

L'État et la santé sexuelle des personnes en situation de handicap au Cameroun

Estelle Kouokam Magne*,
Irene Flore Chiewouo** & Felicite Djoukouro***

« L'invalidé n'est pas issu d'une race à part, il est une métaphore de la condition humaine. »

– Murphy 1990:17

Résumé

À partir d'une approche socio-historique et anthropologique, cet article veut répondre aux questions suivantes : pourquoi la santé sexuelle des personnes en situation de handicap est-elle « oubliée » dans les dispositifs institutionnels ? En quoi cet oubli informe-t-il sur les valeurs accordées à la personne dans notre contexte social et politique contemporain ? En quoi la prise en compte de la santé sexuelle des personnes en situation de handicap est-elle un enjeu de citoyenneté ? En s'inscrivant dans une perspective structuraliste et intersectionnelle, il veut comprendre et analyser les dynamiques sociales et historiques qui expliquent cette omission institutionnelle de la personne en situation de handicap dans l'élaboration des politiques publiques relatives à la santé sexuelle au Cameroun.

Abstract

From a socio-historical and anthropological perspective, this article aims to answer the following questions: Why is the sexual health of people with disabilities “forgotten” in institutional arrangements? What does this oversight tell of the values conferred to the person in our contemporary social and political context? How is taking into account the sexual health of people with disabilities a citizenship issue? By adopting a structuralist and intersectional perspective, the article seeks to understand and analyze the social and historical dynamics that explain this institutional omission of people with disabilities in the development of public policies relating to sexual health in Cameroon.

* Université Catholique d'Afrique Centrale. Email : esthelka@yahoo.com

** Université de Yaoundé I. Email : kuetcheireneflores@yahoo.fr

*** Université de Yaoundé I. Email : felicite.djoukouro@gmail.com

Introduction

Le concept de santé sexuelle naît dans les années 1970 au lendemain des luttes féministes qui mettent en évidence la nécessité pour l'individu de disposer de son corps. L'Organisation mondiale de la santé définit la santé sexuelle comme

Un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. (OMS 2020)

Cette définition établit la reconnaissance de la santé sexuelle comme un droit humain. En tant que tel, ce droit induit une reconnaissance de l'autre dans sa singularité ainsi que le caractère inaliénable de ce droit. Pour les personnes en situation de handicap, on pourrait considérer « *la sexualité comme le moyen d'une prise d'autonomie.* » (Giami 2016:95) Accéder à une sexualité libre et épanouie représente un des moyens de reconnaissance des droits individuels et de cette reconquête de l'autonomie.

Au Cameroun, les programmes de santé reproductive sont beaucoup plus anciens que les programmes de santé sexuelle. En effet, la santé sexuelle va se développer avec la lutte contre la pandémie du VIH/Sida au milieu des années 1980. Ce contexte sanitaire global se conjugue avec la mise en œuvre des mesures d'ajustement structurel et des programmes de planning familial, lesquels sont financés par l'aide internationale au développement.

Selon le ministère de la Santé, les prêts ou dons extérieurs ont permis de financer les activités sanitaires à hauteur de 65 milliards de francs CFA en 2015. Il note par ailleurs que « les ressources financières allouées à la santé sont insuffisantes, ce qui favorise une dépendance aux financements extérieurs » (SSS 2015). Cette dépendance se traduit dans les politiques de santé sexuelle déployées par l'État sur le terrain.

La santé sexuelle des personnes en situation de handicap reste l'un des parents pauvres des politiques publiques, pourtant elles représentent 5, 4 pour cent de la population générale, donc plus d'un million de personnes. Elles sont confrontées à la rareté des offres d'éducation adaptées, de même qu'au faible nombre de spécialistes de la santé (Minsanté DRH 2020).

En fait

L'État contribue pour une part déterminante à la production et à la reproduction des instruments de construction de la réalité sociale. En tant que structure organisationnelle et instance régulatrice des pratiques, il exerce

en permanence une action formatrice de dispositions durables, à travers toutes les contraintes et les disciplines corporelles et mentales qu'il impose uniformément à l'ensemble des agents. (Bourdieu 1994:156-157)

À travers la mise en œuvre d'une politique de santé sexuelle sensible à la question du handicap, l'État rend cette partie de la population visible et contribue ainsi de façon décisive à l'intégration de ce groupe spécifique dans l'ordre sexué de la société.

Pourquoi la santé sexuelle des personnes en situation de handicap est-elle « oubliée » dans les dispositifs institutionnels ? En quoi cet oubli nous informe-t-il sur les valeurs accordées à la personne dans notre contexte social et politique contemporain ? En quoi la prise en compte de la santé sexuelle des personnes en situation de handicap est-elle un enjeu de citoyenneté ?

À partir d'une approche conciliatrice de l'anthropologie et de la sociologie historique de l'État, cet article veut analyser les dynamiques sociales et historiques qui expliquent cette omission institutionnelle de la personne en situation de handicap dans l'élaboration des politiques publiques relatives à la santé sexuelle au Cameroun. En s'inscrivant dans une perspective structuraliste et intersectionnelle, il part de deux hypothèses principales : la première postule que le handicap, comme construction culturelle de l'exclusion, contribue à l'invisibilité des personnes en situation de handicap dans les politiques de santé sexuelle.

La seconde, quant à elle, soutient que l'extraversion des politiques publiques de santé sexuelle dans un contexte caractérisé par la domination des programmes de santé verticaux ne favorise pas la prise en compte des besoins spécifiques des personnes en situation de handicap dans le domaine de la santé sexuelle. Cette situation contribue à l'oubli de la santé sexuelle des personnes en situation de handicap au Cameroun au sein des institutions politiques.

Au Cameroun, le système de santé est construit sur le modèle pyramidal, malgré le principe de décentralisation reconnu depuis la constitution de 1996 et réaffirmé dans la loi fondamentale du 21 avril 2008. Jusqu'à aujourd'hui, les décisions sont prises à Yaoundé et mises en œuvre dans les régions.

Les recherches de terrain reposent sur des guides d'entretien et des grilles d'observation conçues préalablement sur la base d'hypothèses et d'une revue de la littérature sur la question du handicap et des politiques publiques. Les enquêtes de terrain se sont déroulées à Yaoundé, capitale politique du Cameroun et siège des institutions, de septembre 2019 à février 2020.

L'échantillonnage de type raisonné est constitué des responsables institutionnels en charge de la santé sexuelle et reproductive du ministère de la Santé publique (3), du ministère de la Promotion de la femme et de la

famille, du ministère de la Jeunesse, du ministère des Affaires sociales (3) et d'assistants sociaux (5). Ces interlocuteurs privilégiés de notre enquête nous ont permis, à travers leurs pratiques professionnelles et leur compréhension des normes institutionnelles, d'accéder au niveau microsocial aux raisons pour lesquelles les personnes en situation de handicap, malgré leur présence dans leur portefeuille d'activités, sont absentes lorsqu'il s'agit d'activités relatives à la santé sexuelle.

Ces différents acteurs ont pu nous entretenir sur leur expérience professionnelle relative à l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les programmes. De plus, il a été question de comprendre pourquoi, de leur point de vue, les personnes en situation de handicap étaient les grandes absentes des projets relatifs à la santé sexuelle.

Une observation des documents de politique sectorielle montre une récente prise en compte des personnes en situation de handicap dans le document programmatique de l'État. De plus, une observation systématique des messages publicitaires relatifs à la santé sexuelle promus ces cinq dernières années, couvertes par le document programmatique de l'État, ainsi que les vidéos de discours officiels relatifs à la jeunesse et à la santé sexuelle nous ont permis de comprendre que malgré l'inclusion des personnes en situation de handicap dans l'agenda des politiques de santé, la citoyenneté sociale des personnes en situation de handicap reste un défi.

Cet article est organisé en trois parties : la première analyse la santé sexuelle comme un enjeu d'intégration sociale pour les personnes en situation de handicap, la deuxième aborde la construction socio-historique des politiques de santé sexuelle au Cameroun. La troisième, quant à elle, démontre que la santé sexuelle est un enjeu de citoyenneté sociale des personnes en situation de handicap au Cameroun.

La santé sexuelle : un enjeu d'intégration sociale pour les personnes en situation de handicap

Robert Murphy, anthropologue américain, évoque les répercussions sociales de son handicap en ces termes : « Si cette affection physique est digne d'attirer l'attention, c'est qu'elle a pris la forme d'une affection de mes relations sociales, aussi réelle que la paralysie de mon corps » (Murphy 1990:16).

La notion de santé sexuelle et reproductive peut laisser penser à un assujettissement de la sexualité à la procréation. Comme le remarque Sylvia Tamale, théoriser les sexualités africaines suppose l'affranchissement de certaines prénotions, parmi lesquelles figure l'idée selon laquelle les êtres humains ont des relations sexuelles pour se reproduire (Tamale 2011:11).

Analyser la place de la santé sexuelle des personnes en situation de handicap dans les politiques publiques de l'État consiste à sortir le sexe du domaine du privé et de l'intime pour en faire un enjeu politique. Le sexe «est accès à la fois à la vie du corps et à la vie de l'espèce. On se sert de lui comme matrice des disciplines et comme principe des régulations» (Foucault 1976:192).

La santé sexuelle permet d'explorer la reconnaissance des capacités des personnes en général et des personnes en situation de handicap en particulier. La santé sexuelle postule une reconnaissance des imaginaires et des pratiques sociales relatives au corps. En partant du postulat selon lequel «Le corps métaphorise le social, et le social métaphorise le corps. Dans l'enceinte du corps, ce sont symboliquement des enjeux sociaux et culturels qui se déploient» (Le Breton 2002:157), la prise en compte de la santé sexuelle des personnes en situation de handicap peut représenter une reconnaissance de la différence et une égale considération pour l'ensemble des citoyens.

La situation de handicap comme défaut d'agencement des forces cosmiques

À partir de matériaux ethnographiques issus de plusieurs continents, Maurice Godelier en déduit que dans la pensée humaine, «Il faut toujours plus qu'un homme et une femme pour faire un enfant» (Godelier 2007:164). La situation de handicap interroge sur l'agencement des forces cosmiques au moment de la conception. Dans les sociétés camerounaises, c'est le même principe de l'intervention des forces cosmiques qui préside au moment de la conception (Pradelles de Latour 1991 ; Ombolo 1990 ; Abéga 1995). Le handicap moteur et/ou visuel, parce qu'il remet en cause une approche fonctionnelle du corps, amène à interroger les manières qu'ont les sociétés humaines de penser la venue des enfants au monde. Le corps est donc inséré dans un univers symbolique qui, selon les cultures des sociétés humaines, préexiste à l'avènement du corps. La santé sexuelle des personnes en situation de handicap met en jeu deux principes : l'identité et l'égalité.

L'identité réfère à ce qui rend différents les individus les uns par rapport aux autres. Il peut s'agir du sexe, de la race, de la condition physique, de la condition sociale, etc. Le principe d'égalité, quant à lui, renvoie aux différentes dispositions juridiques qui permettent à un État de s'assurer que l'ensemble des citoyens peuvent prétendre aux mêmes droits sans distinction aucune. Il s'agit de voir comment l'État du Cameroun travaille à la production de cette égalité entre les citoyens en situation de handicap et ceux qui ne présentent aucune invalidité.

Le droit des personnes en situation de handicap comme production culturelle

Une anthropologie de la fabrique du droit montre que les règles, bien qu'elles s'inscrivent dans un ensemble de conventions garantissant les droits humains, ne sont pas neutres. Elles sont aussi le produit des représentations des acteurs qui les édictent. Comme le remarque Jean Leca, malgré le sens juridique que recouvre le concept de citoyenneté, il résulte d'une construction sociale :

Ces conceptions ne dépendent pas de la (bonne) volonté des législateurs et des autres acteurs, elles sont elles-mêmes socialement et politiquement fabriquées. Les problèmes soulevés ne sont donc pas seulement des problèmes de théorie normative ou logique, ils dépendent de la façon dont s'est constitué le capital cognitif disponible dans une société. (Leca 1991:162)

Le capital cognitif est l'ensemble des ressources issues de la socialisation des acteurs sociaux leur permettant de recevoir de sélectionner d'organiser les informations et de les transformer afin de fournir un système de sens et de représentations en mesure d'influencer leurs pratiques. Cette définition s'inspire des définitions bourdieusiennes du capital culturel et du capital symbolique.

Les composantes de ce capital cognitif pour le Cameroun sont : le patrimoine socio-historique relatif à la santé sexuelle des populations hérité de la période coloniale et perpétué plus ou moins fidèlement aux lendemains des indépendances, l'extraversion caractéristique des politiques publiques de l'État en matière de santé sexuelle, laquelle se traduit par l'absence de regard sur soi, ainsi que les conceptions traditionnelles relatives aux personnes en situation de handicap.

La construction socio-historique des politiques de santé sexuelle au Cameroun

L'avènement de la santé sexuelle comme catégorie politique et médicale se traduit par quatre principales tendances : l'hystérisation du corps féminin, la pédagogisation du sexe de l'enfant, la socialisation des conduites procréatrices et la psychiatrisation du plaisir pervers. Le corps de la femme est considéré comme « intégralement saturé de sexualité » (Foucault 1976:137) ; la pédagogisation du sexe de l'enfant permet de lutter contre l'onanisme en Occident ; la socialisation des conduites procréatrices, « socialisation économique par le biais de toutes les incitations ou freins apportés, par des mesures "sociales" ou fiscales, à la fécondité des couples » (Foucault 1976:138). La psychiatrisation du plaisir pervers (Foucault 1976:138).

La santé sexuelle est donc saisie par les sciences médicales, l'économie et la société. La politisation de la santé sexuelle s'inscrit dans un objectif de gouvernement des corps et de productivité économique des États (Foucault 1976). La logique économique prédominante en période coloniale contribue à la mise en œuvre d'actions sanitaires validocentrées et capacitistes.

Colonisation et exclusion des personnes en situation de handicap

La situation coloniale, écrit Balandier, a « un fondement raciste plus ou moins avoué, plus ou moins manifeste » :

La société colonisée subit la pression de tous les groupements constituant la colonie, tous ont sur elle prééminence en quelque matière, et ressent d'autant mieux sa condition de subordination. Pour ceux-ci, elle est essentiellement un instrument créateur de richesse (alors qu'elle ne retient qu'une très faible part des revenus malgré son nombre). (Balandier 2001:21)

En tant que telle, elle est productrice de l'exclusion du colonisé en général et de celle du colonisé en situation de handicap en particulier.

L'on ne saurait assumer les représentations sociales et les pratiques politiques relatives au handicap au sein d'anciennes sociétés colonisées en ignorant les contextes coloniaux, néocoloniaux et post-coloniaux de la production du handicap. Pour Helen Meekosha, « les spécialistes des études sur le handicap mentionnent rarement la violence du Nord. Pourtant, les processus de colonialisme, de néocolonialisme et de post-colonialisme ont entraîné un grand nombre de personnes handicapées dans le Sud » (Meekosha 2008:2). En examinant le patrimoine socio-historique de la santé sexuelle, on peut constater que la santé sexuelle n'est pas la priorité de la puissance coloniale. Cette dernière est préoccupée par la disponibilité de la main-d'œuvre et non par la santé sexuelle de la population. La prise en charge des maladies sexuellement transmissibles est justifiée par leur impact potentiel sur la fertilité des femmes et des hommes. Dans cette perspective, le regard porté sur la santé sexuelle des colonisés est essentiellement instrumental. Même si la situation de territoire sous mandat de la SDN du Cameroun laisse entrevoir des obligations particulières de la puissance administratrice vis-à-vis de la Société des Nations (Lachenal 2017), il n'en demeure pas moins que la situation de domination du colonisateur sur le colonisé occasionne des abus. À titre d'exemple, l'une des épidémies débilitantes qui marquent la colonisation française au Cameroun est la trypanosomiase humaine. Un réexamen de la lutte contre la trypanosomiase humaine au Cameroun par les historiens et les anthropologues soulève des questions à la fois éthiques et médicales (Tantchou 2008 ; Lachenal 2017). Dans la région du Mbam, d'anciens patients seront « réveillés mais aveuglés » (Tantchou

2008:177) à la suite du traitement reçu de l'équipe d'Eugène Jamot. Le cas des aveugles de Bafia dans la région du centre du Cameroun (Tantchou 2008 ; Bado 2011) nous remet dans la perspective de la violence structurelle qui caractérise le rapport de l'administration coloniale avec les catégories considérées comme non productives pour l'économie coloniale.

La sexualité des colonisés est souvent pensée et représentée par le colonisateur sous l'angle de la bestialité. Le rapport au corps des colonisés ne fait l'objet d'aucun tabou. Il est le lieu de la théorisation de la supériorité raciale : « le corps de l'“Autre” est pensé simultanément comme symbole d'innocence et de dépravations multiples : un corps qui excite autant qu'il effraie. » (Blanchard *et al.* 2018) En somme, la santé sexuelle des populations colonisées n'est pas considérée comme un sujet de réflexion méritant la mise en œuvre de politiques spécifiques. Les théorisations sur le sexe des colonisés traduisent l'idéologie de la domination coloniale construite autour des préjugés racistes et sexistes (Tamale 2011).

Le handicap entre compassion et rejet en situation coloniale et aux lendemains des indépendances

Dans la politique coloniale, le sujet en situation de handicap est considéré de prime abord comme non productif et donc sans intérêt. Lorsqu'il fait l'objet d'attention, l'objectif est de montrer la supériorité de la médecine coloniale et/ou missionnaire par rapport aux médecines endogènes (Debarge 1934). La compassion est le principal registre mobilisé par les organisations religieuses. Grâce à leurs réseaux internationaux d'amis, elles vont pouvoir mobiliser des fonds pouvant permettre le suivi et la prise en charge des personnes en situation de handicap. Ces dernières vivent dans une situation de liminalité (Van Gennep 1981 ; Murphy 1990) dans les villages. Les villages de lépreux sont constitués et c'est au sein de ces lieux que les familles vont pouvoir naître et se construire (Bargès 1995 ; Bargès 2008).

Les personnes en situation de handicap bénéficient du régime de l'assistance médicale indigène et du soutien des organisations philanthropiques internationales qui œuvrent dans le domaine. Le cas de la lèpre est édifiant à cet effet. Assimilée à une impureté, elle fait partie de ces maladies dont l'administration coloniale veut mettre hors de sa vue. Des efforts seront faits pour la rendre invisible dans les grands centres administratifs. Les organisations religieuses chrétiennes vont inscrire leurs actions sanitaires en faveur des lépreux dans la dimension apostolique de leur mission.

La figure de la lèpre en contexte colonial est donc celle de la marginalité dans laquelle se trouvent les personnes souffrant de maladie invalidante et de déficiences physiques et mentales.

L'action des organisations religieuses en contexte colonial vise essentiellement à épargner aux personnes en situation de handicap la mendicité. Au Cameroun, l'on peut constater que chaque centre urbain a sa léproserie, située la plupart du temps à la périphérie de la ville, loin des centres commerciaux et des yeux des étrangers de passage.¹ Comme le remarque Mary Douglas, dans l'analyse qu'elle fait de l'influence des conceptions du pur et de l'impur sur la construction de l'ordre social, « Certaines valeurs morales sont défendues et certaines règles sociales définies par des croyances en une contagion dangereuse » (Douglas 1966:3). La prise en charge des lépreux et des lépreuses montre bien cette ambiguïté du regard de l'administration coloniale et des organisations religieuses vis-à-vis des personnes en situation de handicap.

La situation coloniale montre une combinaison des variables de l'exclusion sociale et politique. Nous sommes dans une triple discrimination : la première est liée à l'absence même de l'idée d'une santé sexuelle pour le colonisé en général, la deuxième est la chosification et l'exotisation à outrance du corps des colonisées. La troisième, fondée sur les paradigmes économiques de la rentabilité, conduit l'administration coloniale à exclure de son champ d'intérêt les personnes en situation de handicap. L'abandon des personnes en situation de handicap aux organisations religieuses montre comment l'exclusion sociale est remplacée par la réintégration spirituelle (Foucault 1972:16).

Aux lendemains des indépendances, les personnes en situation de handicap tardent à être visibles pour les politiques de santé en général et celles relatives à la santé sexuelle en particulier. Le Cameroun est décrit comme un État nataliste dans les années 1970 et 1980 (Gubry 1988). Du point de vue légal, on observe un ensemble de dispositions visant à encourager la natalité. Mais ces dispositifs juridiques sont diversement respectés au sein de la population.

À partir des années 1980, on observe qu'une élite s'en affranchit pour se préoccuper de sa santé sexuelle (Gubry 1988). L'autorisation de vente des contraceptifs aux œstrogènes grâce à la loi n° 80-10 du 14 juillet 1980 favorise progressivement une émancipation de la société. La naissance de la commission nationale de la population en 1985 permet de mettre en œuvre des résolutions concernant l'information, l'éducation de la population « sur les bienfaits de la parenté responsable » (Gubry 1986:191). Outre cela, la commission nationale pour la population crée dans chaque région un « centre d'information et de conseil sur la procréation », dont le rôle est « d'informer les individus et les couples sur la manière d'espacer les naissances, de protéger la mère et l'enfant, de permettre aux individus et aux couples de choisir en toute connaissance de cause la taille de leur famille, et de lutter contre la stérilité » (Gubry 1986:191).

La reconnaissance des droits sexuels des personnes en situation de handicap

La convention sur le droit de la personne handicapée n'est rendue effective qu'en 2008. Elle a le mérite de soulever la question de la santé sexuelle des personnes en situation de handicap et d'enjoindre aux États de veiller au respect des droits sexuels des personnes en situation de handicap.

L'Organisation des Nations Unies émet la convention sur les droits de la personne en situation de handicap en mars 2007. Cette convention est devenue effective le 8 mai 2008. Aujourd'hui, 20 pays l'ont ratifiée, 163 pays l'ont signée. Le Cameroun figure parmi les pays qui l'ont signée, mais ne l'ont pas ratifiée.

Cette convention reconnaît le droit à la santé des personnes en situation de handicap dans son article 25, qui porte sur la santé. Les paragraphes a) et b) stipulent que les États

- a) fournissent aux personnes handicapées des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, y compris des services de santé sexuelle et génésique et des programmes de santé publique communautaires ;
- b) fournissent aux personnes handicapées les services de santé dont celles-ci ont besoin en raison spécifiquement de leur handicap, y compris des services de dépistage précoce et, s'il y a lieu, d'intervention précoce, et des services destinés à réduire au maximum ou à prévenir les nouveaux handicaps, notamment chez les enfants et les personnes âgées. (ONU 2008:19)

Le paragraphe d) du même article parle du principe de non-discrimination des personnes en situation de handicap dans les services de santé. La convention prévoit cela à travers une formation des professionnels de santé aux droits humains et à une meilleure connaissance de la spécificité des personnes en situation de handicap. En effet, il est attendu des États parties de cette convention qu'ils

- d) exigent des professionnels de la santé qu'ils dispensent aux personnes handicapées des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, notamment qu'ils obtiennent le consentement libre et éclairé des personnes handicapées concernées ; à cette fin, les États Parties mènent des activités de formation et promulguent des règles déontologiques pour les secteurs public et privé de la santé de façon, entre autres, à sensibiliser les personnels aux droits de l'homme, à la dignité, à l'autonomie et aux besoins des personnes handicapées. (ONU 2008:19)

Au Cameroun, depuis la loi n° 83/013 du 21 juillet 1983 relative à la protection des personnes handicapées et son décret d'application n° 90/1516 du 26 novembre 1990, il aura fallu treize ans pour que soit créé un comité national pour la réadaptation et la réinsertion socioéconomique des personnes en situation de handicap avec le décret 96/379/PM du 14 juin 1996.

Le rôle des programmes d'ajustements structurels et de l'infection à VIH dans la naissance d'une politique de santé sexuelle

«Le principe de cohérence n'est pas satisfait par un ajustement purement cognitif et technologique. [...] il doit être compatible avec les valeurs politiques dominantes, elles-mêmes naturalisées.»

— Douglas 1986:90

Les programmes d'ajustements structurels en 1986, combinés à la lutte contre l'infection à VIH/SIDA, font de la santé sexuelle un impératif. Entre 1986 et 1991, on constate la mise en œuvre d'un programme d'éducation sexuelle : « L'objectif visé est la lutte contre la propagation des maladies sexuellement transmissibles et les autres dangers liés à une vie sexuelle trop précoce. Le programme couvre tout le territoire national » (Gubry 1986:191-192). Ce programme de santé sexuelle est adressé à l'ensemble des Camerounais. Force est cependant de constater qu'aucune disposition particulière à ce programme ne permet de voir toutes les catégories de la population, en particulier les personnes en situation de handicap.

La santé sexuelle n'apparaît donc pas dans les politiques de santé publiques avant les programmes d'ajustements structurels avec leurs corollaires de politiques de limitation des naissances. Pour rendre ces injonctions socialement acceptables, c'est plutôt la notion de régulation des naissances qui sera adoptée.

La faiblesse des connaissances sur les questions sexuelles engendrées par la situation de handicap

Chez les personnes en situation de handicap, «les questions de sexualité se posent de façon différente selon les types de déficiences avec, d'une part, les "déficiences intellectuelles" et, d'autre part, les "déficiences motrices" » (Giami 2016:94). Ce qui suppose des dispositifs adaptés selon le type de déficience identifié. Concernant le handicap moteur chez les hommes, Murphy constate :

L'invalidité paralytique constitue, au demeurant, une émasculatation de nature plus directe et plus totale. Pour un individu de sexe masculin, l'affaiblissement

et l'atrophie du corps menacent toutes les valeurs culturelles attachées à la virilité : force, activité, vigueur et courage [...] les affections de la moelle épinière ont un effet dévastateur supplémentaire sur la virilité : outre la paralysie, elles provoquent couramment un degré d'impuissance ou de dysfonctionnement sexuel (Murphy 1990:136-137).

Outre cette spécificité masculine, il faudrait aussi s'intéresser aux exigences d'une vie sexuelle épanouie chez les femmes présentant le même type de déficience. Une assistante sociale remarque que cette question n'est pas souvent abordée de façon ordinaire. Elle note, d'une part, qu'elle a été confrontée à des situations d'abus sexuels sur les filles handicapées moteurs. D'autre part, elle note que les femmes ont du mal à avoir un partenaire socialement reconnu¹. La situation de handicap est diversement vécue chez les hommes et chez les femmes. Ces dernières ont une estime de soi faible par rapport aux hommes, même si ces derniers se sentent diminués dans leur virilité.

La construction des politiques de santé nécessite une approche complexe tenant compte de la diversité des situations de handicap. Ces préoccupations sont aussi à l'ordre du jour lorsqu'il s'agit du handicap visuel, dans la mesure où il est non seulement question d'adresser la question de la santé sexuelle au regard de la spécificité du handicap, mais aussi en ce qui concerne les besoins sexo-spécifiques des personnes en situation de handicap.

De manière particulière, traiter de la santé sexuelle des personnes en situation de handicap visuel ou encore de celles ayant un handicap moteur suppose de mettre en place des dispositifs spécifiques. De ce point de vue, l'intersectionnalité, en ce que cette approche permet de mettre en relation des variables dépendantes et d'identifier les variables indépendantes dans les processus d'exclusion sociale, peut contribuer à la mise en œuvre de dispositifs raisonnés de prise en charge de la santé sexuelle.

La santé sexuelle : un enjeu de citoyenneté sociale pour les personnes en situation de handicap

La citoyenneté sociale peut se définir comme

Le fait de pouvoir disposer d'un minimum de ressources et de droits indispensables pour s'assurer une certaine indépendance sociale. [...] ne pas être dans une relation unilatérale de sujétion à l'égard d'autrui, ne pas être dans la dépendance de l'assistance qui fait que de faibles ressources vous sont octroyées sur la base d'une déficience. C'est donc la question de pouvoir disposer d'un socle de ressources pour entrer dans un système d'échanges réciproques, pouvoir nouer des relations d'interdépendance et ne pas rester pris dans des rapports unilatéraux de sujétion. (Castel 2008:135)

La santé sexuelle devient donc un moyen d'interaction sociale et politique entre les personnes en situation de handicap et les institutions de gouvernement. Nous examinerons les actions menées par l'État pouvant favoriser un meilleur accès aux soins de santé sexuelle. Il s'agira notamment d'aborder l'inefficience de la carte d'invalidité, l'ineffectivité de la stratégie sectorielle de santé 2016-2027 pour les personnes en situation de handicap, et nous nous appesantirons sur le caractère valido-centré et capacitiste de la santé sexuelle au Cameroun.

L'inefficience de la carte d'invalidité pour l'accès aux soins de santé sexuelle

Au Cameroun, la loi n° 83/013 du 21 juillet 1983 relative à la protection des personnes en situation de handicap instaure la carte d'invalidité et définit les droits des personnes handicapées dans les domaines de l'emploi et de l'assistance sociale. Le décret d'application n° 90/1516 du 26 novembre 1990, quant à lui, définit les droits sociaux et économiques des personnes en situation de handicap, notamment dans les domaines de l'éducation et de la formation professionnelle³, d'aide sociale (financière, matérielle, médicale). L'aide sociale à la santé est ici reconnue comme l'un des engagements de l'État à l'endroit des personnes en situation de handicap.

L'analyse de la santé sexuelle comme enjeu de citoyenneté sociale des personnes en situation de handicap se fait à travers la stratégie sectorielle de santé édictée par le ministère de la Santé publique, les actions concrètes menées par les ministères des Affaires sociales, le ministère de la Promotion de la femme et de la famille et le ministère des Affaires sociales. L'un des exemples est la lente mise à la disposition des personnes en situation de handicap de la carte d'invalidité, un des instruments de la reconnaissance sociale de la situation de handicap d'une personne. C'est en 2005 que le ministère des Affaires sociales recommence le processus de délivrance de la carte d'invalidité après une dizaine d'années d'interruption de la délivrance dudit document, pourtant nécessaire à l'accès aux droits économiques et sociaux contenus dans la loi n° 83/013 du 21 juillet 1983 relative à la protection des personnes en situation de handicap. Parmi ces droits, l'on peut citer l'accès aux services de santé des personnes en situation de handicap. La carte d'invalidité est pourtant le document administratif qui constitue la reconnaissance officielle d'une situation de handicap et contribue donc à la citoyenneté sociale de la personne en situation de handicap. Dans la pratique, les professionnels de santé sont peu sensibilisés à la question de la carte d'invalidité et n'encouragent pas leurs usagers en situation de handicap à y recourir⁴.

L'ineffectivité de la stratégie sectorielle de la santé 2016-2027 pour les personnes en situation de handicap

Ce document de prospective identifie les tendances lourdes dans le domaine de la santé et définit à moyen terme les objectifs pour les atteindre. Il permet aussi à l'État d'identifier les besoins et d'élaborer des stratégies pour y répondre. Un des constats remarquables effectués par les auteurs de ce document est l'absence actuelle d'une politique harmonisée et adaptée pour les personnes en situation de handicap.

Un des défis du système de santé à relever est d'assurer une prise en charge adéquate des cas de maladie, des déficiences et des handicaps, voire d'offrir un accès équitable aux services et aux soins de santé de qualité. Conformément au choix stratégique effectué dans le secteur de la santé, il sera important de développer à la fois les soins de santé primaires et les soins spécialisés. (DSS 2016:86)

De plus, les auteurs remarquent l'inexistence des mesures engagées pour un accès des personnes en situation de handicap aux soins de santé en dehors de la carte d'invalidité qui, lorsqu'elle existe, n'est pas toujours prise en considération par les prestataires de soins.

« La prise en charge des cas dans la majorité des formations sanitaires n'est pas effectuée de manière adéquate. Cela s'explique par l'inexistence des référentiels, mais aussi par leur non application lorsqu'elles existent. » (DSS 2016:86) Cela s'inscrit dans un contexte général de fragilité de la gouvernance des institutions de soins. Le caractère « inhospitalier » (Jaffré & Olivier de Sardan 2003) de la pratique de la médecine laisse peu d'opportunité à la mise en œuvre des mesures en faveur de l'inclusion des besoins spécifiques et sexo-spécifiques des personnes en situation de handicap. À ce contexte de la délivrance des soins dans les services publics il faut ajouter celui de l'organisation générale du système de santé qui ne favorise pas une participation des citoyens à la base, dont les personnes en situation de handicap. C'est la raison pour laquelle la stratégie sectorielle de santé reconnaît la nécessité d'une décentralisation effective pour une prise en charge efficace et efficiente des besoins spécifiques des personnes en situation de handicap. La décentralisation des interventions de prise en charge du handicap reste lettre morte, pourtant elle figure parmi les éléments stratégiques de la politique de santé. On peut le remarquer dans les documents produits pour la décennie 2016-2027.

Stratégie de mise en œuvre 4.2 : Décentralisation des interventions de prise en charge du handicap

La décentralisation permettra de répondre plus efficacement aux besoins des personnes handicapées. De manière spécifique, il sera question de créer des centres spécialisés avec des équipes multidisciplinaires de prise en charge du handicap au niveau opérationnel (celles-ci comprendront les associations des personnes handicapées), de renforcer le dépistage des handicaps et la réhabilitation précoce des handicapés, de développer des mécanismes de prise en charge des handicapés mentaux à tous les niveaux de la pyramide des soins. (DSS 2016:91)

En outre, les auteurs recommandent une approche multisectorielle pour une meilleure prise en charge des personnes en situation de handicap.

« Il s'agira aussi de développer et d'accompagner les communautés en leur donnant les moyens nécessaires pour assurer la gestion du handicap au niveau communautaire et de promouvoir la collaboration multisectorielle (MINAS⁵, MINSANTE⁶, MINPROFF⁷) pour la gestion du handicap. » (DSS 2016:91)

L'on peut voir ici une approche intégrée de l'action de l'État pour l'accès des personnes en situation de handicap aux soins de santé. Jusqu'à aujourd'hui, la décentralisation des services de santé n'est observable que dans le cadre de la prise en charge des maladies encadrées par des programmes verticaux de santé (VIH/SIDA, tuberculose, paludisme, etc.).

Dans le contexte actuel de la santé globale, le Cameroun bénéficie d'apports financiers extérieurs dans le cadre des programmes verticaux. Pour une meilleure visibilité de l'aide internationale et du programme subventionné, il existe au sein du ministère de la Santé des points focaux dont le rôle est non seulement le recueil des informations, mais aussi la répercussion au niveau intermédiaire et dans le district des avancées, tant du point de vue de la recherche sur la question de santé concernée que sur les nouvelles formes de prise en charge.

Les acteurs du ministère de la Santé ne font pas mention d'une stratégie spécifique relative aux personnes en situation de handicap. Le point focal santé de la reproduction, prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et du VIH, déclare à cet effet :

La santé sexuelle et reproductive des personnes en situation de handicap est un volet que je dirais d'emblée négligé au sein du ministère de la Santé publique. À mon humble avis, pour avoir participé depuis plus de cinq ans à l'élaboration des plans stratégiques de la santé maternelle néonatale et juvénile, sur le plan stratégique national de lutte contre la mortalité maternelle, au plan national opérationnel en relation avec le planning familial et autres plans stratégiques comme celui de la lutte contre les fistules et bien d'autres... Il ne me souvient pas déjà avoir entendu ou bien avoir participé à la prise en

compte de la spécificité des personnes vivant avec un handicap dans ces plans stratégiques. À ma connaissance et fort d'un certain nombre de documents stratégiques, la prise en charge de la spécificité des personnes vivant avec le handicap n'est pas prise en compte au sein de la direction de la famille où se trouve la sous-direction en charge de la santé de la reproduction. Pour avoir côtoyé pendant plus de cinq ans la direction de la santé familiale, que ce soient les services en charge de la santé de la reproduction et du genre, que ce soit les services en charge de la santé de la mère, que ce soit les services en charge de la santé de l'enfant, il ne me souvient pas que la question des personnes vivant une situation de handicap ait été évoquée lors d'une quelconque réunion⁸.

Cette absence de directives particulières pour la santé sexuelle des personnes en situation de handicap montre comment le tabou social sur la sexualité des personnes en situation de handicap circule comme tabou politique et institutionnel.

En dehors du ministère de la Santé, quelques ministères, à l'instar du ministère des Affaires sociales (MINAS) de celui de la Promotion de la femme et de la famille (MINPROFF) et le ministère de la Jeunesse mettent les personnes en situation de handicap au cœur de leur préoccupation. Mais on peut noter que la question du handicap reste encore marginale dans leur portefeuille d'actions. Ces différents ministères s'intègrent dans les grandes priorités gouvernementales et selon la contingence des pandémies⁹.

Tout comme le gouvernement, ces institutions sont restées sur le modèle colonial en réduisant leur politique en faveur des personnes en situation de handicap à une action sociale dont le seul but serait de les sortir de la mendicité¹⁰. Cette orientation est régie par des préjugés qui ont tendance à faire de la personne en situation de handicap une charge pour la société. Elle n'est pas considérée dans son intégrité physique, morale et intellectuelle. Le silence des institutions sur la santé sexuelle des personnes en situation de handicap est le reflet du peu d'engouement à l'international pour cette question spécifique.

En l'état actuel, la plupart des documents de politiques publiques reconnaissent les carences de l'action étatique dans le cadre des questions spécifiques aux personnes en situation de handicap.

C'est le cas du *Document de politique nationale de la jeunesse*. Dans la section « Jeunesse, Communication et TIC », le ministère de la Jeunesse fait allusion au risque d'exclusion des jeunes en situation de handicap si les technologies de l'information et de la communication sont inadaptées à leur situation :

La situation actuelle dans ce domaine est caractérisée par une offre insuffisante d'informations spécialisées en faveur des jeunes et leur faible implication dans la production médiatique, l'absence d'une offre d'informations spécialisées

dans les médias visuels pour les malentendants, les sourds et les sourds-muets (langage des signes à la télévision) et dans la presse écrite pour les aveugles (journaux en braille). Les liens entre médias, technologie de l'information et de la communication et mondialisation étant étroits, ces problèmes exposent les jeunes, surtout ceux souffrant de certains handicaps, au risque d'acculturation et de déracinement. (MINJEC 2006:37)

Malgré l'existence de ce document de politique nationale de la jeunesse, les observations réalisées entre juillet 2019 et février 2020 montrent une faible, voire une inexistante prise en compte des déficiences dans les campagnes de sensibilisation relatives à la santé sexuelle. À titre illustratif, les messages publicitaires diffusés dans les télévisions ne sont pas disponibles en audiodescription pour les malvoyants. De même que le message n'est pas délivré en langage des signes pour les sourds et malentendants, les discours présidentiels à la jeunesse le 10 février et celui à la nation du 31 décembre ne font pas l'objet d'une traduction simultanée en langue des signes. Les personnes sourdes, malentendantes et malvoyantes sont totalement exclues de ces rituels qui fondent la vie de la nation et contribuent au sentiment d'appartenance.

La santé sexuelle comme métaphore d'un État valido-centré et capacitiste

La manière dont les politiques publiques en santé sexuelle se saisissent de la question du handicap informe sur la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Dans la pratique, la citoyenneté sociale des personnes en situation de handicap est réduite au régime d'assistance qu'offre la carte d'invalidité. Ces citoyens sont relégués au rang de cadets sociaux auxquels l'on dénie une sexualité comparable à celle des citoyens ne présentant pas de déficiences répertoriées dans le lexique du handicap.

L'État du Cameroun ne saurait se dédouaner de cette obligation, dans la mesure où la question du handicap est aussi consubstantielle à la naissance des sociétés humaines. Ces dernières ont souvent marginalisé les personnes en situation de handicap à travers les représentations sociales présentes dans les données ethnographiques. De même, les matériaux issus de la culture immatérielle montrent, de manière générale, que la différence induite par le handicap est toujours conceptualisée socialement comme une situation inédite en dehors des normes de la vie sociale ordinaire¹¹.

Des observations réalisées dans la ville de Yaoundé montrent comment les personnes en situation de handicap, notamment des femmes, sont parfois amenées à faire connaître à leurs congénères qu'elles ont une vie sexuelle. À l'occasion d'une dispute entre une femme en situation de handicap et ses collègues revendeuses de vivres frais, on entend la dame dire «*je suis femme*

comme toi. J'ai un homme comme toi avec lequel je passe mes nuits. Il vient même d'ailleurs parfois ici! Qu'est-ce qu'elle croit même!¹²!» Cette déclaration met en avant cette autonomie sur le plan sexuel très peu reconnue à cette femme par ses congénères. Cette affirmation insiste sur le fait qu'être en situation de handicap ne signifie pas être asexué.

Ce sont donc des catégories sociales précises qui reviennent dans les discours et dans les documents relatifs à ces différents programmes. Les personnes en situation de handicap sont totalement invisibles dans les différentes communications. Il est donc sous-entendu qu'elles font partie de la population générale et que de ce fait elles en sont les bénéficiaires. D'où l'absence d'une politique de santé sexuelle inclusive pour les personnes en situation de handicap et donc le déni politique de leurs droits sexuels.

Dans l'imaginaire, les personnes en situation de handicap sont considérées comme des citoyens passifs tout comme les femmes. De plus, cet imaginaire les représente essentiellement comme des charges, d'où la prépondérance des actions gouvernementales visant à les former aux activités génératrices de revenus. Pourtant, l'on constate à l'échelon international que l'on passe du paradigme de l'assistance à celui du droit des personnes en situation de handicap (Meekosha & Dowse 1997:50). La dépendance des politiques locales au fonds internationaux peut aussi expliquer en partie cette absence des personnes en situation de handicap dans la mise en pratique de politiques équitables accessibles à tous.

Conclusion

Cet article voulait répondre aux questions suivantes : Pourquoi la santé sexuelle des personnes en situation de handicap est-elle « oubliée » dans les dispositifs institutionnels ? En quoi cet oubli nous informe-t-il sur les valeurs accordées à la personne dans notre contexte social et politique contemporain ? En quoi la prise en compte de la santé sexuelle des personnes en situation de handicap est-elle un enjeu de citoyenneté ?

À partir d'une analyse culturelle inspirée de l'anthropologie structuraliste ainsi que d'une approche intersectionnelle, ce travail montre comment la situation de handicap en tant que construction culturelle de l'exclusion conduit à un oubli de la santé sexuelle des personnes en situation de handicap au sein des institutions étatiques. Les différentes crises économiques (choc pétrolier, programmes d'ajustements structurels) et sanitaires (infection à VIH SIDA) ont permis peu à peu à la santé sexuelle de faire partie des politiques publiques. Une approche intersectionnelle permet de comprendre qu'une minorité invisible, dans un tel contexte, est doublement marginalisée

parce qu'invisible du concept même de la sexualité et invisible du point de vue de la budgétisation des politiques publiques des politiques de santé.

Au-delà de cette dépendance vis-à-vis de l'aide internationale au développement, la construction politique de la santé sexuelle des personnes en situation de handicap est tributaire des représentations que les acteurs politiques ont de cette catégorie de la population. Ainsi, malgré la prise en compte des personnes en situation de handicap dans les stratégies sectorielles de santé, la pratique institutionnelle se caractérise par un silence des acteurs sur ces questions. Les recherches effectuées chez les acteurs institutionnels ont montré que ceux-ci réalisaient que la santé sexuelle des personnes en situation de handicap ne faisait pas partie des sujets abordés lors des réunions de routine et des actions prioritaires stratégiques sur le terrain. D'où l'importance du capital cognitif, que nous avons défini comme l'ensemble des ressources issues de la socialisation des acteurs sociaux leur permettant de recevoir, sélectionner, organiser les informations, et de les transformer afin de fournir un système de sens et de représentations en mesure d'influencer leurs pratiques. Le discours écrit devient silencieux et inopérant dans la pratique. Malgré la ratification par le Cameroun de textes internationaux, la reconnaissance dans les documents de stratégie gouvernementale de la marginalisation des personnes en situation de handicap, les pratiques institutionnelles ne connaissent aucun ajustement mélioratif.

Ces faits rejoignent l'approche structuraliste de Mary Douglas selon laquelle les institutions fonctionnent par analogie. Comme la société élabore des régimes d'exclusion des personnes en situation de handicap, l'État perpétue ces différents régimes d'exclusion.

Aujourd'hui, la budgétisation sensible au genre est désormais acquise dans la mise en œuvre des politiques publiques au Cameroun. Si son interprétation est plurivoque, il n'en demeure pas moins que l'engagement de l'État pour une budgétisation sensible au genre contribue à la citoyenneté sociale des femmes. La mise en œuvre de cette approche résulte des injonctions internationales. Pour ce qui est des personnes en situation de handicap, il n'existe pas au niveau international de telles injonctions à la prise en compte de la budgétisation sensible à la situation de handicap.

La prise de conscience de cette faille concernant la santé sexuelle des personnes en situation de handicap pourrait contribuer à une approche intersectorielle pouvant permettre la conception des budgets sensibles aux diverses situations de handicap. Une telle action serait dans le prolongement de la reconnaissance de la citoyenneté sociale des personnes en situation de handicap enclenchée par l'instauration de la carte d'invalidité.

Notes

1. La léproserie de la Dibamba est située au bord de la rivière du même nom à 19 kilomètres d'Akwa, quartier du centre urbain des affaires. À Bafoussam, dans l'ouest du Cameroun, la léproserie de Lafé Baleng est située en dehors du centre-ville.
2. Entretien réalisé en décembre 2020.
3. Dispense d'âge, reprise de classe, appui pédagogique, prise en charge financière, aide à la réadaptation du poste de travail et à la reconversion professionnelle, insertion professionnelle, emploi protégé.
4. Entretien réalisé en janvier 2020 avec un point focal en santé de la reproduction.
5. Ministère des Affaires sociales.
6. Ministère de la Santé.
7. Ministère de la Promotion de la femme et de la famille.
8. Entretien réalisé le 28 octobre 2019.
9. La pandémie à coronavirus est devenue la priorité de ces différents ministères depuis mars 2020. On peut voir les SMS, envoyés aux ménages camerounais. Cela est fait sans s'assurer par exemple que les personnes en situation de handicap visuel disposent de logiciels dans leur téléphone leur permettant de décrypter le message envoyé.
10. Entretiens réalisés en décembre 2019 et en février 2020.
11. Voir le conte des Pères blancs « L'Aveugle », récit recueilli au Cameroun, le conte Mundang recueilli par Séverin Cécile Abéga intitulé « Le Lépreux » dans son ouvrage écrit avec Luc Mebenga Tamba, *Les contes d'initiation sexuelle*.
12. Observation réalisée en novembre 2019.

Bibliographie

- Abega, S.C., Mebenga Tamba, L., 1995, *Contes d'initiation sexuelle*, Clé, Yaoundé.
- Achebe, Chinua, 1990, *Le monde s'effondre*, Paris, Présence africaine.
- Bado, J.-P., 2011, *Eugène Jamot, 1879-1937 : le médecin de la maladie du sommeil ou trypanosomiase*, Paris, Karthala.
- Balandier, G., 2001, « La situation coloniale : approche théorique », *Cahiers internationaux de sociologie*, 110(1), p. 9-29. doi : 10.3917/cis.110.0009.
- Bargès, A., 1995, « Ville africaine, lèpre et institution coloniale : la maladie à la confluence de deux pensées », *Histoire & Anthropologie*, p. 115-122. halshs-00256725.
- Bargès, A., 2008, « Contagion et hérédité, peurs et insertion : la lèpre comme métamaladie », *Corps*, 5(2), p. 33-40. doi : 10.3917/corp.005.0033.
- Bourdieu, P., 1994, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil.
- Bella, N., 1995, « La fécondité au Cameroun », *Population*, 50 année, n° 1, 1995, p. 35-60. DOI : 10.2307/1533792 www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1995_num_50_1_5901.

- Blanchard, P., Taraud, C., Thomas, D., Boëtsch, G., et Bancel, N., 2018, « Les imaginaires sexuels coloniaux ont façonné les mentalités des sociétés occidentales » <https://theconversation.com/les-imaginaires-sexuels-coloniaux-ont-faconne-les-mentalites-des-societes-occidentales-103132>.
- Douglas, M., 1966, *Purity and Danger An analysis of the concepts of pollution and taboo*, London and New York, Routledge.
- Douglas, M., 1986, *How institutions think*, New York, Syracuse University Press Syracuse.
- Foucault, M., 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- 1976, *Histoire de la sexualité 1. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- Giami, A., 2016, « Sexualité et handicaps : de la stérilisation eugénique à la reconnaissance des droits sexuels (1980-2016) », *Sexologies*, 25, 3, p. 93-99. DOI : 10.1016/j.sexol.2016.05.007.
- Giami, A., 2016, « De l'émancipation à l'institutionnalisation : santé sexuelle et droits sexuels », *Genre, sexualité & société*, 15, 2016, p. 1-14. DOI : 10.4000/gss.3720.
- Gubry, P., 1988, « Cameroun : d'un natalisme nuancé vers un anti-natalisme modéré ? » *Cahiers des Sciences humaines*, 24(2), p. 185-198. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_4/sci_hum/25869.pdf.
- Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J.-P. (dirs), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- Le Breton, D., 2002, *Sociologie du corps*, Paris, PUF, QSJ.
- Lachenal, G., 2017 *Le Médecin qui voulut être roi. Sur les traces d'une utopie coloniale*, Paris, Seuil, « L'univers historique ».
- Leca, J., 1991, « Individualisme et citoyenneté », dans Birnbaum P. et J. Leca, *Sur l'individualisme. Théories et méthodes*, Paris, Les Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, chapitre VII, p. 159-210.
- Meekosha, H., 2008, "Contextualizing disability: developing southern/global theory", *Keynote paper given to 4th Biennial Disability Studies Conference*, Lancaster University, UK 2nd – 4th <http://wwda.org.au/wp-content/uploads/2013/12/meekosha2008.pdf>.
- Meekosha, H. et Dowse, L., 1997, "Enabling citizenship: gender, disability and citizenship in Australia", *Feminist Review*, n° 57, p. 49–72.
- Murphy, R.F., 1990, *Vivre à corps perdu*, Paris, Plon, coll. « Terre Humaine ».
- Ombolo, J.-P., 1991, *Sexe et société en Afrique noire : l'anthropologie sexuelle beti*, Paris, l'Harmattan.
- Pradelles de Latour, C.-H., 1990, *Ethnopsychanalyse en pays bamiléké*, Paris, EPEL.
- Tamale, S., 2011, "Research and theorising sexualities in Africa," *African sexualities: a reader*, Oxford: Pambazuka, p. 11–36.
- Ravaud, J.-F., et Stiker, H.J., 2000, « Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 2e partie : typologie des différents régimes d'exclusion repérables dans le traitement social du handicap », *Handicap – Revue de sciences humaines et sociales*, CTNERHI, 87, p. 1-17. hal-02264287.

Tantchou, Yakam J.C., 2008 « Eugène Jamot : historiographie et hagiographie d'un médecin colonial », *Outre-mers*, tome 95, n° 360-361, 2e semestre, *L'Afrique des Indiens*, p. 169-189.

DOI : <https://doi.org/10.3406/outre.2008.4358> www.persee.fr/doc/outre_1631-0438_2008_num_95_360_4358.

Van Gennep, A., 1981, *Les rites de passage. Étude systématique des rites. De la porte et du seuil, De l'hospitalité, De l'adoption, de la grossesse et de l'accouchement de la naissance, de l'enfance, de la puberté de l'initiation, de l'ordination, du couronnement, Des fiançailles et du mariage, des funérailles, des saisons, etc.*, Paris, A. et J. Picard.

WHO, 2020, « Santé sexuelle » https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/.

Documents de stratégie nationale

La stratégie sectorielle de santé 2016-2027.

MINJEC, 2006, Document de politique nationale de la jeunesse, <http://www.minjec.gov.cm/images/politiquenationale/politique.pdf>. Consulté le 5 novembre 2019.

Lois et décrets

Loi n° 96/06 du 18 janvier 1996, portant révision de la Constitution du 2 juin 1972, modifiée et complétée par la loi n° 2008/001 du 14 avril 2008. http://www.assnat.cm/images/La_Constitution.pdf consulté le 5 novembre 2019.

Loi n° 83/013 du 21 juillet 1983 sur la carte d'invalidité. Décret d'application n° 90/1516 du 26 novembre 1990 de la loi n° 83/013 du 21 juillet 1983 sur la carte d'invalidité.