<i>Pourcentage des enquêtés rapportant une expérience de cas de violation de leurs droits</i>
Tableau 21	<i>Répartition des participants issus des populations clés ayant rapporté une expérience de cas de violation de leurs droits au cours de la dernière année</i>
Tableau 22	<i>Pourcentage des enquêtés rapportant des actions entreprises pour le changement de comportement en matière de lutte contre la stigmatisation et discrimination</i>
Tableau 23	<i>Répartition des enquêtes selon l'identité du genre rapportant une expérience de stigmatisation et/ou de discrimination au cours des 12 derniers mois</i>
Tableau 24	<i>Répartition des populations clés rapportant une expérience de stigmatisation et/ou de discrimination au cours des 12 derniers mois</i>

LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES

FIGURES

Figure 1	<i>Prévalence du VIH par région</i>
Figure 2	<i>Cycle de la stigmatisation, de la discrimination et des violations des droits de la personne. (Source ONUSIDA, 2005)</i>
Figure 3	<i>Les répercussions de la stigmatisation et de la discrimination associées au SIDA sur l'ensemble des mesures, allant de la prévention à la prise en charge et au traitement (adapté de Busza 1999)</i>

GRAPHIQUES

Graphique 1	<i>Pourcentage des enquêtés selon la stigmatisation intériorisée et la durée de connaissance de la séropositivité</i>
Graphique 2	<i>Pourcentage des enquêtés selon la principale raison de réalisation du test de dépistage du VIH</i>
Graphique 3	<i>Pourcentage des enquêtés selon leur connaissance de l'existence des lois qui protègent les PVVIH contre la discrimination</i>
Graphique 4	<i>Répartition des enquêtés affirmant avoir pris des mesures spécifiques face aux violations de leurs droits au cours de la dernière année.</i>

RESUME DE L'ENQUETE

CONTEXTE

Le Cameroun est l'un des pays les plus touchés par le VIH dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Selon les dernières estimations du CNLS (Comité National de Lutte contre le SIDA) en 2022, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) était estimé à 480.228. La stigmatisation reste l'un des principaux obstacles empêchant les PVVIH d'accéder aux soins de santé.

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH entraînent une dégradation de la santé mentale, un faible recours aux services et une faible adhésion aux médicaments antirétroviraux (ARV). La stigmatisation serait plus prononcée chez le personnel de santé même s'il est noté une auto-stigmatisation de la part des PVVIH. En effet, L'enquête pilote « Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 » de 2017 a montré que 14,75% des PVVIH ont choisi de ne pas solliciter les soins de santé à cause de leur statut sérologique¹.

Il existe un cadre de protection juridique des personnes vivant avec le VIH au Cameroun. En effet, le code du travail camerounais prohibe toute forme de discrimination au travail, à l'école, dans les entreprises et dans la prestation de services.

L'index de la stigmatisation est une initiative commune d'un partenariat entre le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH (ICW), l'International Planned Parenthood Association (IPPF), et l'ONUSIDA. Le principe de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 est que l'implémentation de l'étude se fait par et pour les PVVIH, sous la direction des PVVIH.

OBJECTIF

L'objectif de l'étude de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 est d'estimer la prévalence et la nature de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH à l'endroit des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le but de développer une base de données probantes et une compréhension élargie pour éclairer la riposte au VIH au Cameroun. **Méthodologie**

Approches méthodologiques : Cette étude transversale descriptive a utilisé les outils et la méthodologie de « l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0 » développés par le réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), l'ICW et l'ONUSIDA (<http://www.stigmaindex.org/>) pour documenter, analyser et rapporter les expériences de stigmatisation et discrimination des PVVIH. Cette enquête d'envergure nationale ciblant les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) âgées de 18 ans et plus, représentant l'ensemble des PVVIH

¹ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32881790/>

au Cameroun y compris celles issues des populations clés (TS, HSH, TG, UDI). Le nombre des participants à recruter a été calculé en utilisant le calculateur en ligne de la taille d'échantillons de l'Indice de Stigmatisation des personnes vivant avec le VIH disponible au lien suivant : [https://hall.shinyapps.io/PLHIV Stigma Sample Size Calculator/](https://hall.shinyapps.io/PLHIV%20Stigma%20Sample%20Size%20Calculator/). Ce calculateur avait donné une taille de 2400 ajustée à la cinquantaine, en assumant 10% de non-réponse de l'échantillon. La collecte des données a couvert la période allant du 30 Novembre 2023 au 20 Décembre 2023 et était coordonnée par le Réseau Camerounais d'Associations de Personnes vivant avec le VIH (RéCAP+).

Considérations éthiques et administratives : Conformément aux dispositions qui encadrent la recherche en santé humaine au Cameroun, la clairance éthique (CE) et l'autorisation administrative de recherche (AAR) ont été obtenues pour la mise en œuvre de cette étude. Notre équipe a respecté les directives éthiques décrites dans le protocole. Des visites internes d'évaluation de la qualité ont confirmé la conformité éthique dans tous les sites. L'ensemble de l'équipe a reçu une formation à l'éthique et aux bonnes pratiques.

- Tous les membres de l'équipe ont signé un accord de confidentialité.
- Les procédures de consentement ont été adéquatement suivies
- Aucun effet indésirable n'a été rapporté.
- Nos mesures de confidentialité ont été mises en œuvre sans aucune violation rapportée et nous avons fait le suivi de cet aspect pour maintenir les standards éthiques optimaux.
- Toutes les données collectées ont été traitées de façon anonyme avec un code unique d'identification attribué à chaque participant.

ANALYSE DES DONNÉES

La base de données a été nettoyée suivant le dictionnaire des données standardisé de l'étude, développé par le Partenariat International. Seules les variables programmées selon la méthodologie standardisée ont été retenues pour permettre une comparaison entre les pays dans la discussion. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels libre d'accès SPSS et Excel.

RÉSULTATS CLÉS

L'étude a couvert l'ensemble des 10 régions administratives du pays et 2439 PVVIH ont été enrôlés sur la taille minimum de 2400 PVVIH qui étaient attendues, soit un taux de d'atteinte de 101,6%. Au cours de l'analyse des données, seulement 2104 participants ont été retenus du fait du non-respect de certains critères d'éligibilité. Parmi les personnes enquêtées, 62,6% des participants sont de sexe féminin contre 37,4% d'hommes. Environ 24% des participants sont issues des populations clés et constituées majoritairement de TS (55,4%). La proportion de refus à la participation était de 2,8%.

L'âge des participants variait entre 18 et 86 ans avec une médiane de 36 ans. La durée moyenne de séropositivité pour l'ensemble des enquêtés est de 17 ans avec une différence significative pour chaque type de population ($p < 0,001$). 63,9% des participants étaient engagés dans une relation intime/sexuelle au moment de l'enquête et 21,6% d'eux ont affirmé que le/la/l'un des partenaires vit/vivent avec le VIH.

17,2% des participants à l'étude ont déclaré avoir déjà interrompu ou stoppé leurs traitements aux antirétroviraux (TARV) en raison de la peur que leur partenaire, leur famille ou leurs amis découvrent leur statut VIH (5,7 %), la crainte que d'autres personnes en dehors de la famille et des amis découvrent leur statut VIH (6,5%), le fait de ne pas être prêts à faire face à leur infection au VIH (5,6%), la peur que les personnels de santé les traitent mal ou divulguent leur statut sans leur consentement (3,2 %) ; et une mauvaise expérience avec un personnel de santé (2,5%).

De nombreuses populations clés ont déclaré éviter de se rendre dans les structures de santé pour recevoir les services de soins à cause de leur statut sérologique (1,6%), de leur identité de genre (0,4%), de leur orientation sexuelle (3,4%), ou du fait d'être travailleurs de sexe (13,4%).

Parmi les populations clés, les usagers de drogues (4,2%) et les femmes transgenres (3,3%) ont de plus grandes difficultés à avoir accès au dépistage, aux soins et à adhérer au traitement du VIH du fait du manque des services adaptés à leurs besoins spécifiques.

Dans le cadre de leurs interactions avec les services de santé, les femmes cis-genres ont plus déclaré que ce n'était pas leur choix de se faire tester pour le VIH (64,8 %) contre (30,8%) des hommes cis-genres. Les hommes transgenres ont plus déclaré (94,4%) avoir évité de se rendre dans un centre de santé pour se

RESULTATS CLES

- Cibles et échantillons : total de 2104 PVVIH

Population générale (1606)

Populations clés (498)

Hommes

Femmes

TS

HSH

TG

UDI

548

1058

276

62

71

89

- Sites : ensemble des 10 régions, 41,6% des enquêtés sont dans les sites de Douala et Yaoundé

- Âge médian des participants : 36 ans, [18,86]

- Distribution des âges : La tranche de [25,29] moins représentée avec 14,8% et la plus représentée est celle de [30,39] avec 27,9%

- Identité de genre : forte féminisation du sexe masculin avec +3,6% ; Cette forte féminisation du sexe masculin se concentre dans la tranche d'âge [18,29]

- Durée moyenne de connaissance de la séropositivité : 7,6 ans

- 7,8% des participants vivent avec un handicap (audition, mobilité, intellectuel ou développemental)

- Profession et Education : 31,8% des enquêtés sont sans emploi avec une forte dominance féminines (77,8%) ; 14,6% n'ont aucune éducation formelle et 15,3% ont fini le cycle universitaire/enseignement supérieur.

- Divulgateur : 48,0% affirment que leur séropositivité est connue par conjoints/partenaires et 17,0% de ceux-ci déclarent que cette divulgation a été faite sans leur consentement

- Expérience de la stigmatisation : 3,7% ont été victime de violence corporelle au cours de la dernière année

- Stigmatisation interne : 12,5% se sont isolés de leur proches ; 13,1% ne veulent plus avoir des relations sexuelles ; l'auto-stigmatisation est inversement proportionnelle à la durée de connaissance du statut

- 8,2% ont évité un centre de santé et/ou l'hôpital quand ils en avaient besoin en raison d'une stigmatisation anticipée.

17,2% des participants à l'étude ont déclaré avoir déjà interrompu ou stoppé leurs traitements aux antirétroviraux (TARV)

- Les PC vivant avec le VIH sont disproportionnellement exposées par rapport à la PG vivant avec le VIH du fait de la superposition de plusieurs facteurs, 12,6% des PC ont déclaré avoir déjà été arrêtées ou traduites en justice sur la base d'une accusation liée à mon statut sérologique contre 1,6% seulement des PG.

faire soigner en raison de leur séropositivité. Par rapport aux atteintes aux droits à la santé sexuelle et reproductive, les enquêtés qui se sont identifiés comme femme (1,0%) ont été conseillées par le personnel de santé d'interrompre une grossesse, (0,1%) ont subi une pression pour utiliser une méthode ou option particulière d'accouchement, (0,6%) ont été poussées à utiliser une pratique particulière d'alimentation du nourrisson et (0,6%) ont été poussées à suivre un traitement contre le VIH pendant la grossesse.

17,9% des enquêtés âgés de 18-21 ans ont déclaré éviter de se présenter dans un centre de santé pour recevoir des soins du fait de leur statut VIH. 17,2% ont déclaré avoir déjà interrompu ou arrêté leur traitement aux antirétroviraux. 15,5% des jeunes de 18-21 ans se sont sentis coupable de leur statut VIH positif. 30,0% ont déclaré avoir éprouvé de la honte parce qu'ils sont séropositifs.

Même après deux ans de vie avec le VIH, les participants à l'étude ont déclaré éviter les cliniques ou les centres de santé quand ils en avaient besoin (8,2%). Ces participants ont également été les plus fréquents à rapporter des problèmes liés à la santé mentale (8,6%).

1,3% des interviewés ont reporté avoir été obligés de faire un dépistage du VIH ou de dévoiler leur statut pour recevoir des soins de santé, 1,0% ont signalé avoir été forcés de faire un test du VIH afin d'obtenir un visa ou demander la résidence ou la citoyenneté dans un pays.

CONCLUSION

Les résultats de cette enquête sont en faveur de l'hypothèse selon laquelle la stigmatisation liée au VIH au Cameroun est due à une combinaison de facteurs notamment le statut VIH, l'orientation sexuelle, le commerce du sexe, la consommation de drogues injectables et l'identité du genre. En plus, ils montrent à juste titre que l'atteinte de l'objectif d'élimination de l'épidémie de SIDA en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 au Cameroun passe nécessairement par la réduction de la stigmatisation et discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et de celles issues des populations clés en particulier. Pour cela, il est urgent que des actions concertées soient entreprises pour juguler ces deux fléaux. C'est dans ce sens que des recommandations ont été émises à la suite de cette enquête sur l'index Stigma à l'endroit des institutions et tous les acteurs impliqués dans la riposte.

ABSTRACT

BACKGROUND

Cameroon is one of the countries most affected by HIV in the West and Central Africa region. According to the latest estimates from the CNLS (National Committee for the Fight against AIDS) in 2022, the number of people living with HIV (PLHIV) was estimated at 480,228. Stigma remains one of the main barriers preventing PLHIV from accessing health care. The 2017 “PLHIV Stigma Index 2.0” pilot survey showed that 14.75% of PLHIV chose not to seek health care because of their HIV status.

OBJECTIVE

The objective of the PLHIV Stigma Index 2.0 study is to estimate the prevalence and nature of HIV-related stigma and discrimination against people living with HIV (PLHIV) in the aims to develop an evidence base and broader understanding to inform the HIV response in Cameroon.

METHODOLOGY

Methodological approaches: This descriptive cross-sectional study used the tools and methodology of the “People Living with HIV Stigma Index 2.0” developed by the Global Network of People Living with HIV (GNP+), the ICW and the UNAIDS (<http://www.stigmaindex.org/>) to document, analyze and report the experiences of stigma and discrimination of PLHIV. This national-scale survey targeting People Living with HIV (PLHIV) aged 18 and over, representing all PLHIV in Cameroon including those from key populations (TS, MSM, TG, IDU). The number of participants recruited was calculated using the online sample size calculator for the People Living with HIV Stigma Index available at the following link: https://hall.shinyapps.io/PLHIV_Stigma_Sample_Size_Calculator/. This calculator gave a size of 2400 adjusted to fifty, assuming 10% non-response from the sample. Data collection covered the period from November 30, 2023 to December 20, 2023 and coordinated by the Cameroonian Network of Associations of People living with HIV (RéCAP+).

Ethical and administrative considerations: In accordance with the provisions, governing human health research in Cameroon, ethical clearance (CE) and administrative research authorization (AAR) were obtained to implement this study. Our team adhered to the ethical guidelines as outlined in the protocol. Our internal quality assessment visits confirmed compliance across all sites. All staff received ethics and good clinical practice training. They all signed confidentiality agreement.

- Consent procedures have been followed adequately with no known lapses or breaches.
- No adverse events have been reported.

- Our confidentiality measures have been successful with no breaches reported and we monitored this aspect to maintain high ethical standards.
- All data collected were processed anonymously with a unique identification code assigned to each participant.

DATA ANALYSIS

The database was cleaned according to the study's standardized data dictionary, developed by the International Partnership. Only variables programmed according to the standardized methodology were retained to allow a comparison between countries in the discussion. Statistical analyzes were carried out using the open access software SPSS and Excel.

KEY RESULTS

The study covered all 10 administrative regions of the country, and 2,439 people living with HIV (PLHIV) were enrolled, surpassing the minimum target of 2,400 PLHIV, resulting in an enrolment rate of 101.6%. During the data analysis, only 2,104 participants were included due to non-compliance with certain eligibility criteria. Among the surveyed individuals, 62.6% were female, while 37.4% were male. Approximately 24% of participants belonged to key populations, with the majority being transgender individuals (55.4%). The refusal rate for participation was 2.8%.

The age of the participants ranged from 18 to 86 years, with a median age of 48 years. The average duration of seropositivity for all participants was 17 years, with a significant difference observed for each population group ($p < 0.001$). At the time of the survey, 63.9% of participants were engaged in an intimate/sexual relationship, and 21.6% of them reported that their partner(s) were living with HIV.

17.2% of the study participants reported having previously interrupted or stopped their antiretroviral therapy (ART) because of the fear of their partner, family, or friends discovering their HIV status (5.7%).

Key populations reported avoiding healthcare facilities to receive care services due to their serological status (1.6%), gender identity (0.4%), sexual orientation (3.4%), or involvement in sex work (13.4%). Among key populations, drug users (4.2%) and transgender women (3.3%) faced greater challenges in accessing HIV testing, care, and treatment due to the lack of services tailored to their specific needs.

In the context of their interactions with healthcare services, cisgender women reported more often that it was not their choice to get tested for HIV (64.8%) compared to cisgender men (30.8%). Transgender men reported more frequently (94.4%) avoiding healthcare centers for treatment due to their HIV-positive status. Regarding violations of sexual and reproductive health rights, (1.0%) were advised by healthcare personnel to terminate a pregnancy, (0.1%) experienced pressure to use a specific childbirth method or option, (0.6%) were pushed to use a particular infant feeding practice, and (0.6%) were urged to undergo HIV treatment during pregnancy.

17.9% of respondents aged 18-21 reported avoiding healthcare centers for care due to their HIV status. 17.2% stated that they had already interrupted or stopped their antiretroviral treatment. 15.5% of young individuals aged 18-21 felt guilty about their HIV-positive status. 30.0% reported experiencing shame because they are HIV-positive.

Even after two years of living with HIV, study participants reported avoiding clinics or healthcare centers when needed (8.2%). These participants were also the most likely to report mental health-related issues (8.6%).

1.3% of the interviewees reported being compelled to undergo HIV testing or disclose their status to receive healthcare, and 1.0% reported being forced to take an HIV test to obtain a visa or apply for residency or citizenship in a country.

CONCLUSION

The results of this survey support the hypothesis that HIV-related stigma in Cameroon is due to a combination of factors including HIV status, sexual orientation, sex work, injection drug use and gender identity. In addition, they rightly show that achieving the objective of eliminating the AIDS epidemic as a threat to public health by 2030 in Cameroon necessarily involves reducing stigma and discrimination against PLHIV and those from key populations in particular. For this, it is urgent that concerted actions be taken to curb these two scourges. It is in this sense that, recommendations are made following this survey on the Stigma index to the institutions and all the actors involved in the response.



INTRODUCTION



1. INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE AU CAMEROUN

La population totale du Cameroun a été estimée à 27 060 096 habitants en 2022 et le nombre total projeté de PVVIH en 2022 était de **480 232** (SPECTRUM, 2022). L'épidémie du VIH est de type concentré avec une prévalence de 2,7% dans la population de 15 à 49 ans avec une grande disparité entre femmes (3,4%) et hommes (1,9%) (EDSC - V 2018). Les femmes de 15 à 49 ans sont touchées de manière disproportionnée par rapport aux hommes de la même tranche d'âge. L'évolution décroissante est similaire dans les deux sexes et le différentiel femmes/hommes persiste depuis 2004, avec une sex-ratio d'environ 2/1.

Selon la dernière enquête démographique et de sante (EDS 2018), les disparités selon les tranches d'âge et le sexe demeurent très marquées. Si, chez les 15-19 ans la prévalence est quasiment la même chez les hommes que chez les femmes, l'écart se creuse à partir de la tranche 20-24 ans. De manière globale, la prévalence plus élevée chez les femmes que chez les hommes (3,4% versus 1,9% chez les 15-49 ans) s'observe dans toutes les tranches d'âge après l'âge de 19 ans. Partant de 0,8% parmi les jeunes filles de 15-19 ans, la prévalence du VIH augmente très rapidement chez les femmes pour atteindre un maximum de 6,5% chez les 35-39 ans ; elle décroît ensuite à 4,9% pour la tranche d'âge des 45-49 ans pour se stabiliser à 4,8% pour la tranche d'âge des 50-64 ans. En revanche, chez les hommes, la prévalence du VIH est plus élevée dans la tranche d'âge des 35-39 ans. En effet, partant de 0,7% parmi les 15-19 ans pour atteindre 3,6% pour la tranche d'âge 35-39 ans, avant de décroître à 1,8% pour les personnes de 45-49 ans et se stabiliser à 1,9% parmi les personnes de 50-64 ans. Cette baisse de la prévalence au cours de cette période (40-44 ans) attire l'attention sur une éventuelle surmortalité de la population vivante avec le VIH au cours de cette période de vie. La même enquête a montré que les tranches d'âge 35-39 ans et 40-44 sont les plus touchées pour les deux sexes.

Selon le rapport annuel de l'ONUSIDA 2018, le Cameroun est le deuxième pays le plus touché de la Région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre par l'infection à VIH. Dans l'ensemble, la prévalence du VIH chez les personnes de 15-49 ans a baissé progressivement : 5,4 % en 2004, 4,3 % en 2011, et 2,7 % en 2018. Elle est concentrée dans certains groupes spécifiques tels que les Travailleuses de Sexe (TS : 24,3%) et les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (20,6%) (IBBS, 2016).

La distribution épidémiologique ne montre aucune disparité significative entre les zones urbaines (2,9%) et les zones rurales (2,4%). Dans les deux grandes villes de Yaoundé et Douala, la prévalence du SIDA/ VIH est de 2,4% chacune.

Par ailleurs, la distribution de la prévalence selon les régions montre une disparité. Elle est plus élevée dans les régions du Sud (5,8 %) et de l'Est (5,6 %) et par ailleurs plus faible dans la région de l'Extrême-Nord (1,1 %) (Graphique 1).

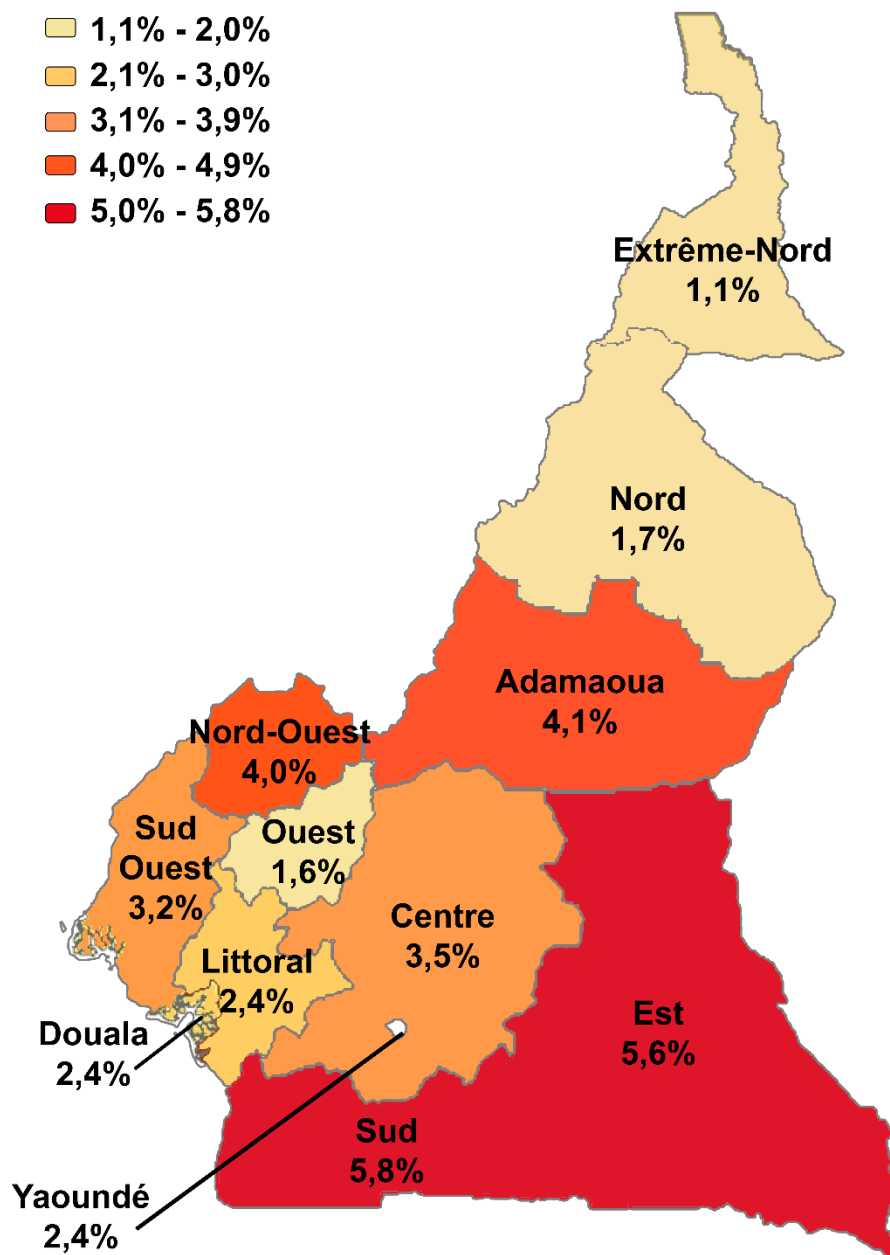


Figure 1: Prévalence du VIH par région²

² Source : EDS, 2018

Selon le SPECTRUM 2022 le nombre total de personnes vivant avec le VIH au Cameroun est estimé à **480 232 en 2022** ; dont 319 583 (66,6%) femmes, 451 057 PVVIH âgés de 15 ans et plus et 91 070 de 50 ans et plus. L'estimation du nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH est de 29 175 en 2022, les adolescents (10-19 ans) de 27 603 et les jeunes (15-24 ans) de 44 516.

Selon la répartition géographique des Personnes vivant avec le VIH (PVVIH), la majorité se trouvent dans les grandes villes à savoir Yaoundé (18,1%) et Douala (13,4%) suivi de la ville de Bamenda (9,3%). Le Littoral (sans Douala) a le plus faible pourcentage de PVVIH, avec 3,0%

Tableau 1: Répartition des PVVIH estimés en 2022 selon la région

Région	Hommes	Femmes	Total	Poids
Cameroun	160645	319583	480228	100,0%
Adamaoua	8906	17202	26109	5,4%
Centre (sans Yaoundé)	12724	25456	38180	8,0%
Douala	21648	42666	64314	13,4%
Est	13331	26531	39862	8,3%
Extrême-Nord	11131	20690	31821	6,6%
Littoral (sans Douala)	4739	9725	14464	3,0%
Nord	11807	22362	34170	7,1%
Nord-Ouest	13640	30954	44594	9,3%
Ouest	10280	22392	32672	6,8%
Sud	8642	16388	25030	5,2%
Sud-Ouest	14058	28207	42265	8,8%
Yaoundé	29738	57010	86748	18,1%

1.2 DEFINITION DES CONCEPTS CLES

Indice : Dans ce contexte, Indice se réfère à un recueil d'informations (données) organisées d'une façon qui nous permette de parvenir à des conclusions globales sur des questions particulières et de mesurer les différences de situation en différents endroits et/ou de mesurer la manière dont une situation a changé au fil du temps.

Indice de stigmatisation : Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. C'est un projet qui a été développé et mis en œuvre par et pour les personnes vivant avec le VIH. Il vise à recueillir des informations sur les expériences des personnes vivant avec le VIH en rapport avec la stigmatisation, la discrimination et leurs droits.

La stigmatisation : la stigmatisation est un processus dynamique qui consiste à dévaloriser, à discréditer de manière significative un individu aux yeux des autres. Elle se caractérise par le rejet, la dénégation, le discrédit, le mépris, la dévalorisation et la mise à distance sur le plan social. Dans une culture ou une situation particulière, certains attributs sont choisis et définis par d'autres

personnes comme peu honorables ou sans valeur. La stigmatisation des PVVIH se résume au “traitement injuste d’un individu, basé sur son statut sérologique, perçu ou réel”. Elle conduit le plus très souvent à la discrimination et à la violation des droits de l’homme.

Stigmatisation interne : on l’appelle aussi la stigmatisation « ressentie ». Elle est utilisée pour décrire ce qu’une personne vivant avec le VIH ressent par rapport à elle-même et, notamment, si elle a un sentiment de honte par rapport à sa séropositivité. La stigmatisation interne peut entraîner une faible estime de soi, un sentiment de moindre valeur et une dépression et peut aussi amener une personne vivant avec le VIH à éviter tout contact social et intime ou à s’exclure de l’accès aux services et aux opportunités, de peur de voir son statut révélé ou d’être victime de discrimination à cause de son statut séropositif.

La discrimination : La discrimination est la conséquence de la stigmatisation. La discrimination, telle que définie par l’ONUSIDA (2001) dans le Protocole pour l’identification de la discrimination à l’égard des personnes vivant avec le VIH, renvoie à toute forme de distinction, d’exclusion ou de restriction arbitraires à l’égard d’une personne, généralement mais pas exclusivement, en fonction d’une caractéristique inhérente à cette personne ou perçue comme appartenant à un groupe particulier, par exemple dans le cas du VIH et du SIDA, une personne dont le statut VIH est confirmé ou supposé positif, que ces mesures aient ou non une quelconque justification. La discrimination se produit à différents niveaux. Elle peut se manifester au sein d’une famille ou dans un cadre communautaire.

Relation entre stigmatisation et discrimination : La stigmatisation relève d’une dévalorisation de la personne, tandis que la discrimination implique une action pour lui nuire ou la mettre à l’écart. La stigmatisation et la discrimination sont étroitement liées, se renforçant et se légitimant mutuellement. La stigmatisation est à l’origine d’actes discriminatoires, et conduit les individus à des actions, ou à des omissions, qui mettent les autres en danger ou à leur refuser des services ou des droits. La discrimination encourage et renforce la stigmatisation.

Cercle vicieux entre stigmatisation, discrimination et violations des droits de l’homme : La discrimination est une violation des droits de la personne. Le principe de non-discrimination, au cœur de la notion de reconnaissance de l’égalité pour tous, est consacré par la *Déclaration universelle des droits de l’homme* et par d’autres instruments fondamentaux relatifs aux droits de la personne. Ces instruments interdisent, entre autres, la discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l’opinion politique ou autre, la propriété, la naissance, ou tout autre statut. Par ailleurs, la Commission des droits de l’homme des Nations Unies, dans ses résolutions, a déclaré que le terme ‘ou tout autre statut’ devrait être interprété comme couvrant également l’état de santé, y compris le VIH et le SIDA, et que la discrimination fondée sur une séropositivité au VIH (réelle ou présumée) est prohibée par les normes existantes relatives aux droits de l’homme.

La stigmatisation et les actes discriminatoires violent, à leur tour, le droit humain fondamental d'être à l'abri de la discrimination. Outre le fait de constituer une violation des droits de la personne en elle-même, la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH ou de celles dont on pense qu'elles sont infectées par le VIH, viole également d'autres droits fondamentaux de la personne, comme le droit à la santé, à la dignité, à la vie privée, à l'égalité devant la loi, et de ne pas subir de traitement ou de châtiment inhumain et dégradant.

Un environnement social qui favorise les violations des droits de la personne peut légitimer, à son tour, la stigmatisation et la discrimination d'où ce cercle vicieux (figure 2).

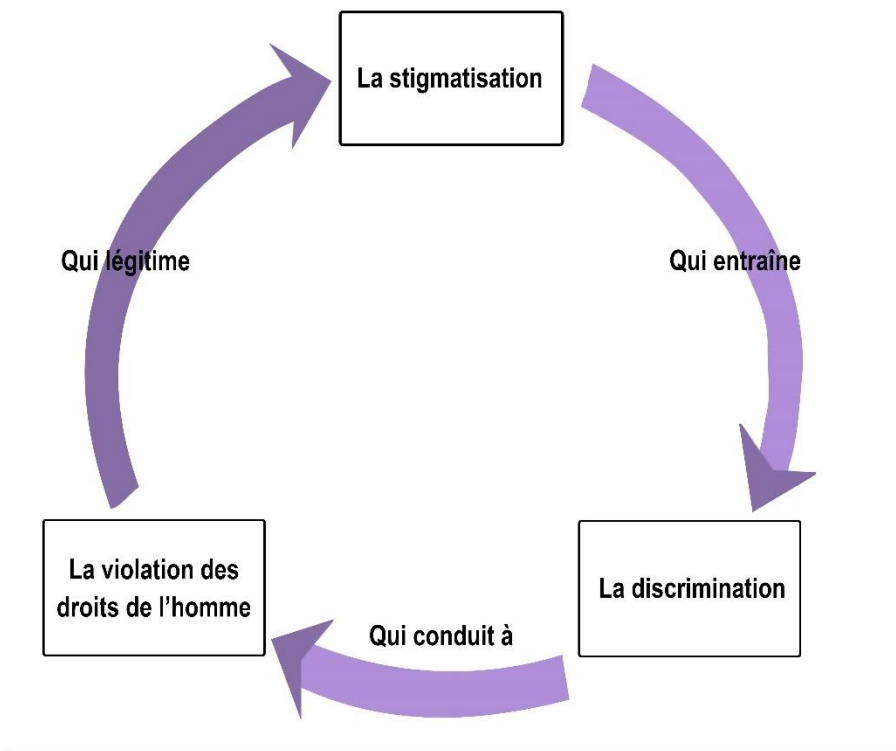


Figure 2. Cycle de la stigmatisation, de la discrimination et des violations des droits de la personne. (Source ONUSIDA, 2005)

³Diagramme élaboré par Miriam Maluwa et Peter Aggleton.

Blâmer une personne : C'est suggérer que la personne est responsable d'avoir fait quelque chose de mal ou l'accuser d'avoir fait quelque chose de mauvais.

Confidentiel : Garder une information privée ou secrète. Assurer la confidentialité implique de faire en sorte que l'information soit gardée privée ou secrète et ne soit pas partagée avec ou connue d'autres personnes. La confidentialité est souvent associée à un sentiment de confiance

³ ONUSIDA/UIP (1999) *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/SIDA, la législation et les droits de l'homme : Mesures de lutte contre les effets dévastateurs du VIH/SIDA sur les plans humain, économique et social*. Genève, Suisse.

ou à la croyance que si vous dites à quelqu'un quelque chose de privé ou de secret, il/elle ne partagera par cette information avec d'autres personnes sans votre permission.

Consentement écrit ou oral : Accord volontaire ou autorisation. L'accord écrit c'est donner une autorisation écrite, et un accord verbal c'est donner une autorisation verbale.

Consentement éclairé : C'est donner une autorisation en pleine connaissance de cause des implications de son engagement.

1.3 JUSTIFICATION DE L'ENQUETE

Comme c'est souvent le cas dans les pays où l'épidémie est de type concentré, la stigmatisation et la discrimination liée au VIH au Cameroun y compris dans les structures de prise en charge du VIH, restent élevées. L'enquête pilote « Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 » de 2017, menée dans 3 pays sub-sahariens par METABIOTA en étroite collaboration avec le Réseau Camerounais des Associations des Personnes vivant avec le VIH (RéCAP+) et Johns Hopkins University (JHU), a montré que la stigmatisation liée au VIH a été vécue par 54% des 377 participants au Cameroun contre 13% des 390 participants et 37 % des 391 répondants au Sénégal et en Ouganda, respectivement⁴.

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH entraînent une dégradation de la santé mentale, un faible recours aux services et une faible adhésion aux médicaments antirétroviraux (ARV). En raison de la superposition de différents types de stigma, les Populations Clés (PC) séropositives sont les plus exposées aux conséquences négatives sur la santé⁵.

Au Cameroun, la stigmatisation et la discrimination ont un impact sur l'identification et le diagnostic des PVVIH au sein de la population à travers le refus de l'utilisation des services de dépistage du VIH et le déni du statut sérologique en cas de résultat positif. Elles ont également un impact sur la mise sous traitement et la suppression de la charge virale à travers le refus de l'acceptation du statut séropositif, la faible adhésion au traitement ou son interruption, la faible rétention au traitement et subséquemment une faible suppression de la charge virale.

Les PC vivant avec le VIH sont confrontés à une double stigmatisation portant sur leur statut sérologique, couplée à leur orientation et/ou pratique sexuelle. L'enquête IBBS 2016 sur les PC a révélé que ces sous-groupes de populations subissent des remarques discriminatoires de la part des membres de leur famille en rapport avec leur travail sexuel ou leur orientation sexuelle (TS 12 %, HSH 14%), et craignent de se diriger vers des services de santé (TS 6%, HSH 14%). Les taux élevés de stigmatisation subis par les populations clés (telles que les HSH et les professionnel(le)s du sexe) ont entravé l'accès aux services liés au VIH et 25 à 33% des répondants avaient hésité à

⁴ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32881790/>

⁵ Costa et al, 2022

se faire dépister par crainte de la réaction des autres s'ils étaient séropositifs⁶. 54% ont choisi de ne pas solliciter un soutien social et 54,25% ont choisi de s'isoler de la famille et ou des amis toujours selon la même étude.

La stigmatisation reste l'un des principaux obstacles empêchant les PVVIH d'accéder aux soins de santé. Selon l'enquête pilote « Indice de Stigmatisation des PVVIH2.0 » de 2017, 14,75% des PVVIH ont choisi de ne pas solliciter les soins de santé à cause de leur statut sérologique⁷. La stigmatisation et la discrimination constituent un obstacle au conseil et aux tests volontaires ainsi qu'à l'efficacité des services de prévention et de soins du VIH. Cette tendance à refuser d'aller chercher le traitement, soins et soutien alimente la stigmatisation et la discrimination, et renforce d'autant ce cycle vicieux qui disrumpte la prise en charge globale des PVVIH. Et ce, parce que les stéréotypes et les craintes perdurent jusqu'à ce que les personnes vivant avec le VIH soient affaiblies et souffrent des symptômes de la phase finale du SIDA, et que le déni et le silence renforcent la stigmatisation vis-à-vis de ces individus déjà vulnérables (Figure 3).

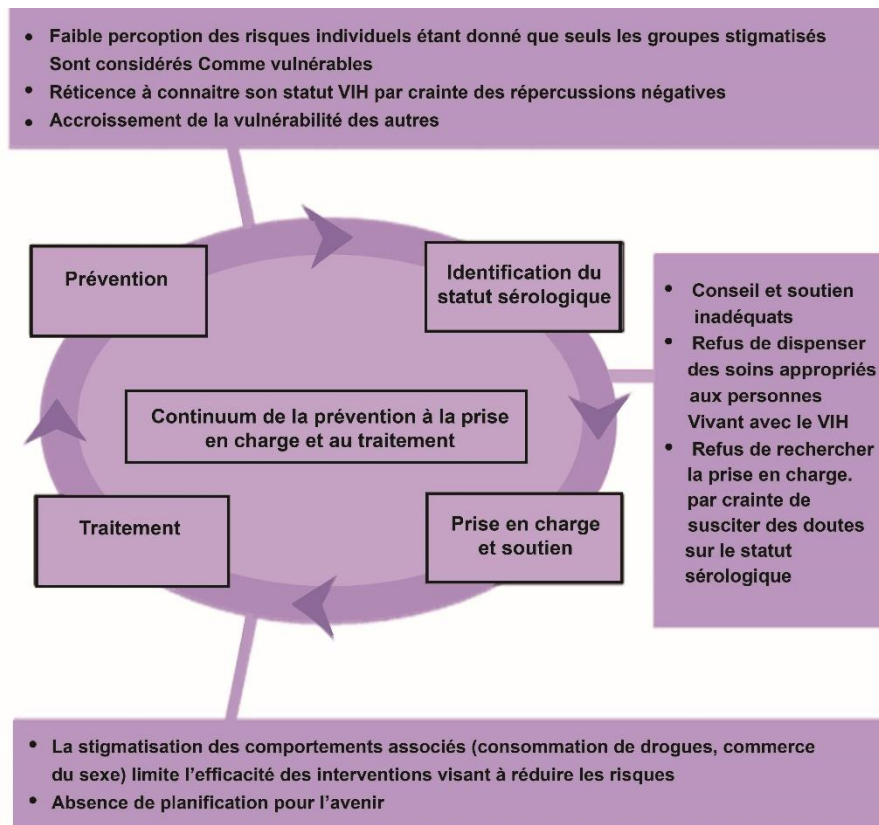


Figure 3 : Les répercussions de la stigmatisation et de la discrimination associées au SIDA sur l'ensemble des mesures, allant de la prévention à la prise en charge et au traitement (adapté de Busza 1999)⁸

⁶ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32881790/>

⁷ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32881790/>

⁸ Ce diagramme adapté de: Busza J. (1999) *Challenging HIV-related stigma and discrimination in Southeast Asia: past successes and future priorities*. Population Council: Horizons Project. http://www.popcouncil.org/horizons/reports/book_report/default.html

D'après les résultats de l'étude « Indice de Stigmatisation 1.0 » des PVVIH, réalisée au Cameroun en 2011, le milieu familial et le milieu religieux présentent les lieux où on enregistre les plus grands taux de stigmatisation, avec 81,2% des PVVIH exclues des activités familiales et 72,4% exclues des activités religieuses. Les attitudes discriminatoires et stigmatisantes auxquelles sont souvent confrontés les PVVIH au quotidien comme le rejet dans la société et dans la famille ainsi que le regard dédaigneux des autres constituent non seulement un obstacle à la prévention des nouvelles infections, mais aussi à l'accès aux soins du VIH.

La mise en œuvre d'une étude Index Stigma 2.0 au Cameroun trouve ainsi sa justification en ceci qu'elle fournit des données détaillées sur la nature et prévalence du stigma et de la discrimination dans le cadre de la riposte contre le VIH, ainsi que des recommandations concrètes de nature à améliorer le programme VIH et contribuer à l'atteinte des objectifs de contrôle épidémique.

1.4 PRESENTATION DE RECAP+

Le Réseau Camerounais d'Associations de Personnes vivant avec le VIH (RéCAP+) a pour objectifs spécifiques de :

- Promouvoir l'échange d'informations et d'expérience entre les associations membres du réseau ;
- Encourager la création et l'encadrement des associations des PVVIH ;
- Renforcer les capacités des associations membres ;
- Mener des plaidoyers auprès des institutions nationales et internationales pour l'amélioration de la prise en charge des PVVIH et la protection de leur droit ;
- Mettre en œuvre des projets à travers ses associations membres ;
- Assurer le suivi et l'évaluation des projets conçus pour ses Associations membres.

Le RéCAP + a été créé par trois associations de personnes vivant avec le VIH /SIDA à savoir Association des Frères et Sœurs Unis (AFSU), Association des Femmes Actives et Solidaires (AFASO) ET SUNAIDS, lors d'un atelier de planification organisé par le Réseau Africain des Personnes vivant avec le VIH/SIDA en août 2000.

Il s'implante réellement en 2002 lors d'une assemblée constitutive qui regroupait 22 associations provenant de toutes les dix régions du Cameroun, désignant ainsi 10 point focaux régionaux donc le premier bureau est abrité par AFASO. En 2004, une deuxième assemblée générale siège et instaure les statuts, le règlement intérieur, tout en renouvelant l'équipe de coordination. En mars 2006 une troisième assemblée générale est convoquée pour la restructuration du règlement intérieur et l'élection du conseil d'administration. Dès lors, des projets importants sont mis en œuvre sur l'index de stigmatisation et discrimination des PVVIH, les droits humains, global criminalisation GIPA report card, santé sexuelle et reproductive, etc.



OBJECTIFS



2. OBJECTIFS

2.1 OBJECTIF GENERAL

L'objectif global de l'étude de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 est d'estimer la prévalence et la nature de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH à l'endroit des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le but de développer une base de données probantes et une compréhension élargie pour éclairer la riposte au VIH au Cameroun. Cette estimation a nécessité une bonne documentation des expériences vécues/ressenties par les PVVIH en matière de stigmatisation, de discrimination et de connaissance de leurs droits.

2.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Les objectifs spécifiques se résument à :

- 1) Déterminer le niveau de stigmatisation et de discrimination dont font face les PVVIH ;
- 2) Documenter les expériences de stigmatisation et de discrimination liées au VIH, y compris la stigmatisation intersectionnelle due à un comportement à risque, vécues par les PVVIH au Cameroun ;
- 3) Déterminer l'impact de la stigmatisation et de la discrimination liée au VIH sur la divulgation du statut VIH, la prévention, les services de soins/traitement aux PVVIH et les opportunités manquées dans les services liés au VIH ;
- 4) Générer une base des données probantes pour informer le développement et la mise en œuvre des politiques nationales qui protègent les droits des PVVIH ;
- 5) Générer des preuves pour un plaidoyer national pour le changement des politiques dans le sens de l'amélioration des interventions programmatiques pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH au Cameroun.



MÉTHODOLOGIE



3. MÉTHODOLOGIE

3.1 SITES GEOGRAPHIQUES DE L'ENQUETE

Cette enquête a été d'une envergure nationale, représentative de l'ensemble des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) vivant dans les dix régions du Cameroun. La répartition du nombre des personnes vivant avec le VIH estimées par région, SPECTRUM 2022⁹, a été utilisée pour déterminer les villes à forte concentration des PVVIH. Il s'agit des capitales régionales qui sont des zones hautement urbaines : Bafoussam, Bamenda, Bertoua, Buéa, Douala, Ebolowa, Garoua, Maroua, N'Gaoundéré, Yaoundé. En plus du caractère de la densité des PVVIH, nous avons tenu compte de l'existence des structures de prise en charge cliniques des PVVIH, de la présence des organisations communautaires offrant les services aux PVVIH. Il s'agissait des centres de traitement agréé (CTA) dans les zones urbaines et des unités de district de prise en charge (UPEC) qui couvrent les unités administratives des zones rurales. Ainsi, la répartition des sites de collecte des données a tenu compte des zones administratives urbaines (CTA) et des zones administratives rurales (UPEC), des organisations communautaires qui se trouvent autant dans les zones urbaines que rurales. Les sites d'étude se sont résumés à :

- Hôpital régional de chaque chef-lieu de région
- Hôpital de District des chefs-lieux des régions (Bafoussam, Bamenda, Bertoua, Buéa, Ebolowa, Garoua, Maroua, N'Gaoundéré)
- Hôpital Laquintinie de Douala, Hôpital de district de Bonassama à Douala,
- Hôpital Central de Yaoundé, Hôpital Général de Yaoundé, Hôpital de district de Biyem-Assi, Hôpital de district de la cité verte, Hôpital de district d'éfoulam
- Les organisations à base communautaires offrant les services aux PVVIH, membres ou non du RéCAP+

3.2 CIBLES DE L'ENQUETE

Cette enquête a porté sur l'ensemble des PVVIH y compris celles issues de la population générale et celles issues des populations clés comprenant les travailleurs de sexe (TS), les hommes ayant des rapports sexuels avec les autres hommes (HSH), les personnes transgenres (TG) et les utilisateurs de drogue (UD)¹⁰. Les TG et les UDI n'ont été enquêtés que dans les villes de Yaoundé et de Douala qui sont les villes présentant le nombre le plus significatif de ces populations. Dans un contexte de forte stigmatisation limitant l'accès de certains PVVIH aux structures de prise en charge médicale, la population source, c'est-à-dire celle dont l'échantillon extrait pour la réalisation de l'enquête, a été constituée des personnes adultes vivant avec le VIH (âgées de 21 ans et plus), résidant dans les villes ciblées par l'enquête, appartenant ou non à une association

⁹ [Estimations et projections VIH 2020-2025 \(minsante.cm\)](https://minsante.cm)

¹⁰ Plan national de santé (ministère de la Santé publique). (2018-2022)

membre du RéCAP+, suivies ou non dans des structures de prise en charge, et sélectionnées selon la procédure d'échantillonnage choisie pour le sous-type de PVVIH (population générale et population clé). L'identification des différents sous-types de PVVIH ciblées dans le cadre de cette enquête a nécessité une collaboration active avec les ONG offrant des services à ces populations cibles. Ainsi, cinq sous-types de PVVIH ont été ciblés dans le cadre de cette étude comprenant les PVVIH issues de la population générale, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), des populations transgenres, des travailleurs de sexe, des utilisateurs de drogues injectables.

Les critères d'éligibilité étaient définis conformément aux orientations de mise en œuvre de l'index stigma 2.0 (tableau 2)

Tableau 2 : Critères d'éligibilité des différents sous-types des populations cibles

Population générale & Populations clés (PS, HSH, UD, TG)
Être une PVVIH âgée de 18 ans et plus
Avoir connaissance de son statut de PVVIH depuis au moins 12 mois
Capable de fournir un consentement non seulement verbal mais écrit et de comprendre les éléments de l'étude
Avoir donné son consentement éclairé à participer à l'étude
Parler et comprendre au moins le français et/ou l'anglais

Estimation de la taille minimum de l'échantillon : Le nombre des participants à recruter a été estimé en utilisant le calculateur¹¹ en ligne de la taille d'échantillons de l'Indice de Stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Pour éclairer les calculs de puissance et de taille d'échantillon, la proportion de 14,75%¹² des PVVIH qui ont choisi de ne pas solliciter les soins de santé à cause de leur statut sérologique (en 2017) et la précision de 3% autour de cette proportion étaient utilisées. Ainsi, le calculateur a fourni une taille d'échantillon de 2147 et en assumant 10% de non-réponse de l'échantillon, nous avons inclus un minimum de 215 PVVIH, pour un total de 2362 participants et une taille ajustée à la cinquantaine de 2400 participants. Cette taille était répartie proportionnellement entre les différentes unités administratives incluses dans l'étude globale en fonction de leur contribution au poids de l'épidémie nationale.

Au regard de la nécessité de diversification, de représentativité de la population d'étude et des recommandations de GNP+, l'échantillon a été constitué de 70% (1680) des PVVIH issues de la population générale et de 30% (720) de PVVIH issues des populations clés définies dans le plan stratégique national comme, les travailleurs de sexe (TS), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), les personnes transgenres (TG) et les utilisateurs des drogues (UD). Compte tenu de la contribution du genre dans l'épidémie, 66,7% (1118) des femmes contre 33,3% (562) des hommes devraient être recrutés pour le sous-type de la population générale (Tableau 3)

¹¹ https://hall.shinyapps.io/PLHIV_Stigma_Sample_Size_Calculator/.

¹² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32881790/>

Selon les dernières estimations SPECTRUM 2023, le Cameroun conteraient 58 241 HSH, 135 993 TS, 3452 UD et 1826 TG. L'analyse situationnelle de l'épidémie et de la riposte au VIH au Cameroun révèle dans l'ensemble une absence de données probantes, d'interventions et d'intervenants sur les populations TG et UD dans le pays à l'exception de Douala et Yaoundé où des données programmatiques montrent qu'un millier de TG et des UD ont eu accès à des services de prévention. Par conséquent, les TG et UD vivant avec le VIH seront recrutés uniquement dans les villes de Yaoundé et Douala où leur présence est plus fréquente. Ainsi, dans le sous-type des populations clés :

- À Yaoundé, environ 33% (62) des 187 PVVIH issues des PC seront des UD (31) et TG (31) dans un rapport 1 : 1 ; et 67% (125) des 187 PVVIH issues des PC seront des TS (78) et HSH (47) dans un rapport d'environ 2 : 1 respectivement.
- À Douala, environs 33% (40) des 118 PVVIH issues des PC seront des UD (20) et TG (20) dans un rapport 1 : 1 ; et environs 67% (79) des 118 PVVIH issues des PC seront des TS (49) et HSH (30) dans un rapport d'environ 2 : 1 respectivement.

Ainsi, en se référant à la taille de la population des TS, HSH, UD et TG ainsi qu'à la prévalence moyenne du VIH au sein de chacune de ces populations, nous nous étions proposés de recruter un total de 720 PC. Etant donné que nous ne disposions pas des données sur la contribution des PC dans l'épidémie régionale, nous avons considéré le poids de chaque région dans l'épidémie globale pour calculer la taille des PC. Ceci nous donnait la répartition de 404 TS, 215 HSH, 51 TG et 51 UD tous vivant avec le VIH (Tableau 3).

Les perdus de vue (PDV) : Selon SPECTRUM 2022, le nombre des PVVIH était estimé à 480229, 460088 étaient identifiés et 92,3% (424771) étaient sous antirétroviral, soit 7,7% des perdus de vue. Ainsi, un minimum de 130 PDV seront issues de la population générale et 56 des populations clés, soit un total de 186 PDV.

Tableau 3. Répartition de la taille minimum de l'échantillon requis par sous-type de PVVIH et par région

Region d'enquête	Ville d'etude	PVVIH 15 ans et plus	Contribution homme/femme au poids de l'epidemie regionale				p*	Taille des PVVIH (70% N)			Taille des PCVVIH (30% N)				
			Homme		Femme			Total	Homme	Femme	Total	TS	HSH	TG	UDI
Adamaoua	Ngoundere	26109	8906	34%	17202	66%	5,4%	91	31	60	39	26	13		
Centre	Yaounde	124928	42462	34%	82466	66%	26,0%	437	149	288	187	78	47	31	31
Est	Bertoua	39862	13331	33%	26531	67%	8,3%	139	47	93	60	40	20		
Extrême-Nord	Maroua	31821	11131	35%	20690	65%	6,6%	111	39	72	48	32	16		
Littoral	Douala	78778	26387	33%	52391	67%	16,4%	276	92	183	118	49	30	20	20
Nord	Garoua	34170	11807	35%	22362	65%	7,1%	120	41	78	51	34	17		
Nord-Ouest	Bamenda	44594	13640	31%	30954	69%	9,3%	156	48	108	67	45	22		
Ouest	Bafoussam	32672	10280	31%	22392	69%	6,8%	114	36	78	49	33	16		
Sud	Ebolowa	25030	8642	35%	16388	65%	5,2%	88	30	57	38	25	13		
Sud-Ouest	Buea	42265	14058	33%	28207	67%	8,8%	148	49	99	63	42	21		
Total		480229	160644	33%	319583	67%	100%	1680	562	1118	720	404	215	51	51

* la contribution de chaque région au poids de l'épidémie nationale

Dans toutes les villes d'étude, les sites étaient dans les centres de traitement agréé (CTA), les unités de district de prise en charge (UPEC), les organisations offrant les services aux PVVIH membres ou non du ReCAP+ et les organisations à base communautaires offrant les services aux populations clés. La répartition des participants sera en fonction de la file active de chaque structure.

3.3 Instruments de collecte des données

Cette étude a utilisé les outils et la méthodologie de « l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0 » développés par le partenariat international de l'indice de stigmatisation (GNP+, l'ICW et l'ONUSIDA) <http://www.stigmaindex.org/>.

Ce questionnaire électronique a été administré à l'aide des tablettes androïdes par les enquêteurs selon une approche participative dite en « côte à côte ». Il comporte soixante-dix-huit (78) questions subdivisées en huit sections axées sur les éléments suivants :

Section A : Informations générales sur le participant (l'âge, le sexe biologique, l'identité du genre, la vie sexuelle, le niveau d'éducation formel, la situation professionnelle actuelle, le niveau de vulnérabilité socioéconomique ou de pauvreté, l'appartenance à un groupe ayant une vulnérabilité spécifique, l'appartenance à un groupe de soutien et/ou d'un réseau de personnes vivant avec le VIH).

Section B : Divulgence du statut VIH de l'enquêté (les expériences de divulgation du statut VIH).

Section C : Indicateurs axés sur l'expérience de l'année écoulée rapportée par les personnes vivant avec le VIH, concernant la stigmatisation et la discrimination liées au VIH induite par d'autres personnes.

Section D : Indicateurs axés sur l'expérience rapportée par les personnes vivant avec le VIH concernant la stigmatisation interne/intériorisée (ressenti personnel) et la résilience.

Section E : Indicateurs relatifs aux interactions avec les services de soins de santé notamment le test du VIH (raison, motivation et conditions de réalisation) ; la demande des soins ou des traitements pour le VIH (hésitation, incitation à attendre ou à éviter) ; l'accès aux traitements antirétroviraux et l'observance ; l'état de santé général (infections opportunistes/Co-infection, IST, trouble de santé mentale) ; les expériences de prestation de services spécifiques au VIH ou non avec des agents de l'établissement de soins de santé ; la Santé sexuelle et reproductive notamment le désir de procréation.

Section F : Indicateurs portant sur des expériences de stigmatisation et/ou de discrimination liées au VIH au cours de l'année écoulée, concernant particulièrement les Droits de la personne et les

actions pour le changement (violations de droits, sollicitation de recours, connaissance de l'existence des lois protégeant les PVVIH contre la discrimination, actions entreprises).

Section G : Indicateurs portant sur des expériences de stigmatisation et de discrimination pour d'autres motifs que le statut sérologique (identité du genre, orientation sexuelle, appartenance aux populations les plus exposées au risque d'infection ou de transmission du VIH).

Section H : Expériences personnelles de stigmatisation/discrimination (stigmatisation liée au dévoilement, aux interactions avec les services de santé, aux droits ou aux efforts pour susciter des changements positifs).

Le processus consistant à couvrir les différents points du questionnaire est conçu pour être participatif et permettre aux enquêtés de réfléchir aux problèmes qu'ils rencontrent de manière globale. Ceci a permis de les aider à évaluer leurs propres capacités et opportunités d'action par rapport aux problèmes soulevés. L'approche de l'entretien a permis aux personnes enquêtées de poser des questions tout en progressant, afin de tirer profit du processus de l'entretien.

35

3.4 CLAIRANCE ETHIQUE (CE) ET AUTORISATION ADMINISTRATIVE DE LA RECHERCHE (AAR)

Bien que n'utilisant pas de procédures particulièrement invasives, l'enquête a cependant abordé des questions liées à la vie privée des PVVIH. Ainsi, conformément aux dispositions qui encadrent la recherche au Cameroun, le protocole d'étude, les formulaires de consentement et les outils de collecte des données ont été soumis au comité national d'éthique de la recherche en santé humaine (CNERSH) spécialisé dans les revues de dispositions visant à respecter les codes d'éthique de la recherche sur les sujets humains pour évaluation et approbation. Après plusieurs semaines de discussions sur la valeur scientifique de l'étude, l'approbation du comité a été obtenue le 12 Septembre 2023 pour la mise en œuvre de l'étude.

Toujours conformément aux dispositions relatives à la recherche en santé, le protocole de l'étude validé par le comité d'éthique a été soumis au Ministère de la Santé à travers la division de la recherche opérationnelle en santé (DROS) pour obtention de l'autorisation administrative de la recherche (AAR) qui a été obtenue le 20 Novembre 2023 à cause du retard pris dans l'obtention des différentes lettres d'accord de principe de collaboration des différents Délégués Régionaux abritant l'étude.

3.5 EXECUTION DE L'ENQUETE

Les entretiens se sont déroulés dans un environnement sécurisé (dans un endroit calme, à l'abri des oreilles indiscretes) pour garantir la confidentialité des déclarations des participants. Les questionnaires et les identifiants personnels ont été anonymes (code d'identification unique).

S'agissant de la protection des données de l'étude (écrites, numériques, audio, audio-visuelles ou iconographiques), les données électroniques ont été protégées par des mots de passe et les superviseurs après synchronisation n'ont plus eu accès aux questionnaires renseignés sur leur tablette. Seule l'équipe de coordination chargée du traitement et de l'analyse a eu accès à la base de données. Toutes les données collectées ont été traitées de façon anonyme (code unique d'identification pour chaque participant).

3.6 GESTION ET ANALYSE DES DONNEES

La saisie des données a été faite sur les versions électroniques des questionnaires standards utilisés dans tous les pays où les études de Stigma Index 2.0 sont réalisées. Il est important de rappeler que ces questionnaires développés par le partenariat international, le GNP+, l'ICW, et l'ONUSIDA, ont été testés dans plusieurs pays dont le Cameroun en 2018. Les versions électroniques des questionnaires ont été programmées dans le logiciel REDCap et installées sur les tablettes. Un total de 75 tablettes a été achetées pour toute l'étude. Elles ont été distribuées à raison de 1/1, aux agents de collecte des données (Enquêteurs et superviseurs). Toutefois, pour pallier les éventuelles pannes techniques des tablettes, un stock de questionnaires imprimés avait été mis à la disposition de chaque enquêteur.

Des opérations de contrôle et de nettoyage des bases de données se réalisaient au fur et à mesure que les données étaient collectées et les mesures correctives apportées en temps réel. Le consultant statisticien, en collaboration avec le coordonnateur du projet et le consultant international géraient les données collectées, y compris le nettoyage, pour obtenir des données de haute qualité pour l'analyse.

Les questionnaires remplis électroniquement étaient vérifiés à la fin de chaque entretien par l'enquêteur en présence du participant pour s'assurer de l'exhaustivité des données collectées. En fin de journée, une deuxième vérification était faite, cette fois-ci par le superviseur avant la synchronisation au serveur et ceci pour garantir la qualité des données.

L'analyse descriptive des variables quantitatives ont été effectuée à l'aide du logiciel SPSS V23.0 (Statistical Package for Social Sciences) pour dénombrer les données manquantes, calculer les médianes accompagnées des interquartiles, générer des tableaux de fréquence, des diagrammes circulaires et des histogrammes montrant comment la stigmatisation et la discrimination sont réparties entre les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée. En outre, des tableaux deux par deux ont été générés pour comparer la stigmatisation et la discrimination selon les différentes caractéristiques démographiques.

Les analyses ont également été effectuées pour apporter des réponses à diverses questions programmatiques telles que : les groupes qui ont signalé une stigmatisation intersectionnelle, les

catégories qui présentent une proportion plus élevée d'arrêts de TAR au cours de la dernière année etc.

Les données ont été systématiquement désagrégées en fonction des caractéristiques générales des enquêtés avec d'autres variables d'intérêt. Une analyse comparative des proportions a été aussi réalisée en utilisant le test de *Chi-Square* pour les échantillons indépendants.

3.7 LIMITES

Il n'y a pas de limites majeures spécifiques à cette étude, néanmoins le long processus dans l'obtention des différents documents administratifs a eu un impact considérable dans le début de la collecte des données qui n'a commencé qu'en début Décembre 2023, tout juste quelques semaines de la fin de la subvention accordée au projet

Le désistement de certains enquêteurs au cours de la collecte des données ce qui a eu pour effet le recrutement des nouveaux enquêteurs n'ayant pas suivi de formation selon les standards.



RÉSULTATS



4. RÉSULTATS

Note : Toutes les analyses ne prendront pas en compte les options « Pas de réponse », « Refus de répondre » et « Ne sait Pas »

4.1 INFORMATIONS GENERALES

Dans l'ensemble des 10 régions administratives du pays, un total de 2509 PvVIH a été approché par les agents relais communautaires et 2439 ont été effectivement recrutés dans l'étude sur la taille maximum de 2400 PVVIH qui étaient attendues, soit un taux de refus de 2,8%. Mais seulement 2104 participants ont été retenus pour notre analyse. En effet, lors du traitement des données, certains des participants recrutés (environ 300) ne répondaient pas à l'un des critères d'inclusion à l'étude, notamment celui de la connaissance de son statut sérologique depuis au moins 12 mois. Ceci peut se comprendre par le fait du remplacement de certains enquêteurs ayant démissionné au cours de la collecte des données, par d'autres n'ayant pas suivi de formation selon les standards.

L'analyse des données laisse observer que, des 2104 enquêtés, 1606 (76,3%) étaient issus de la population générale et 498 (23,7%) issus des populations clés dont 276 TS, 62 HSH, 71 TG et 89 UDI. Un peu plus de 4 participants sur 10 étaient recrutés à Yaoundé et à Douala avec respectivement 617 (29,3%) et 258 (12,3%). Par ailleurs, un total de 158 enquêtés étaient des perdues de vue.

La répartition des enquêtés par région et par type de population est détaillée au Tableau 4.

Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon les régions d'enquête

Ville d'enquête	Taille PGVVIH* (76,3% N)				Taille des PCVVIH** (23,7% N)						Echantillon Total
	Total		Homme	Femme	Total		TS	HSH	TG	UDI	
	Effectif	%	n	n	Effectif	%	n	n	n	n	
Bafoussam	142	8,8	41	101	10	2,0	8	1	0	1	152
Bamenda	173	10,8	64	109	35	7,0	18	9	2	6	208
Bertoua	154	9,6	60	94	45	9,0	26	12	2	5	199
Buea	105	6,5	42	63	7	1,4	2	0	3	2	112
Douala	167	10,4	60	107	91	18,3	33	16	19	23	258
Ebolowa	89	5,5	29	60	32	6,4	25	3	2	2	121
Garoua	134	8,3	39	95	28	5,6	26	0	0	2	162
Maroua	101	6,3	42	59	47	9,4	34	9	2	2	148
Ngaoundéré	96	6,0	6	90	31	6,2	20	5	1	5	127
Yaoundé	445	27,7	165	280	172	34,5	84	7	40	41	617
Total	1606	76,3	548	1058	498	23,7	276	62	71	89	2104

*Population générale PVVIH **Population Clés PVVIH

4.2 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

4.2.1 Répartition des participants selon la tranche et le sexe biologique

La répartition des âges suit une distribution normale avec un âge médian de 36 ans. L'âge minimum est de 18 ans et l'âge maximum de 86 ans. La majorité des enquêtés se trouve dans la tranche d'âge de 30-39 ans avec 27,9%. La tranche d'âge la moins représentée est celle âgée de 25-29 ans avec 14,8%. Les femmes représentent 62,6% (1316/2104) et les hommes 37,5% (788/2104) des participants ce qui est en adéquation avec la féminisation de l'épidémie au Cameroun dans un ratio de 3/1 de la contribution du genre à l'épidémie globale (Tableau 5).

Tableau 5 : Répartition des enquêtés selon l'âge et le sexe biologique

Tranches d'âge	Sexe biologique		Total général	
	Hommes	Femmes	N	%
18-24 ans	171	160	331	15,7
25-29 ans	145	167	312	14,8
30-39 ans	185	403	588	27,9
40-49 ans	138	340	478	22,7
50 ans plus	149	246	395	18,8
Total général	788	1316	2104	100,0

40

4.2.2 Répartition des participants selon la tranche d'âge et l'identité du genre

Des 2104 enquêtés, 2091 ont répondu à cette question du genre, soit un taux de réponse de 99,4%. Moins d'un participant sur trois (31,0%) se sont identifiés comme hommes contre deux enquêtés sur trois (65,2%) qui se sont identifiés comme femmes. Par ailleurs, 71 (3,4%) se sont identifiés comme transgenre et 8 (0,4%) comme non-binaire (ni femmes, ni hommes). En comparant ces chiffres avec ceux de la distribution des participants selon le sexe biologique, on observe une forte baisse de la masculinisation (-6,4%) et une forte hausse de la féminisation (+2,6%). Ce phénomène de forte féminisation du sexe masculin se concentre dans la tranche d'âge 18-29 ans (Tableau 6)

Tableau 6 : Répartition des participants selon la tranche d'âge et l'identité du genre

Tranches d'âge	Identité du genre				Total général	
	Cis-Homme (n)	Cis-Femme (n)	Transgenre (n)	Non-binaire (n)	N	%
18-24 ans	115	181	26	3	325	15,5
25-29 ans	172	388	41	4	605	28,9
30-39 ans	155	402	2	1	560	26,8
40-49 ans	111	259	1	0	371	17,7
50 ans plus	95	134	1	0	230	11,0
Total général	648	1364	71	8	2091	100,0

4.2.3 Répartition des enquêtés selon la situation professionnelle et le niveau d'éducation actuelle

De l'ensemble des participants, 14,6% (307/2104) n'avaient reçu aucune éducation formelle et seulement 15,3% ont rapporté avoir atteint le niveau universitaire et/ou d'enseignement supérieur.

Dans l'ensemble, près de six enquêtés sur dix c'est-à-dire 64,6% (1360/2104) étaient dans une profession soit à temps plein ou à temps partiel parmi lesquels 42,9% (583/1360) se sont investis dans l'entrepreneuriat et/ou travail indépendant.

31,8% (670/2104) des enquêtés étaient sans emploi lors de l'enquête et constitués majoritairement des femmes avec 34,4% contre 27,7% des hommes.

Tableau 7 : Répartition des enquêtés selon leur situation professionnelle actuelle et leur éducation formelle

Niveau d'éducation / Situation professionnelle	Femme		Homme		Total	
	n	%	n	%	N	%
Plus haut niveau d'éducation formelle ayant été complète						
École de métier/formation professionnelle	90	6,8	97	12,1	187	8,9
École primaire/élémentaire/équivalent local	336	25,5	89	11,3	425	20,2
École secondaire/lycée/équivalent local	544	41,3	319	40,5	863	41,0
Pas d'éducation formelle	227	17,3	80	10,2	307	14,6
Université/enseignement supérieur	119	9,1	203	25,8	322	15,3
Total	1316	100%	788	100%	2104	100%
Situation Professionnelle actuelle						
Travail à temps plein (comme employé(e))	253	19,2	197	25,0	450	21,4
Travail à temps partiel (comme employé(e))	172	13,1	155	19,7	327	15,5
Travail à temps plein, mais pas comme employé(e) (indépendant ou entrepreneur)	211	16,0	90	11,4	301	14,4
Travail informel ou à temps partiel (indépendant ou travail rémunéré pour autrui)	192	14,6	90	11,4	282	13,4
Retraité	36	2,7	38	4,8	74	3,5
Sans emploi	452	34,4	218	27,7	670	31,8
Total	1316	100%	788	100%	2104	100%

4.2.4 Répartition des participants selon l'identité du genre et la durée de connaissance du statut de séropositivité

La durée moyenne de connaissance du statut de séropositivité pour l'ensemble des enquêtés selon l'identité du genre était de 7.6 ans avec une différence significative pour chaque type de population ($p < 0,0002$). Ceux qui connaissaient leur statut sérologique entre 1 et 4 ans étaient majoritaire (34,0%). Un peu plus d'un participant sur 4 c'est-à-dire 26,0% estimaient la durée de

connaissance de leur statut séropositif oscillait entre 5 et 9 ans. La durée de connaissance de séropositivité de 10 à 14 ans était estimée à 16,4% des participants.

Près de 1 participant sur 4 (39,4%) qui se sont identifiés comme homme avaient estimé que la durée de connaissance de leur statut de séropositivité oscillait entre 1 et 4 contre à peu près 1 participant sur 3 (30,5%) qui s'identifiaient comme femmes.

Tableau 8 : Répartition des participants selon l'identité du genre et la durée de connaissance du statut de séropositivité

Age	Identité du genre				Total général	
	Homme	Femme	Transgenre	Non-binaire	N	%
1-4 ans	253	409	32	4	698	34,0
5-9 ans	152	363	17	1	533	26,0
10-14 ans	108	226	3	1	338	16,4
15 ans et plus	129	341	12	2	484	23,6
Total général	642	1339	64	8	2053	100,0

4.2.5 Répartition des enquêtés selon leur appartenance actuelle ou passée à un groupe vulnérable et l'identité du genre

Parmi tous les participants enquêtés, 34,6% ont affirmé appartenir à une minorité raciale, ethnique ou religieuse. 7,8 % ont déclaré vivre avec un handicap de tout type autre que le VIH (audition, mobilité, intellectuel ou développemental) parmi lesquels, 8,1% sont des femmes contre 2,7% d'hommes. Les travailleurs migrants représentaient 1,6% des enquêtées avec 4,3% des déplacées internes constitués majoritairement d'homme avec 5,4% contre 3,9% des femmes. Aussi, 1,7% des personnes enquêtées ont rapporté être des anciennes détenues (Tableau 9).

Tableau 9 : Répartition des enquêtés selon leur appartenance actuelle ou passée à un groupe vulnérable et l'identité du genre

Groupe d'appartenance	Hommes n(%)	Femmes n(%)	Transgenres n(%)	Non binaire n(%)	Total	
					Effectif	%
Membre d'une minorité raciale, ethnique ou religieuse						
Oui	194 (30,0)	512 (37,8)	11 (15,7)	2 (25,0)	719	34,6
Non	453 (70,0)	842 (62,2)	59 (84,3)	6 (75,0)	1360	65,4
Effectif	647 (100,0)	1354 (100,0)	70 (100,0)	8 (100,0)	2079	100
Membre d'un groupe indigène/aborigène						
Oui	74 (11,5)	122 (9,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	196	9,4
Non	572 (88,5)	1230 (91,0)	70 (100,0)	8 (100,0)	1880	90,6
Effectif	646 (100,0)	1352 (100,0)	70 (100,0)	8 (100,0)	2076	100
Personne vivant avec un handicap (vue, audition, mobilité, intellectuel/développemental) de tout type (autre que le VIH)						
Oui	50 (7,7)	110 (8,1)	2 (2,8)	0 (0,0)	162	7,8
Non	596 (92,3)	1244 (91,9)	69 (97,2)	8 (100,0)	1917	92,2
Effectif	646 (100,0)	1354 (100,0)	71 (100,0)	8 (100,0)	2079	100
Faites-vous ou avez déjà fait partie groupe des Réfugié(e) ou demandeur d'asile						
Oui	9 (1,4)	20 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	29	1,4
Non	635 (98,6)	1332 (98,5)	70 (100,0)	8 (100,0)	2045	98,6
Effectif	644 (100,0)	1352 (100,0)	70 (100,0)	8 (100,0)	2074	100
Travailleur migrant						
Oui	9 (1,4)	24 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	33	1,6
Non	634 (98,6)	1327 (98,2)	69 (100,0)	8 (100,0)	2038	98,4
Effectif	643 (100,0)	1351 (100,0)	69 (100,0)	8 (100,0)	2071	100
Personne déplacée interne (PDI)						
Oui	35 (5,4)	53 (3,9)	1 (1,5)	0 (0,0)	89	4,3
Non	611 (94,6)	1302 (96,1)	67 (98,5)	8 (100,0)	1988	95,7
Effectif	646 (100,0)	1355 (100,0)	68 (100,0)	8 (100,0)	2077	100
Personne incarcérée en prison (incarcéré/en prison)						
Oui	8 (1,2)	26 (1,9)	1 (1,5)	0 (0,0)	35	1,7
Non	636 (98,8)	1327 (98,1)	67 (98,5)	8 (100,0)	2038	98,3
Effectif	644 (100,0)	1353 (100,0)	68 (100,0)	8 (100,0)	2073	100

4.2.6 Répartition des enquêtés selon leur orientation sexuelle

Sur un total 650 enquêtés qui se sont identifiés comme hommes, 9,4% ont rapporté appartenir au groupe de population des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et 4,0% se sont identifiés comme Gay/homosexuel. Par ailleurs, 5,2% de ces participants ont déclaré être bisexuels (Tableau 9)

Tableau 10 : Répartition des enquêtés selon leur orientation sexuelle

Orientation sexuelle	Effectif*	
	n	%
Aucune de ces réponses	549	84,5
Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)	61	9,4
Bisexuel	25	3,8
Gay/homosexuel	15	2,3

*l'option préfère ne pas répondre n'est pas incluse dans l'effectif total

4.2.7 Répartition des enquêtés selon leur identité sexuelle féminine

1362 participants ont déclaré avoir une identité sexuelle féminine parmi lesquelles, 2,2% se sont identifiés comme Gay/Lesbienne, 1,8% comme étant bisexuelles et 0,7% rapportant avoir des relations sexuelles avec les autres femmes (Tableau 11)

Tableau 11 : Répartition des enquêtés selon leur identité sexuelle féminine

Appartenance au groupe d'identité sexuelle	Effectif	
	n	%
Aucune de ces réponses	1298	95,3
Bisexuelle	25	1,8
Femme ayant des relations sexuelles avec des femmes	9	0,7
Lesbienne/gay	30	2,2
Total	1362	100

*l'option préfère ne pas répondre n'est pas incluse dans l'effectif total

4.3 DIVULGATION DU STATUT SEROLOGIQUE

4.3.1 Divulgence du statut sérologique des enquêtés au niveau familial et social

Près d'un participant sur deux, soit 48,0% (1009/2104) ont rapporté que les conjoints et/ou partenaires étaient au courant de leur séropositivité et 17,1% (172/1009) parmi eux ont rapporté que leur statut séropositif était divulgué sans leur consentement.

29,8% (627/2104) des enquêtés affirment que leurs enfants connaissent leur statut sérologique et que 18,2% (114/627) d'entre eux pensent que leurs enfants ont été mis au courant sans leur consentement.

Aussi, un peu plus de 6 participants sur 10, soit 60,4% rapportent que d'autres membres de leur famille connaissent leur statut sérologique et que cette divulgation de statut était faite sans leur consentement pour 24,7% des cas.

Tableau 12: Divulgence du statut sérologique des enquêtés au niveau familial et social

Personnes ou groupe de personnes		Statut sérologique divulgué		Statut sérologique divulgué sans le consentement	
		Oui	Non	Oui	Non
Votre conjoint(e) ou votre/vos partenaire(s)	n (%)	1009(48,0)	1095(52,0)	172(8,2)	1932(91,8)
Vos enfants	n (%)	627(29,8)	1477(70,2)	114(5,4)	1990(94,6)
Autres membres de la famille	n (%)	1271(60,4)	833(39,6)	314(14,9)	1790(85,1)
Vos amis	n (%)	486(23,1)	1618(76,9)	171(8,1)	1933(91,9)
Vos voisins	n (%)	145(6,9)	1959(93,1)	84(4,0)	2020(96,0)
Votre employeur	n (%)	129(6,1)	1975(93,9)	27(1,3)	2077(98,7)
Vos collègues	n (%)	161(7,7)	1943(92,3)	49(2,3)	2055(97,7)
Les enseignants /administration scolaire	n (%)	25(1,2)	2079(98,8)	14(0,7)	2090(99,3)
Vos Camarades de classe	n (%)	41(1,9)	2063(98,1)	18(0,9)	2086(99,1)
Les dirigeants locaux	n (%)	34(1,6)	2070(98,4)	18(0,9)	2086(99,1)
Les autorités (juges, forces de l'ordre)	n (%)	26(1,2)	2078(98,8)	18(0,9)	2086(99,1)

4.3.2 Opinions des enquêtés face aux expériences de divulgation du statut sérologique au niveau familial et social

De manière générale, 59,9% des enquêtés pensent que la divulgation du statut à des proches (partenaire, famille, amis) a été une expérience positive ou quelque peu positive. Les femmes constituaient plus de deux tiers d'entre eux avec 63,2% contre un peu plus d'un tiers des hommes avec 36,8%.

Près de 60% des enquêtés ont rapporté qu'en général, leurs proches leur ont manifesté un soutien quand ils ont appris leur séropositivité avec une majorité de deux tiers de femmes contre un tiers d'hommes.

Les participants à plus de 60% ont rapporté que dévoiler leur statut sérologique à des personnes qu'ils ne connaissaient pas bien a été une mauvaise expérience et que très peu (18%) leur ont manifesté un soutien.

A 25,5%, les enquêtés ont été d'accord à l'idée qu'avec le temps, dévoiler leur séropositivité était devenu plus facile.

Tableau 13 : Opinions des enquêtés face aux expériences de divulgation du statut sérologique au niveau familial et social

	Homme		Femme		Total général	
	n	%	n	%	N	%
En général, dévoiler votre séropositivité à des personnes proches (p. ex., partenaire, famille, amis proches) a été une expérience positive						
D'accord	320	42,2%	553	43,5%	873	43,0%
Plutôt d'accord	143	18,9%	245	19,3%	388	19,1%
Pas d'accord	295	38,9%	473	37,2%	768	37,9%
Effectif	758	100,0%	1271	100,0%	2029	100,0%
En général, vos proches vous ont manifesté leur soutien en apprenant votre séropositivité						
D'accord	327	34,3%	618	65,7%	945	47,0%
Plutôt d'accord	137	37,2%	232	62,8%	369	18,3%
Pas d'accord	285	40,9%	412	59,1%	697	34,7%
Effectif	749	112,4%	1262	187,6%	2011	100,0%
Dévoiler votre séropositivité à des personnes que vous ne connaissez pas a été une expérience positive						
D'accord	127	17,7%	164	14,5%	291	15,8%
Plutôt d'accord	106	14,8%	154	13,7%	260	14,1%
Pas d'accord	485	67,5%	810	71,8%	1295	70,2%
Effectif	718	100,0%	1128	100,0%	1846	100,0%
Les personnes que vous ne connaissez pas très bien vous ont manifesté leur appui.						
D'accord	140	19,5%	203	18,3%	343	18,8%
Plutôt d'accord	107	14,9%	154	13,8%	261	14,3%
Pas d'accord	470	65,6%	755	67,9%	1225	67,0%
Effectif	717	100,0%	1112	100,0%	1829	100,0%
Dévoiler votre séropositivité est devenu plus facile avec le temps.						
D'accord	209	27,8%	327	26,4%	536	26,9%
Plutôt d'accord	99	13,2%	182	14,7%	281	14,1%
Pas d'accord	443	59,0%	730	58,9%	1173	58,9%
Effectif	751	100,0%	1239	100,0%	1990	100,0%

4.4 EXPÉRIENCE DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION EN RAISON DU STATUT SÉROLOGIQUE

4.4.1 Expérience de stigmatisation et de discrimination

Les différents événements se rapportant aux expériences de stigmatisation et de discrimination en raison du statut sérologique ont été évalués chez les enquêtés.

Au cours de la dernière année, 3,7% (78/2051) des participants ont rapporté avoir expérimenté au moins une forme de violence corporelle à cause de leur séropositivité.

Beaucoup d'autres enquêtés ont expérimenté des actes stigmatisant et/ou discriminatoires posés par les membres de leurs familles en raison de leur statut sérologique, tels que l'exclusion des activités familiales et/ou d'activités religieuses (4,6%), entendu des remarques discriminatoires ou de commérages à leur sujet (12,6%).

Tableau 14 : Pourcentage des enquêtés rapportant une expérience de stigmatisation et/ou de discrimination

Expériences de stigmatisation et de discrimination	Expérience de stigmatisation et de discrimination		
	Oui au cours des 12 derniers mois	Oui mais pas au cours des 12 derniers mois	Non
	n(%)	n(%)	n(%)
A déjà été exclu(e) d'activités ou de rencontres sociales (mariages, funérailles, fêtes, clubs) en raison de votre statut sérologique	73(3,5)	118(5,6)	1866(88,7)
A déjà été exclu(e) d'activités religieuses ou de lieux de culte en raison de votre statut sérologique	45(2,1)	69(3,3)	1922(91,3)
A déjà été exclu(e) d'activités familiales en raison de votre statut sérologique	74(3,5)	114(5,4)	1866(88,7)
A déjà eu connaissance de remarques discriminatoires ou de commérages à votre sujet de la part de membres de votre famille en raison de votre statut sérologique	258(12,3)	259(12,4)	1543(73,3)
A déjà eu connaissance de remarques discriminatoires ou de commérages à votre sujet de la part d'autres personnes (au-delà de votre famille) en raison de votre statut sérologique	266(12,6)	248(11,8)	1541(73,2)
A déjà été harcelé(e) verbalement (p. ex., cris, réprimandes ou autre forme de violence verbale) en raison de votre statut sérologique	144(6,8)	172(8,2)	1747(83,0)
Quelqu'un vous a déjà fait du chantage en raison de votre statut sérologique	137(6,5)	112(5,3)	1809(86,0)
A déjà été harcelé(e) ou blessé(e) physiquement (p. ex., bousculade, coups ou autre forme de violence corporelle) en raison de votre statut sérologique	78(3,7)	49(2,3)	1924(91,4)
On vous a déjà refusé un emploi ou avez-vous déjà perdu une source de revenus ou un travail en raison de votre statut sérologique	52(2,5)	61(2,9)	1826(86,8)
La description de votre poste ou la nature de votre travail a-t-elle changé, ou vous a-t-on déjà refusé une promotion en raison de votre statut sérologique	43(2,0)	35(1,7)	1710(81,3)
Votre conjoint(e), votre/vos partenaire(s) ou vos enfants ont déjà subi de la discrimination en raison de votre statut sérologique	73(3,5)	74(3,5)	1772(84,2)

4.4.2 Stigmatisation intériorisée et résilience

Dans presque tous les indicateurs d'estime de soi, la séropositivité n'a pas changé le comportement de la majorité des enquêtés.

On note que plus de 21,2% des enquêtés ont vu leur confiance en soi s'améliorer contre 24,7% de ceux qui ont vu leur estime en soi diminuée.

Près de 18,3% des participants ont vu leur capacité à gérer le stress augmenter contre 22,9% qui pensent que cette capacité a plutôt diminuée.

Tableau 15 : Répartition de enquêtés en fonction de l'effet de la séropositivité sur leur estime de soi

Estime de soi		Effet de la séropositivité sur la perception de soi		
		Effet positif	Pas d'effet	Effet négatif
Ma confiance en moi	n(%)	446(21,2)	1120(53,2)	519(24,7)
Mon respect pour moi-même	n(%)	404(19,2)	1327(63,1)	351(16,7)
Ma capacité de respecter les autres	n(%)	401(19,1)	1494(71,0)	188(8,9)
Ma capacité de gérer le stress	n(%)	385(18,3)	1217(57,8)	481(22,9)
Ma capacité d'avoir des relations proches et de confiance	n(%)	326(15,5)	1183(56,2)	540(25,7)
Ma capacité à trouver l'amour	n(%)	318(15,1)	1210(57,5)	485(23,1)
Mon désir d'avoir des enfants	n(%)	323(15,4)	1247(59,3)	401(19,1)
La réalisation de mes objectifs personnels et/ou professionnels	n(%)	422(20,1)	1318(62,6)	312(14,8)
Ma capacité de contribuer à ma communauté	n(%)	418(19,9)	1415(67,3)	216(10,3)
Ma capacité de pratiquer une religion/ma foi, à ma façon	n(%)	464(22,1)	1398(66,4)	176(8,4)

4.4.3 Stigmatisation intériorisée des enquêtés face à leur séropositivité

Sur l'ensemble, 8,2% (173/2072) des participants ont évité d'aller dans un centre de santé ou à l'hôpital au moment où ils en avaient besoin à cause de leur séropositivité et à peu près 6,0% (126/1878) ont choisi de ne pas aller chercher un soutien social. Près de 11,9% (251/2043) des enquêtés ont choisi de ne pas participer à des activités sociales à cause de leur statut séropositif et à peu près la même proportion (12,5%) a choisi de s'isoler de leur famille et/ou de ses amis.

Tableau 16 : Répartition des enquêtés selon les comportements face à leur séropositivité au cours de la dernière année

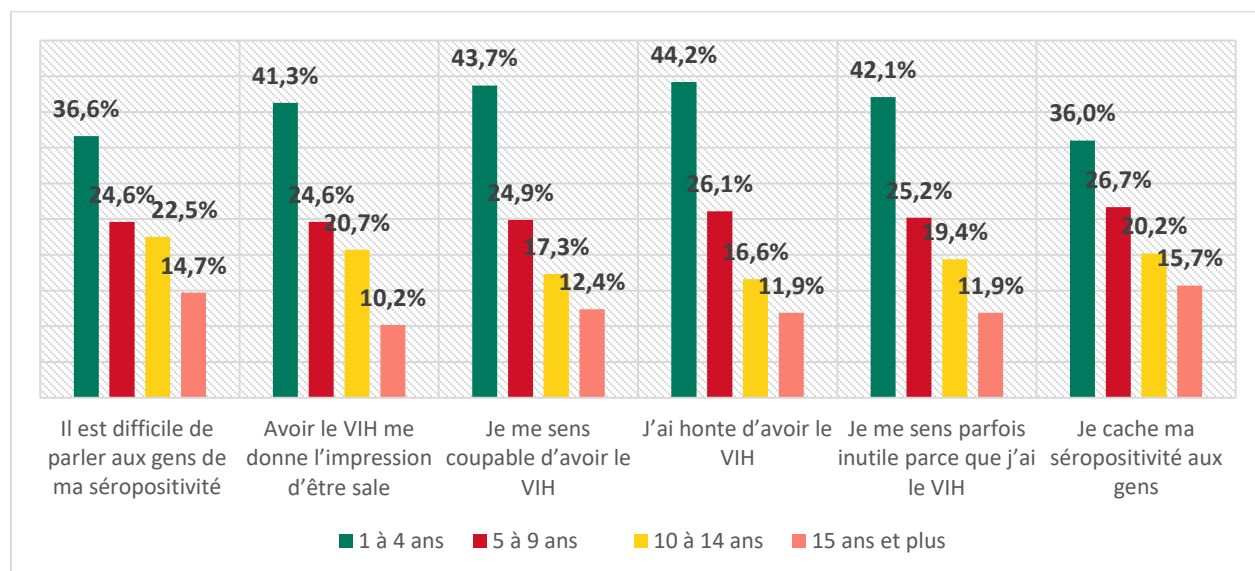
Stigmatisation intériorisée	Comportement au cours de la dernière année			
	Oui		Non	
	n	%	n	%
A choisi de ne pas participer à des rencontres sociales	251	11,9	1792	85,2
A évité d'aller dans un centre de santé ou à l'hôpital au moment où j'en avais besoin	173	8,2	1899	90,3
A choisi de ne pas postuler à un ou des emploi(s)	126	6,0	1752	83,3
A choisi de ne pas recourir à du soutien social	121	5,8	1929	91,7
S'est isolé(e) de ma famille et/ou de mes amis	262	12,5	1811	86,1
A décidé de ne pas avoir de relations sexuelles	275	13,1	1757	83,5

4.4.4 Stigmatisation intériorisée des enquêtés selon la durée de connaissance de la séropositivité

La stigmatisation intériorisée est inversement proportionnelle à la durée de connaissance du statut sérologique. 41,3% des enquêtés avec une durée de connaissance de statut sérologique variant de 1 à 4 ans, affirment que le fait d'avoir le VIH les rend sale contre 10,2% de ceux qui sont au courant de leur statut depuis plus de 15 ans.

De même, les participants qui connaissent leur statut sérologique il y a plus de 15 ans qui ne se sentent pas confortable à divulguer leur séropositivité aux gens n'est que de 14,7% contre 36,6% de ceux qui connaissent leur statut il y a moins de 5 ans.

42,2% des personnes qui connaissent leur statut séropositif il y a moins de 5 ans rapportent avoir honte d'avoir le VIH contre 11,9% des enquêtés qui connaissent leur statut il y a plus de 15 ans.



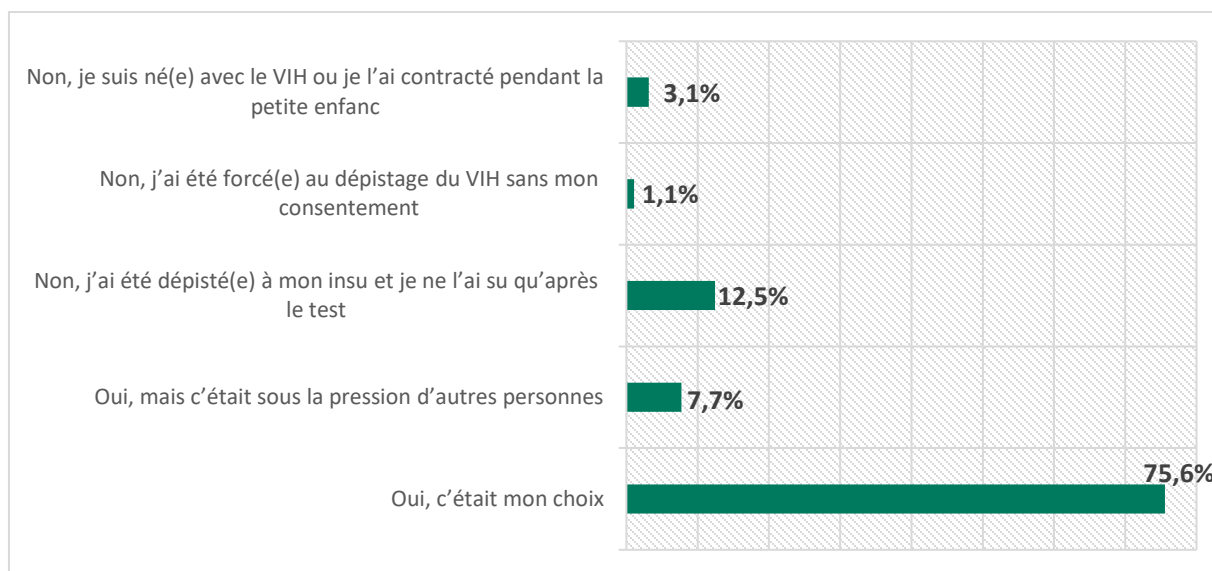
Graphique 3 : Pourcentage des enquêtés selon la stigmatisation intériorisée et la durée de connaissance de la séropositivité

4.5 Interaction avec des services des soins de santé

Globalement, 8,2% (173/1899) ont évité d'aller dans un centre de santé ou à l'hôpital au moment où ils en avaient besoin.

4.5.1 Répartition des enquêtés selon la principale raison de prendre un test de dépistage

La majorité des enquêtés (75,6%) a rapporté avoir volontairement choisi de se faire tester pour le VIH. Par contre, 7,7% ont déclaré l'avoir fait sous la pression d'autres personnes. Aussi, 12,5% ont déclaré avoir été testés à leur insu et 1,1% ont été forcés de faire le dépistage du VIH sans leur consentement (Graphique 4)



Graphique 4 : Pourcentage des enquêtés selon la principale raison de réalisation du test de dépistage du VIH

Parmi les participants qui se sont identifiés comme femmes, 13,8% ont affirmé avoir été dépistés à leur insu contre 11,1% de ceux qui se sont identifiés comme hommes. Cependant, les enquêtés s'identifiant comme homme ont été les plus forcés au dépistage du VIH sans leur consentement avec 3,5% contre 1,2% pour ceux qui se sont identifiés comme femme.

Tableau 17 : Pourcentage des enquêtés selon l'identité du genre et la principale raison de réalisation du test de dépistage du VIH

Variables	Homme	Femme	Transgenre	Non binaire	Total
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Oui, c'était mon choix	500 (76,9)	1013(74,4)	60(84,5)	8(100)	1581(75,6)
Oui, mais c'était sous la pression d'autres personnes	48(7,4)	104(7,6)	9(12,7)	0(0,0)	161(7,7)
Non, j'ai été dépisté(e) à mon insu et je ne l'ai su qu'après le test	72(11,1)	188(13,8)	1(1,4)	0(0,0)	261(12,5)
Non, j'ai été forcé(e) au dépistage du VIH sans mon consentement	7(3,5)	16(1,2)	0(0,0)	0(0,0)	23(1,1)
Non, je suis né(e) avec le VIH ou je l'ai contracté pendant la petite enfance ou l'enfance	23(3,5)	41(3,0)	1(1,4)	0(0,0)	65(3,1)
Effectif	650(100)	1362(100)	71(100)	8(100)	2091(100)

4.5.2 Retard ou Refus d'entreprendre un traitement antirétroviral des enquêtes

17,4% des enquêtés ont rapporté leur crainte de s'engager dans le traitement antirétroviral en raison d'une stigmatisation anticipée de la part du personnel de santé qui pourrait révéler leur statut sérologique sans leur consentement.

D'autres enquêtés (10,2%) ont signalé que le retard dans leur mise sous traitement était dû au fait qu'ils avaient déjà eu une mauvaise expérience avec un personnel de santé auparavant.

31,0% craignaient que les membres de leur famille ou des amis ou des partenaires découvrent leur statut.

Il est important de signaler que 31,9% de ces enquêtés n'étaient personnellement pas prêt à faire face à leur séropositivité.

Tableau 18 : Pourcentage des enquêtés selon les raisons de ne pas s'engager ou de retarder ou d'avoir interrompu le traitement antirétroviral

Raisons d'hésiter de commencer des soins ou un traitement contre le VIH	Femme	Homme	Total
	n(%)	n(%)	n(%)
Je craignais que mon ou ma partenaire, ma famille ou mes amis découvrent mon statut	382(29,0)	270(34,3)	652 (31,0%)
Je craignais que d'autres personnes (autre ma famille ou mes amis) découvrent mon statut	432(32,8)	307(38,9)	739 (35,1%)
Je n'étais pas prêt à faire face à mon infection au VIH	400(30,4)	272(34,5)	672 (31,9%)
Je craignais que le personnel de santé (médecins, infirmières, personnel) me traite mal ou révèle ma séropositivité sans mon consentement	189(14,4)	178(22,6)	367 (17,4%)
J'ai eu une mauvaise expérience avec un personnel de santé auparavant	102(7,7)	112(14,2)	214 (10,2%)

4.5.3 Délais de mise sous traitement des enquêtés selon la durée de connaissance de la séropositivité

Plus de trois quarts des enquêtés (78,4%) rapportent avoir commencé le traitement antirétroviral immédiatement ou dans les 30 jours qui suivait le diagnostic et parmi ceux-ci, la majorité (62,9%) connaissaient leur statut sérologique dans les 9 dernières années.

Tableau 19 : Répartition des enquêtés selon le délai de mise sous TARV et la durée de connaissance du statut

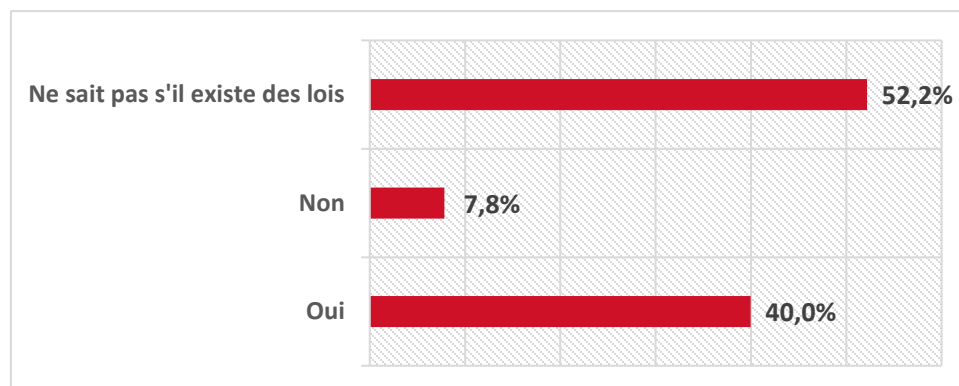
Délais de mise sous traitement	Durée de connaissance du statut									
	1 - 4 ans		5 - 9 ans		10 - 14 ans		15 ans et plus		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Immédiatement - ou le jour même de mon diagnostic	426	34,8	321	26,2	195	15,9	281	23,0	1223	58,1
>1 jour à 1 mois (30 jours) après mon diagnostic	171	40,0	121	28,3	61	14,3	75	17,5	428	20,3
>1 mois à 6 mois après mon diagnostic	84	44,2	36	18,9	35	18,4	35	18,4	190	9,0
>2 ans après mon diagnostic	2	4,0	5	10,0	12	24,0	31	62,0	50	2,4
>6 mois à 2 ans après mon diagnostic	15	15,5	25	25,8	23	23,7	34	35,1	97	4,6
Je ne me souviens pas	39	33,6	31	26,7	14	12,1	32	27,6	116	5,5

4.6 Violations des droits humains et actions pour le changement

4.6.1 Connaissance de l'existence des lois contre les violations des droits des PVVIH

De tous les participants, 52,2% (1097/2104) ne savaient pas de l'existence des lois du pays qui condamnent les actes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH contre seulement 40,0% (168/2104) de ceux qui avaient connaissance de ces lois.

L'on observe aussi un pourcentage non négligeable de ces personnes qui affirment qu'il n'existe pas des lois contre les violations des droits des PvVIH (7,8%).



Graphique 5 : Pourcentage des enquêtés selon leur connaissance de l'existence des lois qui protègent les PVVIH contre la discrimination

4.6.2 Répartition des enquêtés rapportant les cas de violations de leurs droits

3,9% (81/2092) des participants ont été obligés de passer un dépistage du VIH ou de dévoiler leur statut pour recevoir des soins de santé et parmi ceux-ci, 35,8% (29/81) ont rapporté avoir eu cette expérience au cours de la dernière année. En outre, 3,5% (74/2086) d'enquêtés ont été forcés d'avoir des relations sexuelles malgré leur refus parmi lesquels 32,4% (24/74) au cours de la dernière année.

Tableau 20 : Pourcentage des enquêtés rapportant une expérience de cas de violation de leurs droits

Violations des droits	Au cours de la dernière année n(%)	Pas au cours de la dernière année n(%)	Non n(%)	Effectif ayant déjà subi une violation N(%)	
A été obligé(e) de passer un dépistage du VIH ou de dévoiler mon statut pour fréquenter un établissement scolaire ou obtenir une bourse (2086)	12(0,6)	43(2,0)	2031(97,4)	55	2,6%
A été obligé(e) de passer un dépistage du VIH ou de dévoiler mon statut pour recevoir des soins de santé (2092)	29(1,4)	52(2,5)	2011(96,1)	81	3,9%
J'ai été arrêté(e) ou traduit(e) en justice sur la base d'une accusation liée à mon statut sérologique (2088)	7(0,3)	26(1,2)	2055(98,4)	33	1,6%
A été détenu(e) ou mis(e) en quarantaine en raison de mon statut sérologique (2092)	7(0,3)	33(1,6)	2052(98,1)	40	1,9%
A été forcé(e) de dévoiler publiquement mon statut sérologique ou celui-ci a été révélé publiquement sans mon consentement (2083)	13(0,6)	29(1,4)	2041(98,0)	42	2,0%
A été forcé(e) d'avoir des relations sexuelles malgré mon refus (2086)	24(1,1)	50(2,4)	2012(96,5)	74	3,5%

4.6.3 Répartition des enquêtés issus des populations clés rapportant une expérience de cas de violation de leurs droits au cours de la dernière année

Plusieurs enquêtés issus des populations clés ont également rapporté des expériences de violation de leurs droits. En effet, 36,7% (183/498) des populations clés ont rapporté avoir expérimenté des cas de violation de leurs droits au cours de la dernière année. De ceux-ci :

- 16,9% (31/183) ont affirmé avoir été obligés de passer un dépistage du VIH ou de dévoiler leur statut sérologique pour postuler à un emploi ou souscrire un régime de pensions dont la majorité était des utilisateurs des drogues avec 19,7% (9/31).
- 13,1% (24/183) de ces participants ont été obligés de faire le test de dépistage ou de dévoiler leur statut sérologique pour recevoir des soins de santé au cours de la dernière année avec majoritairement les HSH et les TG avec respectivement 15,4% chacune.
- 29,0% (53/183), ont rapporté avoir été forcé(e) d'avoir des relations sexuelles malgré leur refus au cours de la dernière année avec les TS comme les premières victimes (47,4% (28/53))

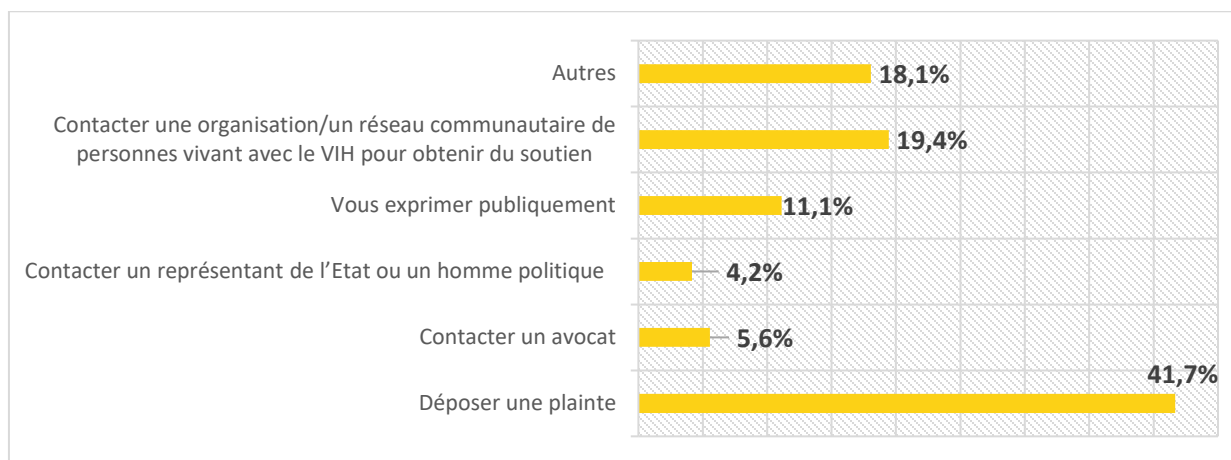
Tableau 21 : Répartition des participants issus des populations clés ayant rapporté une expérience de cas de violation de leurs droits au cours de la dernière année

Violations des droits	TS	HSH	TG	PWID	Effectif des PC ayant subi une violation	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	N	%
A été obligé(e) de passer un dépistage du VIH ou de dévoiler mon statut pour fréquenter un établissement scolaire ou obtenir une bourse	7(11,9)	7(26,9)	8(15,4)	9(19,6)	31	16,9
A été obligé(e) de passer un dépistage du VIH ou de dévoiler mon statut pour recevoir des soins de santé	6(10,2)	4(15,4)	8(15,4)	6(13,0)	24	13,1
A été arrêté(e) ou traduit(e) en justice sur la base d'une accusation liée à mon statut sérologique	5(8,5)	3(11,5)	7(13,5)	8(17,4)	23	12,6
A été détenu(e) ou mis(e) en quarantaine en raison de mon statut sérologique	7(11,9)	4(15,4)	7(13,5)	8(17,4)	26	14,2
A été forcé(e) de dévoiler publiquement mon statut sérologique ou celui-ci a été révélé publiquement sans mon consentement	6(10,2)	4(15,4)	9(17,3)	7(15,2)	26	14,2
A été forcé(e) d'avoir des relations sexuelles malgré mon refus	28(47,3)	4(15,4)	13(25,0)	8(17,4)	53	29,0
Total	59(100)	26(100)	52(100)	46(100)	183	100

4.6.4 Mesures spécifiques prises par les enquêtés après avoir subi l'une ou l'autre de ces violations de droits au cours de la dernière année

Plusieurs enquêtés ont déclaré à 15,4% (323/2104) * avoir déjà subi au moins un cas de violation de leurs droits au cours de la dernière année. Cependant, seulement 22,3% (72/323) * de ceux-ci ont déclaré avoir pris des mesures spécifiques face à ces violations (*Non représenté sur le graphique)

Parmi ceux qui ont déclaré avoir pris des mesures spécifiques face aux violations des droits, 41,7% (30/72) avaient porté plainte et un tiers d'eux ont rapporté que leurs affaires ont été résolues* (*Non représenté sur le graphique).



Graphique 6 : Répartition des enquêtés affirmant avoir pris des mesures spécifiques face aux violations de leurs droits au cours de la dernière année.

4.6.5 Actions prises pour le changement de comportement

De manière générale, moins du tiers des enquêtés ont affirmé avoir entrepris des actions spécifiques pour le changement de comportement en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. En effet, au cours de la dernière année,

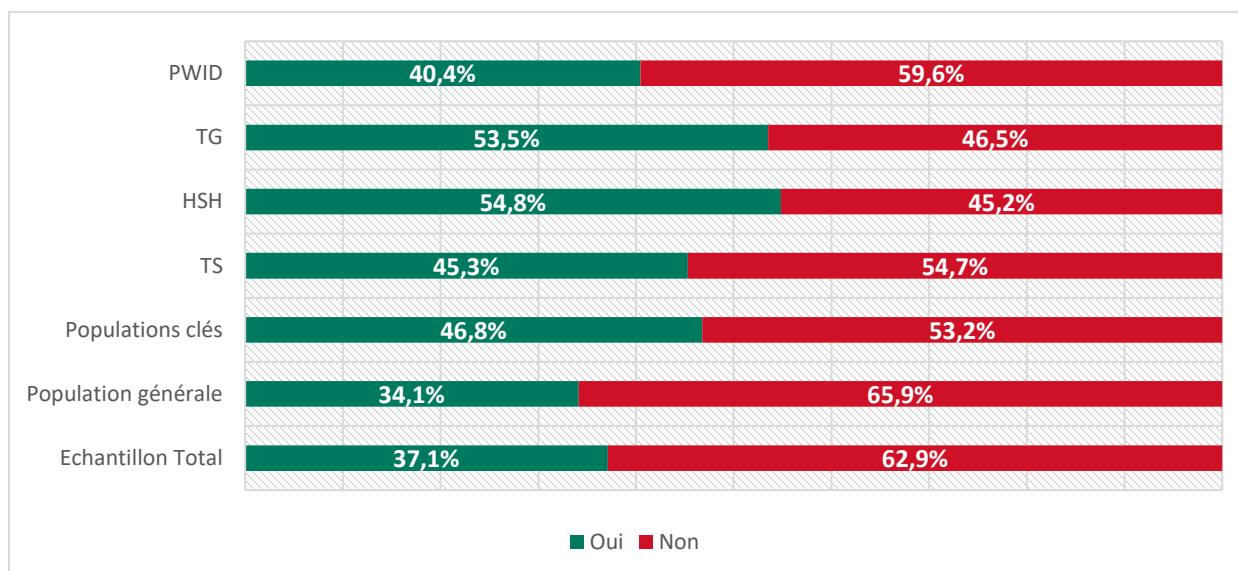
- Seulement 10,2% d'entre eux ont interpellé ou éduqué quelqu'un qui faisait de la stigmatisation et/ou de la discrimination contre d'autres personnes vivant avec le VIH au cours des 12 derniers mois
- Seulement 6,9% d'entre eux ont déjà parlé aux médias d'enjeux de stigmatisation et de discrimination qui touchent des personnes vivant avec le VIH.

Tableau 22 : Pourcentage des enquêtés rapportant des actions entreprises pour le changement de comportement en matière de lutte contre la stigmatisation et discrimination

Actions pour le changement de Comportement	Oui, au cours de la dernière année	Oui, mais pas au cours de la dernière année	Non
Confronter ou éduquer quelqu'un qui faisait de la stigmatisation et/ou de la discrimination contre soi	582(27,7)	329(15,6)	1193(56,7)
Confronter ou éduquer quelqu'un qui faisait de la stigmatisation et/ou de la discrimination contre d'autres personnes vivant avec le VIH	711(33,8)	375(17,8)	1018(48,4)
A déjà fourni un soutien émotionnel, financier ou autre à une personne vivant avec le VIH pour l'aider à gérer la stigmatisation et/ou la discrimination	758(36,0)	318(15,1)	1028(48,9)
Participer à une organisation ou à une campagne d'éducation pour répondre à la stigmatisation et à la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH	454(21,6)	260(12,4)	1390(66,1)
Encourager un responsable communautaire à prendre des mesures concernant les problèmes de stigmatisation et de discrimination qui touchent les personnes vivant avec le VIH	385(18,3)	226(10,7)	1493(71,0)
A déjà encouragé un responsable gouvernemental ou politique à passer à l'action concernant des enjeux de stigmatisation et de discrimination qui touchent les personnes vivant avec le VIH	195(9,3)	164(7,8)	1745(82,9)
A déjà parlé aux médias d'enjeux de stigmatisation et de discrimination qui touchent des personnes vivant avec le VIH	145(6,9)	143(6,8)	1816(86,3)

4.6.6 Répartition des enquêtées selon l'identité sexuelle et leur appartenance à un groupe de soutien et/ou un réseau de personnes vivant avec le VIH

Seulement 37,1% d'enquêtés ont affirmé appartenir à un groupe de soutien et/ou un réseau de personnes vivant avec le VIH. Les PVVIH issues des populations clés affirment largement appartenir à un groupe de soutien et/ou un réseau de personnes vivant avec le VIH avec 46,8% contre 34,1% des PVVIH de la population générale. Les HSH majoritairement déclarent appartenir à un groupe de soutien avec 54,8% suivis des TG, des TS et des UDI avec respectivement 53,5%, 45,3% et 40,4%.



Graphique 7 : Pourcentage des enquêtées selon les catégories de population et leur appartenance ou non à un groupe de soutien et/ou un réseau de personnes vivant avec le VIH

4.7 Expérience de la stigmatisation et de la discrimination pour des raisons autres que le statut sérologique

Les différents événements se rapportant aux expériences de stigmatisation et de discrimination en raison du statut autre que sérologique ont été évaluées chez les enquêtés.

4.7.1 Répartition des enquêtés selon l'identité du genre rapportant avoir déjà eu une expérience de stigmatisation et/ou de discrimination

De manière générale, les enquêtés ont plus ou moins fait face aux actes stigmatisants et/ou discriminatoires en raison de leur identité du genre. En effet,

- Les personnes transgenres ont rapporté de manière substantielle à 30,0% (21/70) avoir déjà été harcelé(e) ou blessé(e) physiquement ou avoir déjà subi d'autres formes de violences corporelles en raison de leur identité de genre ;
- Par contre, les participants qui se sont identifiés comme Cis-genres ont moins subi la stigmatisation et la discrimination à cause de leur identité :
 - Moins de 1% des participants cis-genres ont déclaré avoir déjà été harcelés ou subi des blessures physiques ou avoir déjà subi d'autres formes de violences corporelles en raison de leur identité de genre.
 - Moins de 2% ont affirmé avoir déjà été exclu(e)s des activités familiales en raison de leur identité du genre

Tableau 23 : Répartition des enquêtes selon l'identité de genre rapportant une expérience de stigmatisation et/ou de discrimination

Expérience de stigmatisation et de discrimination	Femme n(%)	Homme n(%)	TG n(%)	Non-binaire n(%)	Total	
					Effectif	%
A déjà été exclu(e) d'activités familiales en raison de votre identité de genre						
Oui	25(1,8)	2(0,3)	32(45,1)	3(37,5)	62	3,0%
Non	1335(98,2)	648(99,7)	39(54,9)	5(62,5)	2027	97,0%
Effectif	1360	650	71	8	2089	100,0%
A déjà senti que des membres de votre famille faisaient des commentaires discriminatoires ou médisaient à votre sujet en raison de votre identité de genre						
Oui	31(2,3)	3(0,5)	36(50,7)	4(50,0)	74	3,5%
Non	1329(97,7)	647(99,5)	35(49,3)	4(50,0)	2015	96,5%
Effectif	1360	650	71	8	2089	100,0%
A déjà eu peur de recourir à des services de santé parce que vous craigniez que quelqu'un apprenne votre identité de genre						
Oui	25(1,8)	1(0,2)	27(38,0)	1(12,5)	54	2,6%
Non	1335(98,2)	649(99,8)	44(62,0)	7(87,5)	2035	97,4%
Effectif	1360	650	71	8	2089	100,0%
A déjà évité de recourir à des services de santé parce que vous craigniez que quelqu'un apprenne votre identité de genre						
Oui	27(2,0)	1(0,2)	29(41,4)	1(12,5)	58	2,8%
Non	1333(98,0)	649(99,8)	41(58,6)	7(87,5)	2030	97,2%
Effectif	1360	650	70	8	2088	100,0%
Une personne vous a-t-elle déjà harcelée verbalement en raison de votre identité de genre						
Oui	28(2,1)	0(0,0)	35(50,0)	3(37,5)	66	3,2%
Non	1328(97,9)	650(100,0)	35(50,0)	5(62,5)	2018	96,8%
Effectif	1356	650	70	8	2084	100,0%
Une personne vous a-t-elle déjà fait du chantage en raison de votre identité de genre						
Oui	26(1,9)	0(0,0)	33(46,5)	4(50,0)	89	4,3%
Non	1334(98,1)	650(100,0)	38(53,5)	4(50,0)	1988	95,2%
Effectif	1360	650	71	8	2089	99,4%
A déjà été harcelé(e) ou blessé(e) physiquement (p. ex., bousculade, coups ou autre forme de violence corporelle) en raison de votre identité de genre						
Oui	21(1,5)	0(0,0)	21(30,0)	3(37,5)	45	2,2%
Non	1339(98,5)	650(100,0)	49(70,0)	5(62,5)	2043	97,8%
Effectif	1360	650	70	8	2088	100,0%

4.7.2 Répartition des enquêtés issus des populations clés rapportant une expérience de stigmatisation et/ou de discrimination

Les différents événements se rapportant aux expériences de stigmatisation et de discrimination en raison du statut autre que sérologique ont été évaluées chez ces enquêtés.

Globalement, 498 de l'ensemble des enquêtés, soit 23,7% étaient des populations clés dont 276 travailleuses de sexe, 62 hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, 71 personnes transgenres et 89 utilisateurs des drogues injectables (tableau 4).

Les populations clés vivant avec le VIH (PCVVIH) ont affirmé avoir déjà subi de manière substantielle les différentes formes de stigmatisation et de discrimination dues à leur appartenance à ces groupes de populations à haut risque d'infection au VIH. En effet,

- Les personnes transgenres ont rapporté à 30,0% (21/70) avoir déjà été harcelé(e) ou blessé(e) physiquement ou avoir déjà subi d'autres formes de violences corporelles en raison de leur identité de genre. 26,4% (73/276) des TS qui ont subies les mêmes violences parce qu'ils étaient travailleurs de sexe. Par contre, les HSH ont subi dans une moindre mesure ces violences en raison de leur appartenance à ce groupe de population avec 19,4%.
- 56,5% (48/85) des utilisateurs des drogues ont affirmé avoir déjà été exclu(e)s des activités familiales en raison de leur appartenance à un groupe de populations clés suivis des HSH et TG avec respectivement 47,5% et 45,1%.

Tableau 24 : Répartition des populations clés rapportant une expérience de stigmatisation et/ou de discrimination au cours des 12 derniers mois.

Expérience de stigmatisation et de discrimination	TS n(%)	HSH n(%)	TG n(%)	UDI n(%)	Total	
					Effectif	%
A déjà été exclu(e) d'activités familiales en raison de votre appartenance à un groupe de populations clés						
Oui	76(27,5)	29(47,5)	32(45,1)	48(56,5)	185	37,5%
Non	200(72,5)	32(52,5)	39(54,9)	37(43,5)	308	62,5%
Effectif	276	61	71	85	493	100,0%
A déjà senti que des membres de votre famille faisaient des commentaires discriminatoires ou médisaient à votre sujet en raison de votre appartenance à un groupe de populations clés						
Oui	120(43,5)	36(59,0)	36(50,7)	54(61,4)	246	49,6%
Non	156(56,5)	25(41,0)	35(49,3)	34(38,6)	250	50,4%
Effectif	276	61	71	88	496	100,0%
A déjà eu peur de recourir à des services de santé parce que vous craigniez que quelqu'un apprenne votre appartenance à un groupe de populations clés						
Oui	76(27,5)	20(32,8)	27(38,0)	35(39,8)	158	31,9%
Non	200(72,5)	41(67,2)	44(62,0)	53(60,2)	338	68,1%
Effectif	276	61	71	88	496	100,0%
A déjà évité de recourir à des services de santé parce que vous craigniez que quelqu'un apprenne votre appartenance à un groupe de populations clés						
Oui	66(24,0)	21(34,4)	29(41,4)	33(37,9)	149	30,2%
Non	209(76,0)	40(65,6)	41(58,6)	54(62,1)	344	69,8%
Effectif	275	61	70	87	493	100,0%
Une personne vous a-t-elle déjà harcelée verbalement en raison de votre appartenance à un groupe de populations clés						
Oui	96(34,8)	36(60,0)	35(50,0)	34(39,1)	201	40,8%
Non	180(65,2)	24(40,0)	35(50,0)	53(60,9)	292	59,2%
Effectif	276	60	70	87	493	100,0%
Une personne vous a-t-elle déjà fait du chantage en raison de votre appartenance à un groupe de populations clés						
Oui	91(33,0)	29(47,5)	33(46,5)	32(36,8)	185	37,4%
Non	185(67,0)	32(52,5)	38(53,5)	55(63,2)	310	62,6%
Effectif	276	61	71	87	495	100,0%
A déjà été harcelé(e) ou blessé(e) physiquement (p. ex., bousculade, coups ou autre forme de violence corporelle) en raison de votre appartenance à un groupe de populations clés						
Oui	73(26,4)	12(19,4)	21(30,0)	26(29,9)	132	26,7%
Non	203(73,6)	50(80,6)	49(70,0)	61(70,1)	363	73,3%
Effectif	276	62	70	87	495	100,0%



DISCUSSION



5. DISCUSSION

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH ont un impact significatif sur la santé, la vie et le bien-être des personnes vivant avec le VIH, en particulier les populations clés vivant avec le VIH¹³. La stigmatisation et la discrimination entravent la riposte au VIH à tous les niveaux de la cascade de traitement du VIH qui part de la prévention, des soins et traitement du VIH. C'est fort de tout ceci qu'il devenait urgent et crucial de mener la présente étude pour estimer la prévalence et la nature de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH à l'endroit des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le but de développer une base de données probantes et une compréhension élargie pour éclairer la riposte au VIH.

Au regards des résultats obtenus dans cette importante étude au Cameroun, quelques points méritent d'être discutés pour tenter de comprendre les principaux résultats des indicateurs clés du « Stigma Index 2.0 » tels que : les informations générales sur le recrutement des enquêtés, leurs caractéristiques sociodémographiques, la divulgation du statut sérologique, les expériences de la stigmatisation et de la discrimination en raison du statut sérologique, les comportements d'auto-stigmatisation, les interactions avec les services de soins de santé, les violations des droits humains des PVVIH et enfin l'inter-sectionnalité en particulier chez les populations clés vivant avec le VIH.

61

Informations générales de recrutement

La forte implication des agents relais communautaires des associations des PVVIH et des paires navigateurs des organisations identitaires a contribué au succès du recrutement avec un taux de dépassement de 2,8%. Cependant, du fait du non-respect de certains critères d'éligibilité comme l'âge du participant et la durée de connaissance du statut sérologique, seulement 2104 ont été retenus pour l'analyse des données. Nous avons observé un faible taux de recrutement des populations clés 23,7% au lieu de 30% de l'échantillon initial.

Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

La répartition de participants selon le sexe est en adéquation avec la féminisation de l'épidémie au Cameroun dans un ratio de 3/1 de la contribution du genre à l'épidémie. Ceci s'expliquerait par le faible pouvoir décisionnel qu'ont les femmes en général au Cameroun qui les rend plus vulnérables que les hommes.

La participation des jeunes de la tranche d'âge 18-24 ans (15,7%) est en adéquation à leur contribution dans l'épidémie nationale (15,95%¹⁴).

¹³ La série de fiches d'information sur les droits humains, ONUSIDA 2021

¹⁴ CNLS, 2017

La féminisation du sexe masculin se concentre dans la tranche d'âge 18-39 ans à 71,2% confirmant ainsi la tendance jeune de cette identité dans la sous-région d'Afrique de l'ouest et centrale avec 93,7% en Côte d'Ivoire et 84,4% en République de Guinée dans cette même tranche d'âge.

31,8% des enquêtés étaient sans emploi et constitués majoritairement des femmes avec 34,4% contre 27,7% des hommes, posant ainsi le problème d'indépendance économique confirmé par le fait que la majorité des participants n'arrivent pas à subvenir à leurs besoins.

Le taux d'exclusion d'éducation formelle des participants est plus élevé chez les femmes (17,2%) que pour les hommes (10,2%). Ces taux restent relativement faibles par rapport à la moyenne nationale de 2017 qui est de 27% chez les filles et 11% chez les hommes.

Divulgarion du statut sérologique

Une partie non moins importante ont déclaré que leur statut sérologique a été divulgué au niveau familial et social sans leur consentement et que cette divulgation avait entraîné des réactions discriminatoires à leur encontre. De plus une grande proportion de PVVIH connaissant leur statut éprouve un sentiment de honte, de même que le sentiment de réserve ce qui renforce la stigmatisation intériorisée. Ces faits nous font comprendre que la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH restent un problème majeur malgré les efforts indéniables que les pouvoirs publics consentent tel que l'objectif « Zéro » défini dans le Plan Stratégique National de lutte contre le sida (PSN).

62

Expériences de la stigmatisation et de la discrimination en raison du statut sérologique,

La méconnaissance des lois contre la stigmatisation et la discrimination par les PVVIH elles-mêmes ne favorise pas l'atténuation de la stigmatisation. Il est important que les pouvoirs publics, les partenaires de lutte, les associations PVVIH participent à la vulgarisation de ces lois et à l'éducation des PVVIH si nous voulons atteindre l'objectif mondial Zéro nouvelle infection à VIH, Zéro décès liés au Sida et Zéro cas de discrimination et de stigmatisation liés au Sida d'ici 2030.

Les résultats de cette étude nous révèlent que la stigmatisation intériorisée est inversement proportionnelle à la durée de connaissance du statut sérologique ce qui confirme l'idée que la résilience se construit avec le temps.

Il ressort aussi de ces résultats une forte discrimination envers les personnes transgenres vivant avec le VIH. Il n'existe que quelques organisations identitaires offrant les services aux personnes transgenres d'où la limitation d'offre de service spécifique aux TG.

Interactions avec les services de soins de santé

La stigmatisation et la discrimination ne facilitent pas l'identification et le diagnostic des PVVIH au sein de la population à travers le refus de l'utilisation des services de dépistage du VIH et le déni du statut sérologique en cas de résultat positif. En effet, 8,2% avaient évité d'aller dans un centre de santé ou à l'hôpital au moment où ils en avaient besoin. Ce qui est en deçà des résultats obtenus de l'enquête pilote « Stigma Index 2.0 » de 2017 dans laquelle 14,75% des PVVIH avaient choisi de ne pas solliciter les soins de santé à cause de leur statut sérologique¹⁵. Mais, il est à rappeler que l'étude de 2017 couvrait seulement 2 villes (Douala et Yaoundé) contrairement à cette étude qui a couvert 10 villes du Cameroun.

Violation des droits humains des PVVIH

Il existe un cadre de protection juridique des personnes vivant avec le VIH au Cameroun. En effet, le code du travail camerounais prohibe toute forme de discrimination au travail, à l'école, dans les entreprises et dans la prestation de services. Mais, Les PVVIH continuent à faire face aux violations de leurs droits à cause de leur statut sérologique. Les violences, les abus, les pressions sociales dont révèlent les résultats de ce rapport, peuvent constituer des facteurs qui entretiennent la propagation du VIH au sein des communautés et alourdissent l'impact de l'épidémie sur les individus, la famille et les communautés.

63

Superposition des différentes causes de stigma (Inter-sectionnalité)

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH et à l'identité de genre ont un impact significatif sur la santé, la vie et le bien-être des personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter¹⁶. Les populations clés vivant avec le VIH sont disproportionnellement exposées aux conséquences négatives qui découlent de la stigmatisation et de la discrimination sur la santé. En effet, la superposition de différents types de stigma, portant sur leur statut sérologique, couplée à leur orientation et/ou pratique sexuelle exacerbent leur vulnérabilité liée au VIH.

Appartenance à un groupe de soutien

En situation de vulnérabilité le groupe d'auto-soutien favorise les échanges d'expériences et permet de répondre aux besoins des membres du groupe. Mais, très peu d'enquêtés (37,1%) ont affirmé appartenir à un groupe de soutien et/ou un réseau de personnes vivant avec le VIH ce qui augmente la stigmatisation interne dans un cercle vicieux.

¹⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32881790/>

¹⁶ La série de fiches d'information sur les droits humains, ONUSIDA 2021



RECOMMENDATION



6. RECOMMANDATIONS

Malgré les efforts considérables qui sont faits depuis des années, les résultats de cette étude montrent que les PvVIH continuent de subir avec persistance la stigmatisation et/ou la discrimination. Les actions urgentes doivent être entreprises afin de réduire le degré de la stigmatisation envers les PVVIH et d'augmenter leur accès aux services de soins et traitement du sida.

Ainsi, pour parvenir à *zéro-stigma* envers les PvVIH, des recommandations sont formulées à l'endroit de la société civile, Associations des PvVIH membres ou non du RéCAP+, des PVVIH et leurs familles..., des pouvoirs publics, des prestataires de santé, CNLS, de la Commission Nationale des Droits de l'Homme. Les principales recommandations formulées sont les suivantes :

À l'endroit du RéCAP+ et aux Associations de PVVIH

- Elaborer un plan de communication pour une large diffusion des résultats de cette enquête sur tout le territoire national ;
- Renforcer les capacités des pairs sur les thèmes liés à la stigmatisation, l'estime de soi, le leadership, l'autonomisation, les droits et responsabilités
- Promouvoir les Activités Génératrices de Revenus (AGR) au profit des femmes PVVIH dans chaque région qui vivent, selon l'enquête, dans des conditions socio-économiques difficiles ;
- Faire un plaidoyer auprès de l'Etat, des partenaires techniques financiers et des structures décentralisées, pour la création d'un fonds national de soutien des PVVIH et en assurer le suivi ;
- Sensibiliser les populations sur les lois nationales antidiscriminatoires et des instruments juridiques de même que sur la divulgation du statut au profit des PVVIH ;
- Encourager les PVVIH à recourir aux structures compétentes (structures sociales, les forces de l'ordre, la justice, ONG/associations etc.) en cas de stigmatisation et de discrimination liées au VIH/Sida ;
- Organiser des rencontres de plaidoyer avec les chefs d'entreprises, les points focaux VIH, les inspecteurs de travail pour susciter leur engagement pour la protection des droits des PVVIH en milieu de travail ;
- Elaborer un plan de plaidoyer pour l'utilisation des résultats de l'étude.

À l'endroit des PVVIH

- Participer à des activités de groupe apportant un soutien psychosocial aux PVVIH et favorisant l'épanouissement et l'auto-revalorisation des PVVIH ;
- Encourager les PVVIH à s'intéresser à la formation professionnelle et à l'entrepreneuriat.

A l'endroit de la Société Civile

- Renforcer l'autonomisation économique et l'insertion socioprofessionnelle des PVVIH à travers l'initiation à des métiers, l'accompagnement dans l'auto-entrepreneuriat ;
- Renforcer le partenariat stratégique avec les médias (presse écrite, radios, télévisions, presse en ligne...) pour l'intensification de la communication sur la non-divulgateion du statut VIH sans consentement et ses conséquences dans toutes les régions du pays.

A l'endroit de la Commission des Droits de l'Homme du Cameroun

- Renforcer la mise en œuvre du plan de réduction et gestion des violences basées sur le genre, violation des droits humains ;
- Vulgariser l'utilisation du système numérique (Application mobile/Numéro vert) de dénonciation, d'information et de suivi des cas violence basées sur le genre et/ou de violation des droits humains ;
- Accompagner la réalisation des études qualitatives d'explication de la disparité observée par rapport à la tolérance des groupes vulnérables dans le pays ;
- Sensibiliser les associations de PVVIH sur le mandat de la CDHC.

A l'endroit du CNLS

- Améliorer la communication (mass media, panneau publicitaire, groupe de parole) en direction de la population générale sur le respect du statut sérologique, le soutien à porter aux personnes vulnérables telles que les PVVIH ;
- Accompagner davantage les organisations à base communautaire dans la pérennisation leurs activités ;
- Renforcer les capacités du personnel de santé des structures de prise en charge ou des agents des établissements de soins de santé fréquentés par les PVVIH à administrer des soins non stigmatisant.

A l'endroit du Gouvernement

- Soutenir la création d'un fonds de soutien aux PVVIH les plus démunis en garantissant un cadre légal pour les partenaires au développement et en proposant des formules fiscales incitatives aux entreprises
- Renforcer ou prendre des mesures (politiques, allocation de ressources financières, programmes, etc.) visant à lutter contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH et plus particulièrement des populations clés.



CONCLUSION



7. CONCLUSION

La présente étude de l'Indice de Stigmatisation des PVVIH 2.0 qui avait pour but d'estimer le niveau et la nature de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH à l'endroit des PVVIH, a été menée dans les 10 régions du pays, recueillant ainsi un éventail de données chez 2104 PVVIH issues de la population générale (76,3%) et des populations clés (23,7%). Cette enquête a permis de développer une base de données factuelle nous permettant une bonne compréhension de la dynamique du problème pour mieux éclairer la riposte au VIH au Cameroun.

Les résultats de cette enquête nous font comprendre que les personnes vivant avec le VIH au Cameroun continuent à faire face à la stigmatisation et à la discrimination non seulement attribuable à leur statut sérologique, mais aussi à une combinaison de facteurs associant l'orientation sexuelle des PVVIH, leur identité de genre et leur pratique sexuelle.

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH en général, avec un accent particulier des PVVIH issues des populations clés, contribuera sûrement à l'atteinte de l'objectif mondial d'élimination de l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030.

Le passage à échelle de toutes les stratégies efficaces pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination devraient mener le Cameroun vers l'atteinte de l'Objectif « Zéro » : Zéro nouvelle infection à VIH, Zéro décès liés au Sida et Zéro cas de discrimination et de stigmatisation liés au Sida. C'est dans ce sens qu'à la suite de cette enquête, des recommandations ont été faites à l'endroit de tous les acteurs nationaux impliqués dans la riposte.



ANNEXES



8. ANNEXES

ANNEXE 1 : Notice d'information (Français)

Note à l'enquêteur : Donner à la personne interviewée le temps de la lire, et si la personne ne sait pas lire, vous devez lui lire cette note à haute voix

1. Introduction :

Bonjour. Je m'appelle..... et je travaille pour le Réseau Camerounais de personnes vivant avec le VIH/SIDA (RéCAP+). Nous effectuons actuellement une enquête sur les expériences des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), notamment leurs expériences en matière de stigmatisation, de discrimination et de connaissance de leurs droits. Nous espérons qu'à travers vous et les autres personnes vivant avec le VIH qui participent à cette étude, nous pourrions produire des informations riches et précieuses qui contribueront à nos efforts nationaux et mondiaux de réduction de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et que cela permettra, en fin de compte, d'améliorer la vie des personnes vivant avec le VIH. L'entretien devra durer entre 60 et 90 minutes.

2. But de l'étude :

Les résultats de cette étude serviront de ressource aux PVVIH, aux associations et au RéCAP+ pour établir le niveau actuel de la stigmatisation des PVVIH et mesurer les progrès accomplis dans l'atteinte de l'objectif zéro discrimination. Ils permettront également de développer des outils de plaidoyer afin d'influencer les changements des politiques, des lois, des programmes et des pratiques.

3. Procédures de l'étude

Si vous choisissez de participer à cette étude, nous remplirons ensemble un questionnaire électronique qui devra durer entre 60 et 90 minutes. Ce questionnaire abordera respectivement votre environnement social, votre travail, votre accès aux services de santé, vos connaissances concernant vos droits, le dépistage et le traitement du VIH. Nous vous recommandons de ne pas avoir peur de demander à voir le questionnaire sur la tablette, à ce stade, si vous aimeriez avoir un aperçu plus détaillé des questions.

Selon la méthodologie de cette étude, je vais saisir vos réponses pour vous pendant que vous êtes assis(e) à côté de moi et que vous vérifiez que je coche les cases appropriées et que je note vos réponses correctement.

4. Participation Volontaire

La participation à cette enquête est volontaire et vous êtes libre de choisir de participer ou non à cette enquête. Si vous choisissez de participer, vous serez également libre de ne pas répondre à une question ou une autre et vous pouvez également décider d'interrompre votre participation à l'entretien à tout moment, selon votre désir. Votre choix n'aura aucune conséquence sur l'accès aux services de traitement, de soins et soutien aussi bien en milieu associatif que sur les sites de prise en charge. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est particulièrement importante pour nous.

5. Risques et bénéfices

Les personnes qui seront sélectionnées pour l'enquête ne seront pas exposées à d'autres risques que ceux liés à la confidentialité des données personnelles. Toutefois, des dispositions seront prises pour assurer cette confidentialité. Il y a d'autres risques qui peuvent s'ajouter tels que, le risque d'un choc psychologique qui pourrait survenir suite à certaines questions portant sur la vie privée, le risque de réveils de souvenirs douloureux de stigmatisation ou de discrimination vécus par le participant, le risque de réaction émotionnelle inhérente à la prise de conscience soudaine par le participant d'un comportement ou une attitude vécu de la part d'un ami ou d'un membre de la famille qu'il a jusque-là toléré ou supporté sans appréhender qu'il relevait d'un véritable fait de stigmatisation ou discriminatoire liée à son statut sérologique réel ou perçu.

Il n'y a pas de bénéfices particuliers associés à la participation. Toutefois, les participants pourraient bénéficier, à la fin des entretiens, des informations pouvant les aider par rapport à l'accès aux structures de soins et soutien. A cet effet, une liste de structures de référence avec les contacts des personnes ressources dans les différentes villes sera mise au besoin à la disposition des enquêtés. La documentation des expériences de stigmatisation et/ou discrimination vécues par les participants permettra non seulement d'améliorer les programmes offerts aux PVVIH (accès aux services de qualité). Les résultats obtenus permettront d'accroître le plaidoyer pour une meilleure prise en compte de la problématique de la stigmatisation et/discrimination dans les financements alloués au VIH et au sida.

6. Paiement

Un forfait maximum de 2000 FCFA correspondant au remboursement des frais de transport et un rafraîchissement seront offerts sur le site d'enquête. Il n'y a aucune compensation financière liée à votre participation à cette étude.

7. Confidentialité

L'entretien se déroulera dans un endroit sécurisé (loin de toute oreille indiscrete) pour garantir la confidentialité de vos déclarations. En plus des endroits fréquentés par les PVVIH en occurrence les associations et les structures de prise en charge vous avez le choix également de vous rendre dans des espaces sécurisés et conviviaux retenus pour l'enquête. Afin de garantir l'anonymat, les outils de collecte de données (formulaire de consentement éclairé et questionnaire) porteront des codes qui ne laisseront en aucun cas transparaître votre identité.

Les enquêteurs ne parleront jamais avec un tiers du contenu de vos déclarations. En effet, la divulgation des informations collectées est formellement interdite et sujet à une exclusion de l'équipe de collecte et à une poursuite, de son auteur. Toutes les données collectées seront traitées de façon anonyme. Ainsi, vos déclarations seront associées à un code et seules les personnes autorisées y auront accès.

8. Contact

Si, après le départ de l'agent enquêteur, vous avez des questions ou souhaitez des explications sur certains points, n'hésitez pas à appeler **Mr. Jean de Dieu Anoubissi** du Comité National de Lutte contre le SIDA au 650-849-467 ou **Mr. Deli Narcisse** du RéCAP+ au 690-183-582 ou **Dr. Mfochivé Njindam Iliassou** au 650-598-565

Si vous pensez que vous avez subi un préjudice à cause de votre participation, vous pouvez contacter le **Comité National Ethique** au (237) 690 99 67 81/ 243 67 43 39

Avez-vous des questions sur ce que je viens de dire ou pour mieux comprendre votre rôle dans cette étude ?

- Oui, j'ai des questions.
- Non, je n'ai pas de question.

ANNEXE 2: Information notice (English)

Note to interviewer : Give the interviewee time to read it, and if the person cannot read, you should read this note aloud to him/her.

73

1. Introduction:

Good morning. My name is..... and I work for the Cameroonian Network of People Living with HIV (ReCAP+). We are currently carrying out a survey on the experiences of people living with HIV (PLHIV), including their experiences of stigma, discrimination and knowing their rights. We hope that through you and other people living with HIV who are participating in this study, we can produce rich and valuable information that will contribute to our national and global efforts to reduce HIV-related stigma and discrimination and that will ultimately improve the lives of people living with HIV. The interview should last between 60 and 90 minutes.

2. Purpose of the study:

The results of this study will serve as a resource for PLHIV, associations and RéCAP+ to establish the current level of stigmatization of PLHIV and measure the progress made in achieving the goal of zero discrimination. They will also help to develop advocacy tools to influence changes in policies, laws, programs and practices.

3. Study Procedures:

If you choose to participate in this study, we will complete an electronic questionnaire together that should last between 60 and 90 minutes. This questionnaire will respectively address your social environment, your work, your access to health services, your knowledge of your rights, HIV testing and treatment. We recommend that you are not afraid to ask to see the questionnaire on the tablet, at this stage, if you would like to have a more detailed overview of the questions.

As per the study methodology, I will type the responses for you while you sit next to me and you can check that I am checking the appropriate boxes and marking your answers correctly.

4. Voluntary Participation:

Participation in this survey is voluntary and you are free to choose whether to participate in this survey. If you choose to participate, you will also be free not to answer any questions and you may choose to discontinue your participation in the interview at any time you wish. Your choice will have no impact on access to treatment, care and support services, both in associations and on care sites. However, we hope that you will agree to participate in this survey because your opinion is particularly important to us.

5. Risks and benefits:

The people who will be selected for the survey will not be exposed to any risks other than those related to the confidentiality of personal data. However, arrangements will be made to ensure this confidentiality. There are other risks that can be added, such as the risk of a psychological shock that could occur following certain questions relating to private life, the risk of awakening painful memories of stigmatization or discrimination experienced by the participant, the risk of emotional reaction inherent in the participant's sudden awareness of a behavior or attitude experienced on the part of a friend or family member whom he has hitherto tolerated or supported without apprehending that it was a real act of stigmatization or discrimination linked to his real or perceived serological status.

There are no specific benefits associated with participation. However, the participants could benefit, at the end of the interviews, from information that can help them with regard to access to care and support structures. To this end, a list of reference structures with the contacts of resource persons in the different cities will be made available to respondents if necessary. Documenting participants' experiences of stigma and/or discrimination will not only improve the programs offered to PLHIV (access to quality services). The results obtained will make it possible to increase advocacy for better consideration of the problem of stigmatization and/discrimination in the funding allocated to HIV and AIDS.

6. Payment:

A maximum package of 2000 FCFA corresponding to the reimbursement of transport costs and a refreshment will be offered on the survey site. There is no financial compensation related to your participation in this study.

7. Confidentiality:

The interview will take place in a secure place (away from any indiscreet ears) to guarantee the confidentiality of your statements. In addition to the places frequented by PLHIV, in this case associations and care structures, you also have the choice of going to safe and friendly spaces

selected for the survey. In order to guarantee anonymity, the data collection tools (informed consent form and questionnaire) will carry codes that will in no way reveal your identity.

Investigators will never speak with a third party about the content of your statements. Indeed, the disclosure of the information collected is strictly prohibited and subject to exclusion of the collection team and prosecution of its author. All data collected will be treated anonymously. Thus, your declarations will be associated with a code and only authorized persons will have access to it.

8.Contact:

If, after the investigator's departure, you have questions or would like explanations on certain points, do not hesitate to call Mr. Jean de Dieu Anoubissi of the National Committee for the Fight against AIDS at 650-849-467 or Mr. Deli Narcisse from ReCAP+ at 690-183-582 or Principal Investigator Mfochive Njindam Iliassou at 650-598-565

If you believe that you have suffered harm because of your participation, you can contact the National Ethics Committee at (237) 690 99 67 81/ 243 67 43 39

Do you have any questions about what I just said or to better understand your role in this study?

- Yes, I have questions.
- No, I have no questions.

ANNEXE 3 : Consentement éclairé (Français)

Déclaration de consentement

Je déclare avoir été invité à participer à l'étude intitulé « Enquête Nationale sur l'Indice de la Stigmatisation 2.0 chez les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) au Cameroun ». La notice d'information m'a été lue. J'ai bien compris les objectifs de l'étude. La procédure de recherche était bien décrite et j'ai bien compris ce que l'on attendait de moi. Les risques et les bénéfices liés à l'étude m'ont été présentés. J'ai eu suffisamment de temps pour poser des questions et ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai aussi compris que ma participation à cette étude est volontaire, je suis libre de participer ou non à cette étude, et de retirer mon consentement à tout moment sans préjudice.

Au regard de ce dont nous avons discuté pendant le processus de ce consentement, je vais maintenant vous demander votre avis de participer ou non à la présente étude :

Êtes-vous d'accord pour participer à cette étude ?

- ☐ Oui, je suis d'accord pour participer à cette étude.
- ☐ Non, je ne suis pas d'accord pour participer à cette étude.

Approbation

J'ai lu ou on m'a lu le formulaire de consentement et j'ai accepté librement de participer à l'étude. On m'a donné l'opportunité de poser des questions, et on a répondu à mes questions de manière satisfaisante. On m'a donné une copie de ce formulaire en guise d'attestation.

Consentement du participant (enquêteur met un X ici)

Date :

Signature de l'enquêteur

Date :

ANNEXE 4 : Consent Form (English)

Declaration of consent

I declare that I have been invited to participate in the study entitled “National Survey on the Stigma Index 2.0 among People Living with HIV (PLHIV) in Cameroon” The information leaflet has been read to me. I understood the objectives of the study. The research procedure was well described and I understood what was expected of me. The risks and benefits of the study were presented to me. I had enough time to ask questions and got satisfactory answers. I also understand that my participation in this study is voluntary, I am free to participate or not in this study, and to withdraw my consent at any time without prejudice.

In view of what we discussed during the consent process, I will now ask your opinion on whether or not to participate in this study:

Do you agree to participate in this study?

- ☐ Yes, I agree to participate in this study
- ☐ No, I do not agree to participate in this study.

77

Approval

I have read or have had the consent form read to me and I freely agree to participate in the study. I was given the opportunity to ask questions, and my questions were answered satisfactorily. I was given a copy of this form as proof.

Participant consent (investigator puts an X here) Date:

Signature of interviewer Date:

ANNEXE 5 : Accord de confidentialité des membres de l'équipe de collecte des données

En fournissant des services dans le cadre de l'étude mise en œuvre par les prestataires, le ReCAP+ peut être amené à divulguer des informations confidentielles à ces derniers.

Les informations confidentielles comprennent toutes les informations (techniques ou non) et les données relatives aux services offerts par ReCAP+, qu'elles soient divulguées ou fournies sous forme orale, écrite, graphique, photographique, électronique ou autre.

Tous les prestataires du RéCAP+ doivent :

- Garder les informations reçues de ReCAP+/recueillies sur le terrain dans la plus stricte confidentialité et ne pas les divulguer à des tiers, directement ou indirectement, à moins d'y être préalablement autorisé par ReCAP+.
- Les informations confidentielles ne peuvent être reproduites sous quelque forme que ce soit ni utilisées à des fins commerciales.
- Chaque employé, sur demande ou à la fin de sa relation de travail avec le RéCAP+, remettra à ce dernier toutes les notes, tous les documents, tous les équipements et tous les matériels reçus ou provenant de ses activités avec ReCAP+.

En cas de violation du présent accord, Le prestataire s'expose à des mesures disciplinaires conformes à la politique disciplinaire du RéCAP+, pouvant aller jusqu'à la résiliation du contrat.

Ce qui précède a été convenu et accepté par chaque partie.

Lu et approuvé

ANNEXE 6 : Clairance éthique

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix -Travail- Patrie ----- MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ----- SECRETARIAT GENERAL ----- COMITE NATIONAL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE HUMAINE ----- SECRETARIAT TECHNIQUE ----- N° 2023/09/1576/CE/CNERSH/SP	REPUBLIC OF CAMEROON Peace -Work- Fatherland ----- MINISTRY OF PUBLIC HEALTH ----- SECRETARIAT GENERAL ----- NATIONAL ETHICAL COMMITTEE FOR RESEARCH ON HUMAN HEALTH ----- TECHNICAL SECRETARIAT ----- Yaoundé, le 1.1 SEPT 2023
---	--

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité National d’Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine (CNERSH), en sa session extraordinaire du 12 septembre 2023, a examiné le projet de recherche intitulé : «**2023-STIGMA INDEX 2.0 : Enquête nationale sur l’indice de la stigmatisation chez les personnes vivant avec le VIH au Cameroun**» soumis par le **Docteur MFOCHIVE NJINDAM Iliassou**, Investigateur Principal, Johns Hopkins-University Cameroon Program.

Le projet est d’un grand intérêt scientifique et social. L’objectif général de cette étude est d’évaluer la prévalence et la nature de la stigmatisation liées au VIH à l’endroit des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le but de développer une base de données probantes et une compréhension élargie pour éclairer la riposte au VIH au Cameroun. Cette étude se déroulera dans les dix régions du Cameroun. Les risques liés à l’étude sont précisés ainsi que les mesures pour les éviter et les minimiser. La notice d’information et le formulaire de consentement éclairé, en français et en anglais, sont bien élaborés et simples à comprendre. Les mesures prises pour garantir la confidentialité des données collectées sont présentes dans le document. Les CVs des Investigateurs les décrivent comme des personnes compétentes, capables de mener à bien cette étude. Pour toutes ces raisons, le Comité National d’Ethique approuve pour une durée d’un an, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

Les Investigateurs sont responsables du respect scrupuleux du protocole approuvé et ne devraient y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il, sans avis favorable du CNERSH. Les investigateurs sont appelés à collaborer pour toute descente du CNERSH pour le suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé. Le rapport final du projet devra être soumis au CNERSH et aux autorités sanitaires du Cameroun.

La présente clairance peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation en vigueur et des recommandations susmentionnées.

En foi de quoi, la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Ampliations

MINSANTE

Le Président

Pr MBACHAM Wilfred
Paul Mbacham Wilfred Fon
 M.D., Sc.D (Harvard), FAS, FCHS, FACS
 Public Health Biotechnologist

N.B : cette clairance éthique ne vous dispense pas de l’autorisation administrative de recherche (AAR), exigée pour mener cette étude sur le territoire camerounais. Cette dernière vous sera délivrée par le Ministère de la Santé Publique.

- N° d’enregistrement : IORG0007861-IRB00009439-FWA00016054 - setcominae@gmail.com
 - Arrêté N° 0977/A/MSP/SESP/SG/DROS du 18 avril 2012 portant création, organisation et fonctionnement des Comités d’Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine au sein des structures relevant du ministère en charge de la santé publique.

ANNEXE 7 : Autorisation Administrative de Recherche (AAR)

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix-Travail-Patrie MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DIVISION DE LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ	REPUBLIC OF CAMEROON Peace-Work-Fatherland MINISTRY OF PUBLIC HEALTH GENERAL SECRETARIAT DIVISION OF HEALTH OPERATIONS RESEARCH
---	--

N° 30-14016 / AAR/MINSANTE/SG/DROS/NJ
 Yaoundé, le 20 NOV 2023

LE MINISTRE
À
Dr MFOCHIVE NJINDAM Iliassou
Johns Hopkins-University Cameroon Program
 Tel : 650 598 565 e-mail : njindamfoch@gmail.com

Objet : Autorisation Administrative de Recherche
 N° 631-33-231

Docteur,
 Vous avez bien voulu solliciter de mes services, en qualité d'Investigateur Principal, une Autorisation Administrative de Recherche pour mener une étude intitulée : « **2023-Stigma index 2.0 : Enquête nationale sur l'indice de la stigmatisation chez les personnes vivant avec le VIH** » avec la collaboration de **Mme NGO MADENG BILONG Odile Aline**, ReCAP+ ; **Dr AJEH Rogers**, GTC/CNLS ; **Dr ANDRIANDRA SANA Gilbert**, CARE Camroun ; **Dr KOB YE SAME III David Anouar**, ONUSIDA et de **Mme BISSAI Rosine Grace**, USAID, comme co-investigateurs.

Y faisant suite, j'ai l'honneur de vous notifier la présente Autorisation Administrative de Recherche qui vous permettra de démarrer vos travaux. Vous voudrez bien noter que la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé est chargée du suivi de la conformité aux principes de bioéthique de ce projet et devra être informée de vos activités, ainsi que des conclusions de votre étude au cours d'une restitution publique.


Le Ministère de la Santé publique se réserve par ailleurs, le droit d'effectuer des missions de suivi de la mise en œuvre de ladite recherche et d'arrêter celle-ci en cas de non-respect du protocole approuvé et pour lequel cette Autorisation Administrative de Recherche vous est délivrée.

Toute nouvelle découverte devra être signalée par écrit à l'Administration avant publication et les deux parties à savoir l'Investigateur Principal et le Ministère de la Santé Publique partageront les droits de propriété intellectuelle y relatifs.

Toute modification du présent protocole devra être notifiée par écrit à l'Administration après une nouvelle approbation par le Comité Éthique. Le numéro de votre Autorisation Administrative sus référencée devra être cité dans vos courriers ultérieurs.

Veuillez croire, **Docteur**, en l'assurance de ma considération distinguée. /-

Copie :
 - MINRESI
 - CAB/MINSANTE/SESP
 - SG/MINSANTE
 - DROS
 - DLMEP
 - Concernés
 - Archives/chrono.



Site web: www.minsante.cm / www.minsante.gov.cm
 Tel: (+227) 22 23 45 18 - Email: minsantedros@yahoo.com