

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

**ProQuest Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
800-521-0600**

UMI[®]

NOTE TO USERS

This reproduction is the best copy available.

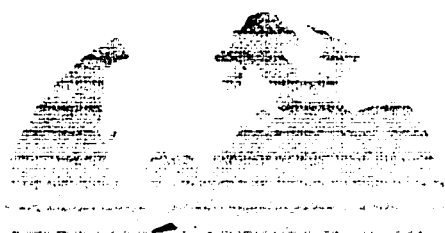
UMI[®]



Université d'Ottawa • University of Ottawa

.....

LE VIH / SIDA AU CAMEROUN



ÉTAT DE LA SITUATION ET PROPOSITION POUR UNE INTERVENTION PORTEUSE

.....

*Marie-Claude Rioux (No: 608681)
Faculté d'Administration, 2^e cycle
Université d'Ottawa
Décembre 2000*

© Marie-Claude Rioux, Ottawa, Canada, 2001





**National Library
of Canada**

**Acquisitions and
Bibliographic Services**

**395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

**Bibliothèque nationale
du Canada**

**Acquisitions et
services bibliographiques**

**395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-76543-1

Canada

REMERCIEMENTS

Je tiens très sincèrement à exprimer ma gratitude aux Professeurs Georges Hénault et Douglas Angus pour avoir accepté la direction de cette thèse et sans qui la réalisation de l'exercice n'aurait pas été rendue possible. Le contexte et l'environnement de recherche sur le terrain ne sont pas très traditionnels et ils m'ont accordé toute leur confiance en me permettant d'y compléter ma formation.

Je dois aussi souligner la collaboration exemplaire du Département qui a été d'un soutien extraordinaire malgré les difficultés de communications. Ils ont toujours fait preuve d'une grande efficacité pour assurer le suivi de mon dossier et transmettre mes doléances. Je leur en suis très reconnaissante.

Je veux tout particulièrement remercier le Professeur Hénault qui m'a fourni un appui exceptionnel lors de mon bref passage au Canada. Ses conseils, recommandations, empreintes d'une grande ouverture et compréhension, ont permis d'alimenter ma démarche. Sans eux, l'effort de recherche aurait été particulièrement laborieux et la démarche serait demeurée incomplète. En espérant que les résultats ici présentés seront à la hauteur des attentes.

Il est entendu que les omissions et les insuffisances que peut contenir le présent rapport n'engagent que l'auteur.

.....

Table des matières

ACRONYMES.....	4
SOMMAIRE EXÉCUTIF	6
1- CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	10
2- OBJECTIFS DE LA PRÉSENTE DÉMARCHÉ.....	12
3- MÉTHODOLOGIE.....	13
4- TOILE DE FONDS.....	16
4.1- DÉVELOPPEMENT ET CHANGEMENT SOCIAL.....	16
4.1.1- LA GOUVERNANCE DU DÉVELOPPEMENT.....	16
4.1.2- CHANGEMENT SOCIAL	20
4.2- PROGRAMME CANADIEN D'AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT	23
4.3- COOPÉRATION CANADIENNE AU CAMEROUN	27
4.4- LE CAMEROUN	28
4.5- RÉSUMÉ	31
5- DIMENSIONS DE LA PROBLÉMATIQUE.....	32
5.1- CONTEXTE GÉNÉRAL DU VIH/SIDA.....	32
5.1.1- PARTENARIAT INTERNATIONAL CONTRE LE SIDA.....	34

5.1.2-	L'ACDI ET LE VIH/SIDA.....	34
5.2-	PROFIL DE LA PANDÉMIE DU VIH / SIDA AU CAMEROUN.....	36
5.3-	MÉTHODES COMMUNES DE TRANSMISSION	40
5.4-	IMPACT POTENTIEL À VENIR	41
6-	<u>POSITION DU GOUVERNEMENT DU CAMEROUN.....</u>	<u>46</u>
6.1-	COMITÉ NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA.....	46
6.2-	LES MINISTÈRES ET LEURS PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE SIDA.....	49
7-	<u>PRINCIPAUX INTERLOCUTEURS.....</u>	<u>55</u>
7.1-	LES PRINCIPAUX INTERLOCUTEURS DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LEURS ACTIONS	55
7.1.1-	LES BAILLEURS ET ORGANISATIONS INTERNATIONALES	55
7.1.2-	LES ONG INTERNATIONALES.....	58
7.1.3-	LA SOCIÉTÉ CIVILE	58
8-	<u>ASPECTS CULTURELS ET SOCIAUX AFFECTANT LA PROPAGATION DE LA PANDÉMIE.....</u>	<u>62</u>
8.1-	LE NIVEAU DE CONNAISSANCE DE LA POPULATION	62
8.2-	LA TRADITION ET LE VIH / SIDA	63
8.3-	L'IMPLICATION DE LA FAMILLE ET DE LA COMMUNAUTÉ AUPRÈS DES PERSONNES ATTEINTES DU VIH / SIDA ..	65
9-	<u>SERVICES DE SANTÉ DISPONIBLES.....</u>	<u>66</u>
9.1-	POLITIQUE DES SERVICES DE LA SANTÉ DE REPRODUCTION AU CAMEROUN	66
9.2-	LIEUX DE TRAITEMENT EXISTANTS.....	68
9.3-	SERVICES DE GESTION ET DE CONTRÔLE DE LA MALADIE.....	70
10-	<u>IDENTIFICATION DES BESOINS.....</u>	<u>71</u>
10.1-	QUELQUES CONSIDÉRATIONS STRATÉGIQUES DE L'ACDI	71
10.2-	LES PRINCIPALES FORCES ET LES FAIBLESSES DE L'ENVIRONNEMENT.....	74
10.3-	QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION	76
10.4-	IDENTIFICATION DES BESOINS	79
10.5-	POTENTIEL D'INTERVENTION :	83
	<u>CONCLUSION.....</u>	<u>90</u>

ANNEXE I – FICHE SIGNALÉTIQUE DU CAMEROUN.....	92
ANNEXE II – REPRÉSENTATION GÉOGRAPHIQUE DE TAUX DE PRÉVALENCE EN AFRIQUE.....	95
ANNEXE III – REPRÉSENTATION GÉOGRAPHIQUE DES RÉGIONS DITES À RISQUE	98
ANNEXE IV – GROUPE THÉMATIQUE DES NATIONS UNIES ET GROUPE TECHNIQUE DE TRAVAIL SUR LE VIH/SIDA.....	100
ANNEXE V – ORGANIGRAMMES DU CNLS.....	102
ANNEXE VI – FICHE SIGNALÉTIQUE DE LA PROVINCE DE L'ADAMAOUA.....	103
ANNEXE VII – LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	105
BIBLIOGRAPHIE	107
CENTRES DE RECHERCHE	107
COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE	107
MINISTÈRES.....	108
ONG INTERNATIONALES.....	109
ONG NATIONALES	109
RECHERCHE SCIENTIFIQUE.....	110

.....

Acronymes

ACDI	Agence canadienne de développement international
AFSU	Association des Frères et Sœurs Unis
ARV	Anti rétro viraux
APD	Aide publique au développement
CNLS	Comité national de lutte contre le SIDA
CNPS	Conseil national de Prévoyance sociale
COGEDI	Comité de gestion de district
COSADI	Comité de santé de district
COSA	Comité de santé, aire de santé
DGSN	Direction générale de la Sûreté nationale
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GTC	Groupe technique central
GTZ	Coopération allemande
IEC	Information - Éducation - Communications
MINAGRI	Ministère de l'Agriculture
MINAS	Ministère des Affaires sociales
MINAT	Ministère de l'Administration territoriale
MINCOF	Ministère de la Condition féminine
MINDEF	Ministère de la Défense nationale
MINEDUC	Ministère de l'Éducation nationale
MINEFI	Ministère des Finances
MINESUP	Ministère de l'Enseignement supérieur
MINJES	Ministère de la Jeunesse et des Sports
MINPAT	Ministère de l'Investissement public et de l'Aménagement du territoire
MINRES	Ministère de la Recherche scientifique
MINSANTÉ	Ministère de la Santé publique

MST	Maladie sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme de partenariat des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNUCID	Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des Drogues
PNVA	Programme national de vulgarisation agricole
PMA	Paquet minimum d'activités
PMSC	Programme de marketing social au Cameroun
PPS	Points de prestation de services
PVVS	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
SIDA	Syndrome d'immuno-déficience acquise
SWAA	Society for Women Against Aids in Africa
UE	Union Européenne
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

.....

Sommaire exécutif

Contexte de l'étude : Cet exercice a pour principal objectif de traduire dans la pratique les acquis de la formation du MBA. Cette démarche s'est entièrement déroulée sur le terrain, dans un pays en développement, ce qui explique que l'approche théorique ne représente qu'une faible partie de la thèse, essentiellement orientée vers la pratique. Il s'agit d'analyser l'application des principes de gestion dans un contexte de pays en développement afin d'opérer un transfert de technologies managériales.

Objectifs : *Général* - Démontrer l'appropriation des acquis de la formation universitaire du MBA dans un contexte d'apprentissage pratique.

Spécifiques - Démontrer la capacité de considérer les éléments de base nécessaires à l'élaboration d'une stratégie dans un contexte de développement international. - Représenter concrètement ces principaux éléments dans le cadre d'une démarche terrain-pratique - Identifier et proposer des potentiels d'interventions pertinents et porteurs dans le cadre d'une stratégie visant la mise en œuvre d'un programme de développement.

Il est à noter que ces objectifs sont relatifs à la lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun, dans une perspective de programme de coopération initié par une agence publique canadienne, l'ACDI.

Méthodologie : La méthodologie a dû s'adapter aux réalités du terrain de sorte qu'elle est elle aussi orientée vers la pratique. Les données primaires ont d'abord été recueillies dans le cadre d'entretiens individuels, causeries éducatives, visites terrains, rencontres avec les bailleurs, etc., mobilisant environ un centaine de personnes. Les données secondaires (recension des documents existants sur le sujet au sein des organisations accessibles, qu'il s'agisse des ministères, organisations nationales et internationales, quelques sites internet, etc.) ont été beaucoup plus laborieuses à dénicher en raison de la quasi-absence de moyens (bibliothèques, centres de recherche, difficulté d'utilisation d'internet, etc.). Cette section aurait mérité d'être approfondie en présence de meilleures conditions.

Toile de fonds : Cette démarche a été initiée dans le contexte de la revue de programme de l'ACDI au Cameroun en vue de planifier les interventions au cours des cinq prochaines années. Considérant que la problématique du VIH/SIDA occupe une place de plus en plus prépondérante suivant l'approche de développement de l'ACDI, la Direction régionale de l'Afrique du Centre et des Grands Lacs a demandé que soit produit un état de la situation du VIH/SIDA au Cameroun comportant les principaux potentiels d'interventions dans ce secteur.

Le but de la recherche est ainsi de décrire l'environnement de la maladie au Cameroun, qu'elle est son étendue, qui sont les principaux intervenants, quelles sont les interventions menées par le Gouvernement,

en fait, il s'agit de décrire la situation afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble de la maladie au pays et d'identifier des pistes d'intervention.

Dimensions de la problématique : Depuis 1996, les Nations Unies ont entrepris d'initier un nouveau partenariat de lutte contre le SIDA afin de favoriser une approche concertée de lutte qui s'appuie à la fois sur les programmes des Gouvernements et suscite une meilleure collaboration entre l'ensemble des intervenants dans un pays donné. La maladie ne cesse de se propager et l'Afrique subsaharienne regrouperait à elle seule 70 % des personnes séropositives et 90 % du demi-million d'enfants nés avec le virus ou affectés par l'allaitement maternel.

La principale caractéristique pour cet état de fait est que la maladie exploite la pauvreté et les carences des systèmes de santé, deux facteurs couramment observés en Afrique en plus de l'inaction des dirigeants de certains pays. Le SIDA est d'autant plus dévastateur qu'il frappe la population au moment où elle est dans sa période la plus active.

Le Canada appuie le partenariat des Nations Unies et l'ACDI accorde un budget annuel de 3,4 millions de dollars canadiens en appui à ce partenariat. Depuis 1987, l'ACDI a déboursé plus de 135 millions de dollars canadiens pour contribuer à la lutte contre le VIH/SIDA. Au Cameroun, seules quelques initiatives ont été menées en faveur d'activités de sensibilisation et de dépistage du virus. CARE était le principal partenaire.

Le VIH/SIDA au Cameroun : Le Cameroun est considéré comme un pays de prévalence faible à intermédiaire (près de 8 %), mais l'évolution du fléau pourrait rapidement avoir des conséquences qui seront dévastatrices pour l'ensemble des sphères de la société. En effet, les spécialistes s'entendent pour dire que dès qu'un taux atteint les 5 % de prévalence, la maladie progresse de manière quasi exponentielle pour atteindre des taux excédant les 20 % en quelques ans seulement.

Au Cameroun, comme c'est généralement le cas ailleurs en Afrique, la transmission du virus s'effectue essentiellement par la voie sexuelle (hétéro). Les populations reconnues comme étant à risque sont surtout, les filles libres ou professionnelles du sexe (prostituées), les camionneurs, les migrants, les populations de chantiers (forestiers, plantations) ainsi que les gens en uniforme (militaires, policiers). Si ces populations sont présentes sur tout le territoire national, des régions de concentration ont été identifiées particulièrement les axes routiers traversant tout le pays, les grandes villes et aux abords des frontières (surtout RCA, Nigeria et Tchad).

Position du Gouvernement du Cameroun : Le gouvernement a récemment procédé à la restructuration de sa cellule nationale de lutte soit, le Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS) et vient de déposer son Plan Stratégique national de lutte. On dénote un certain décalage entre les efforts mis en œuvre pour la production de ce cadre d'intervention, efforts consentis par des membres de la communauté internationale, des associations locales, des fonctionnaires, et les moyens financiers et humains mis à la disposition de telles initiatives par le Gouvernement. Si nous sommes à même de constater un début d'ouverture politique, un certain intérêt, porté sur le dossier du VIH/SIDA, beaucoup reste à faire pour passer de la parole à l'acte.

Un élément non négligeable qui a contribué à susciter ce début d'ouverture est sans doute l'effort consenti en vue d'une meilleure concertation entre les intervenants, chapeauté par les coparrains du Programme

commun des Nations Unies (ONUSIDA) qui travaillent de concert avec le CNLS, le Ministère de la Santé publique et les autres ministères concernés.

Principaux interlocuteurs : Très peu d'intervenants sont actifs sur le dossier de lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agit surtout de la coopération multilatérale (ONUSIDA) et de quelques donateurs bilatéraux et ONG internationales. Pour le moment, les efforts ne sont pas très coordonnés. Quant aux initiatives de la société civile camerounaise, rares sont les organisations qui font preuve de professionnalisme et qui ont réellement une formation adéquate pour intervenir dans ce secteur. La lutte contre le VIH/SIDA est récemment devenue très attrayante lucrativement, car les bailleurs commencent à s'y intéresser. Ainsi, on assiste à une prolifération d'organisations qui se disent spécialistes en VIH/SIDA sans trop connaître les tenants et aboutissants de ce fléau.

Aspects culturels et sociaux : Si un certain nombre d'études relatives au VIH/SIDA ont été réalisées ces derniers temps, on s'attarde très peu au volet socioculturel de la population camerounaise. Tout ce qu'on en sait, c'est que la tradition est omniprésente. La sexualité, les maladies transmissibles et le VIH/SIDA demeurent bien souvent des sujets tabous. La connaissance générale de la population sur les MST/VIH/SIDA semble demeurer faible ou superficielle. On verra par exemple certains groupes spécifiques, ayant bénéficié d'activités d'information et de sensibilisation par le biais de causeries éducatives, posséder un très bon niveau de connaissance théorique des maladies sexuellement transmissibles, du virus d'immunodéficience humaine et du SIDA, mais ne modifieront pas leur comportement à risque pour autant. Le processus de changement des mentalités est sans doute amorcé puisqu'il commence d'abord par l'information, mais beaucoup reste à faire pour que les gens intègrent des habitudes de vie saines et sécuritaires dans leur quotidien.

Services de santé disponibles : Le traitement du VIH/SIDA par anti rétro viraux n'est disponible que dans les grands hôpitaux de Yaoundé et Douala et demeure financièrement inaccessible (environ 230 000 F CFA ou 500 \$ Can par mois). L'approche sera de traiter les maladies opportunistes, telle que la tuberculose, et dans quelques cas de faire la promotion d'un régime de vie sain et adapté en présence d'une séropositivité.

Les formations sanitaires des provinces et des districts sont peu outillées, tant matériellement que professionnellement, pour assurer une certaine prise en charge de la maladie. Alors, les patients sont généralement laissés pour compte, sans même savoir qu'ils sont séropositifs ou qu'ils sont malades du SIDA.

Recommandations : À la lumière des résultats de l'analyse de la situation, il appert que le secteur d'intervention le plus pertinent pour la coopération canadienne dans un contexte camerounais consiste en la mise en œuvre d'activités d'information, éducation, communications (IEC) impliquant directement les communautés de la province de l'Adamaoua. Une lutte effective et efficiente contre le VIH/SIDA passe tout d'abord par l'information et l'appropriation de cette information par les populations en vue d'un changement de comportement plus sain qui permette d'optimiser les efforts de lutte contre ce fléau.

Conclusion : En définitive, le VIH/SIDA est plus que présent au Cameroun, il se propage sur tout le territoire national et touche à toutes les couches de la population, à des niveaux différents, certes. Le paysage d'intervention pourrait subir une transformation favorable si le Gouvernement décide de mettre les

moyens nécessaires à la disposition de la mise en œuvre de ses programmes et de sa stratégie d'autant plus que le Programme commun des Nations Unies au Cameroun est beaucoup plus actif depuis plus d'un an déjà et travaille de concert avec l'État. Si tous les secteurs relatifs à la prise en charge et à la gestion de la maladie sont à développer, l'un des éléments clés demeure l'information, l'éducation et la communication (IEC) adaptés aux besoins sociaux, à la culture des groupes spécifiques auxquels on s'adresse et qui s'appuient sur le Plan Stratégique national de lutte contre le SIDA.



1- Contexte de l'étude

Deux lignes directrices sous-tendent la production de ce rapport. La première se veut plus pédagogique pour répondre aux exigences d'un programme d'études supérieures en administration des affaires. La seconde vise à analyser l'application des principes de gestion dans un contexte de pays en voie de développement.

Dans le premier cas, on se doit de s'attarder à des éléments plus théoriques et de les transposer dans la réalité. Ici, les éléments clés sont tout d'abord la gouvernance du développement et le changement social. Il est important de percevoir l'évolution de cette gouvernance du développement au fil des ans, suivant les époques et la structure du système international, car cette gestion du développement est déterminante en vue d'une analyse de l'environnement et d'une proposition pour une intervention qui sera adaptée à la réalité et porteuse. C'est aussi le cas lorsqu'il est question de changement social. Il faut s'attarder à comprendre ce qu'implique le changement social, pourquoi certains outils d'intervention échouent alors que d'autres réussissent et être en mesure de choisir ceux qui sont les plus appropriés à nos besoins.

Dans le deuxième cas, qui consiste le cœur de la présente démarche, il s'agit d'analyser l'application des principes de gestion dans un contexte de pays en voie de développement afin d'opérer un transfert de technologie managériale. Il s'agit ici d'une étude qui s'inscrit dans un processus de gestion de programme canadien de développement international au Cameroun, et de définition des orientations stratégiques à élaborer pour les cinq prochaines années.

Il est particulièrement important de noter que la globalité de cette étude s'est déroulée sur le terrain ce qui implique certaines difficultés de réalisation. Généralement, la réalisation d'une thèse de deuxième cycle comporte essentiellement des éléments théoriques appuyés par des faits ou des exemples concrets. Dans le présent cas, nous constatons l'inverse. Il s'agit d'une démarche terrain et pratique qui vise surtout à rendre opérationnelles les connaissances acquises en milieu universitaire. Tel qu'il le sera précisé dans la section traitant de la méthodologie, la portion théorique demeure forcément succincte et peu développée. Elle aurait pourtant mérité d'être approfondie, mais le Cameroun étant un pays en développement avec tout ce que cela implique, cette portion de la recherche a été rendue particulièrement laborieuse.

Cette réalité terrain est sérieusement à prendre en compte, car elle affecte le cœur de la démarche tant pour ce qui est de l'accessibilité, la disponibilité des informations, que des aspects plus techniques tels que les rendez-vous manqués particulièrement fréquents chez les fonctionnaires camerounais qui cumulent les emplois du temps et font souvent preuve de laxisme. De plus, les difficultés de déplacement en région enclavée, comme c'est le cas en Adamaoua, viennent s'ajouter au cadre d'analyse.

.....

2- Objectifs de la présente démarche

Dans ce contexte terrain, les objectifs peuvent se définir ainsi :

Objectif général :

- Démontrer l'appropriation des acquis de la formation universitaire du MBA dans un contexte d'apprentissage pratique.

Objectifs spécifiques :

- Démontrer la capacité de considérer les éléments de base nécessaires à l'élaboration d'une stratégie dans un contexte de développement international.
- Représenter concrètement ces principaux éléments dans le cadre d'une démarche terrain-pratique.
- Identifier et proposer de potentielles interventions pertinentes et porteuses dans le cadre d'une stratégie visant la mise en œuvre d'un programme de développement.

À noter que ces objectifs sont relatifs à la lutte contre le VIH/SIDA dans un contexte de développement international initié par une agence publique canadienne, l'ACDI.

Il semble ici opportun d'aborder brièvement quelques précisions sur la formation reçue dans le cadre de la Maîtrise en administration des affaires. Cette formation a été réalisée à temps partiel et est reliée, autant que faire se peut, à la réalité du développement international, la réalisation de la présente thèse en est l'exemple. Le profil universitaire de deuxième cycle se compose de la formation en vue de l'appropriation d'outils de management pour maximiser les processus de prises de décisions stratégiques, appuyée par une formation technique de nature plutôt financière. Dans la présente démarche, l'accent est mis sur tout le processus de décision (analyse de l'environnement - social, politique, culturel, économique -, le traitement et l'organisation des informations et données disponibles, la planification stratégique et l'élaboration de recommandations). Le volet strictement financier s'applique à la phase suivante, soit, lorsque l'on doit considérer concrètement la faisabilité des recommandations. À l'étape actuelle, on peut toutefois estimer l'ampleur du budget suivant les dépenses inhérentes habituelles suivant le type de recommandations.

3- Méthodologie

Données primaires :

Ces données consistent en la cueillette d'informations sur le terrain. Considérant la problématique de lutte contre le VIH/SIDA dans une perspective de programme bilatéral canadien de développement, plusieurs niveaux de collecte d'informations étaient concernés : les personnes porteuses du VIH ou ayant développé la maladie, les personnes à risque, la communauté en général, les associations locales d'aide (personnes séropositives, ONG, etc.), les services publics et privés de santé, les intervenants communautaires, nationaux, internationaux (ONG internationales, Nations Unies, pays donateurs), tous les ministères impliqués, etc.. En fait, il s'agit de près d'une centaine de personnes incluant les rencontres officielles citées en annexes et les discussions non officielles avec les gens de la rue, le personnel administratif du bureau, les chauffeurs du bureau, etc., qui ont permis d'identifier de nouvelles pistes de recherche ou de venir appuyer les données de base rendues disponibles. Cette étape représente approximativement un mois intensif de travail incluant les rencontres elles-mêmes, les déplacements, les attentes non négligeables, les rendez-vous manqués (taux d'absentéisme effarant, routes bloquées pour visites inattendues de Chefs d'État, etc.) et la saisie des notes issues des rencontres. Outre les causeries éducatives qui étaient déjà structurées et dirigées par un animateur, membre du groupe, les rencontres étaient individuelles, semi-dirigées, de sorte que des questions précises étaient posées, mais l'interlocuteur et l'intervieweur avaient la possibilité d'aborder des thèmes pertinents qui n'avaient pas été soulevés. Le niveau d'éducation, parfois faible en région a aussi freiné la collecte d'informations en ce sens que le niveau de compréhension de la problématique était très faible. De plus, les femmes, qui représentent un public important à consulter, n'ont pas toujours eu la permission de se manifester dû au poids des traditions et au rôle qu'on leur attribue.

Données secondaires :

Il en a été beaucoup plus difficile pour recueillir les données secondaires. Tel qu'il a été mentionné dans la section précédente, une démarche de recherche de niveau universitaire supérieur s'appuie sur une base solide théorique. Ceci n'a malheureusement pas été possible et nous sommes parfaitement conscients

que ce volet aurait gagné à être étoffé. La réalité au Cameroun est telle que les centres d'études permettant la recherche théorique sont quasi inexistantes, les bibliothèques universitaires sont pillées¹ donc elles ne contiennent que des bribes de livres abîmés, les bibliothèques des centres universitaires plus étoffées (la seule connue est l'Université catholique) ne permettent pas l'accès à tous et ne couvrent évidemment pas tous les thèmes de recherche dans leur spécificité sans parler des services de photocopie qui tantôt n'ont plus d'encre, plus de papier, le personnel responsable n'est pas en poste, pas de monnaie disponible, bris mécaniques, etc.. Ne reste plus que l'internet qui représente un outil important de recherche dans ce contexte. Toutefois, les lignes téléphoniques sont très instables et peu fiables et génèrent par conséquent de fréquentes coupures. Par ailleurs, l'accès au service internet est relativement récent et suscite l'engouement de plus en plus croissant des entreprises, des travailleurs autonomes, des boîtes d'études et de conseils, etc., alors que la capacité technique est défailante et que les techniciens n'ont pas de formation adaptée pour résoudre efficacement les problèmes². Tout ceci peut sembler cocasse, mais un tel environnement génère énormément de frustration dans la pratique et complexifie considérablement un exercice de recherche.

Par ailleurs, une recension de la documentation existante au sein de ministères, organisations internationales, bailleurs, ONG nationales et internationales, associations, sites internet pour identifier les divers programmes et projets existants a été effectuée. Il est étonnant de constater que, si de nombreuses recherches ont été réalisées, elles demeurent généralement restreintes à quelques régions spécifiques, à des publics spécifiques et il demeure difficile d'en obtenir une perspective nationale, pour l'ensemble de la population camerounaise. De plus, les données ne sont bien souvent que partielles, leur fiabilité est parfois remise en question nonobstant le fait de ne pas toujours être très récentes. Il est vrai qu'au cours de 1999, un effort de recherche a été mené, couvrant l'ensemble du territoire national afin de dresser le bilan de la situation du VIH/SIDA et devant permettre l'élaboration du Plan Stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA. Toutefois, cet exercice, pour de multiples raisons, n'a pas recueilli une opinion unanime favorable de la part des principaux acteurs dans le secteur et les résultats n'ont par conséquent pas été disséminés. Nous avons obtenu copie de ces études. Par souci d'éthique professionnelle, il n'a pas été possible de citer ces études, mais nous nous y sommes référés dans une perspective plus globale, tel qu'il a été convenu avec notre interlocuteur.

¹ Lors de la récente mission de la gestionnaire du programme Cameroun à l'ACDI, elle a rencontré un ancien ministre de l'Éducation, membre de l'opposition, qui se dit lutter contre la corruption, qui est depuis peu membre de l'équipe nationale représentante de Transparency International afin de porter un regard sur le niveau de corruption au pays. Quelle ne fût sa surprise de constater que le bureau de cet ancien ministre de l'Éducation possédait plusieurs bibliothèques dans son propre bureau remplies de livres... avec les cotes universitaires !

² Il n'est pas étonnant de rencontrer des techniciens diplômés n'ayant jamais touché à un ordinateur.

Il est donc important de noter que les données statistiques relatives au Cameroun fournies dans ce document le sont généralement à titre indicatif et proviennent des sources le plus couramment utilisées soit des coparrains du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), du Ministère de la Santé publique (MINSANTÉ) et d'organisations partenaires reconnues. Ce sont d'ailleurs les données utilisées par la majorité des spécialistes et intervenants du milieu. En fait, c'est une réalité du terrain de constater que les données sont bien souvent des estimations. Elles demeurent tout de même très représentatives de la réalité considérant l'ensemble des échanges que nous avons menés.

Voilà pourquoi nous insistons pour préciser qu'il s'agit d'une démarche orientée vers la pratique, vers l'application concrète des acquis de la formation universitaire.

4- Toile de fonds

Cette recherche s'inscrit dans le cadre de la revue de programme de la coopération canadienne bilatérale au Cameroun lancée par la Direction régionale de l'Afrique du Centre et des Grands Lacs de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) en décembre 1999. Cet exercice de revue consiste à faire état des acquis du programme en cours depuis les dernières années, à analyser l'environnement du pays d'intervention, ici le Cameroun, et à apporter les rajustements nécessaires au programme en fonction des besoins identifiés, de l'évolution de l'environnement économique, politique et social du pays, des intérêts et de la volonté du gouvernement hôte et des orientations de la politique étrangère canadienne dans une perspective d'intervention échelonnée sur cinq ans (la planification budgétaire et la stratégie d'intervention des programmes pays étant généralement établis sur une période de cinq ans). La problématique du VIH/SIDA n'est actuellement pas partie prenante de la programmation canadienne au Cameroun, mais considérant l'ampleur du phénomène, particulièrement en Afrique subsaharienne, elle fait partie des thèmes prioritaires à considérer.

4.1- Développement et changement social

Avant de nous lancer dans notre analyse de l'environnement, situons nous d'abord par rapport aux concepts de la gouvernance du développement et du changement social.

4.1.1- La gouvernance du développement

Le développement ou l'aide internationale est un élément indissociable des relations Nord - Sud. Il s'agit d'un flux financier parmi bien d'autres et il est donc à considérer, à analyser, avec toutes les autres transactions Nord - Sud. On réalisera qu'il s'agit en réalité d'un flux négatif, le Sud donne plus d'argent au Nord qu'il n'en reçoit. Seule une faible portion de l'aide au développement se concrétise en dons, la plus grande partie de l'aide prenant la forme de prêts, de ligne de crédit, d'investissement, de

rémunération d'experts ou coopérants ce qui représente des profits pour les pays donateurs³. En fait, l'aide au développement exprime la participation des pays industrialisés, de leurs États, dans la lutte pour le développement. Elle s'organise de plus autour de l'État du pays bénéficiaire, car les bailleurs de fonds exigent des garanties à toute épreuve que seul l'État peut offrir. On tente de justifier cette approche notamment par :

des raisons politiques et diplomatiques - nécessité de respecter la souveraineté nationale dans les activités de coopération, le gouvernement aidant ne pouvant avoir comme interlocuteur que le gouvernement aidé ;

des raisons de garanties financières solides - obligation de garantir par caution suffisante, c'est-à-dire toutes les richesses de la nation, le remboursement des capitaux nécessaires au développement du pays ;

des raisons de rattrapage rapide - urgence de rejoindre le niveau de production et de consommation des pays développés et donc, de passer, dans une optique proprement socialiste (tendre aux mêmes buts dans un souci de progrès social), par le raccourci de l'État ;

des raisons d'infrastructures jugées indispensables - pertinence d'une participation étatique prépondérante dans la mise en place d'infrastructures devant servir de base à un développement massif et accéléré⁴.

Toutefois, en plus du gouvernement, le développement implique différents acteurs tels que, les ONG, organisations internationales, secteur privé, représentants de la société civile, etc.. L'aide publique, celle de pays envers un autre pays, instrument politique, concerne ainsi les intervenants de toutes les sphères nationales, expression de la solidarité internationale.

L'aide au développement a procédé à l'origine des Accords de Bretton Woods qui créèrent en juillet 1944, la Banque internationale pour la reconstruction et le développement. C'est alors que les «grands» de ce monde élaborent leur camp respectif d'où la lutte « socialisme (dominée par l'URSS) / capitalisme (hégémonie américaine) » où chaque clan tentera de s'approprier le plus grand nombre de colonies et d'ex-colonies sous le chapeau de programme d'aide et de coopération militaire. L'aide prendra une autre forme avec la signature du Plan Marshall qui donnera suite à l'instauration des Nations Unies afin de « ...mettre au service de l'avancement et de la croissance des régions sous-développées les

³ Et si le Tiers Monde s'autofinçait, De l'endettement à l'épargne, 1994. Jacques B. Gélinas, Les Éditions Écosociété, Montréal.

⁴ Ibid, p. 99.

bienfaits de nos acquis scientifiques et de notre progrès industriel...»⁵. Au fil des ans, l'aide au développement, l'aide internationale, l'aide publique, s'est institutionnalisée, s'est transformée en passant par des phases massives d'aide alimentaire (dumping), de réformes politiques, de création d'agences d'aide⁶, une plus grande implication des communautés religieuses et d'ONG toujours dans la perspective que c'est l'État qui est responsable de la politique d'aide et qu'il a droit à des intérêts spécifiques. Au bout du compte, on exigera que le pays bénéficiaire adopte une certaine orientation politique et économique dans son développement se traduisant, entre autres, par l'instauration de nouvelles politiques, l'application de conditionnalités, sous l'angle d'un discours précis de bon gouvernement, de principes démocratiques et plus récemment de réduction de la pauvreté.

Sous toutes ses formes, l'aide internationale demeure très critiquée étant qualifiée de : instrument d'exploitation, favorise l'endettement, n'atteint pas les plus pauvres, enrichit les gouvernements et l'élite, avantageuse surtout pour les pays donateurs, pas adaptée à la réalité des pays en développement, contribue à consolider les dictatures. Quoiqu'il n'existe pas vraiment de réel désintéressement de l'aide, les intervenants la perçoivent encore comme un élément essentiel du développement : *Aspect humanitaire* - il faut aider certains pays qui souffrent démesurément, il faut aider son prochain (vision judéo-chrétienne), pour la solidarité humaine et pour combattre les affres de la pauvreté. *Facteur idéologique* - Afin d'éviter l'expansion idéologique jugée néfaste, perpétuer une vision du système international. *Danger de la déstabilisation* - Constat de l'interdépendance ; la pauvreté en soi n'est pas si dérangeante, cependant, ce qui est plus inquiétant, elle est un vecteur d'instabilité ; dans une économie mondiale où la richesse est fondée sur la croissance, l'instabilité est des plus néfastes. *Facteur d'enrichissement / économique* - l'aide précède le commerce, représente un instrument de pénétration des marchés, pour promouvoir les exportations et les investissements et il est admis que les programmes d'aide sont avantageux pour les pays donateurs tout en répondant aux besoins des pays sous-développés, il s'agit donc d'un avantage mutuel. *Facteur politique* - C'est un élément de la politique étrangère, représente une zone d'influence, permet d'assumer ses responsabilités à l'intérieur du système international, peut permettre d'acquérir ou de maintenir une certaine crédibilité d'un point de vue international.

Le développement est lui aussi soumis à ce que l'on pourrait appeler des modes. Quelques substrats du développement actuellement en vogue, particulièrement pour le Canada : le développement durable, la réduction de la pauvreté, l'instauration de la paix et de la sécurité, la lutte contre certains fléaux tel que le SIDA. Le discours officiel tenu par l'ACDI sera notamment de dire que le développement, sous toutes

⁵ Eisenhower, Kennedy and Foreign Aid, Walt Whitman Rostow, 1985. In, Et si le Tiers Monde s'autofinçait, op. cit., p.24.

⁶ Pour le Canada, le Bureau de l'aide extérieure a été créé en 1960 et l'ACDI a vu le jour en 1968.

ses formes, passe par le développement des capacités locales et l'appropriation du savoir faire en vue de favoriser le renforcement des sociétés (publiques et civiles) pour un auto développement.

Le développement ne peut être que la réalisation progressive d'un double potentiel : d'une part, le potentiel que représente toute collectivité humaine et tous les individus qui la composent ; d'autre part, celui que constitue le milieu physique dans lequel se trouve cette collectivité, un milieu qu'elle utilise pour assurer son existence et celle des générations à venir⁷.

Cette approche de développement des capacités est interprétée différemment par les pays bailleurs ou agences de développement telle que l'ACDI, par les équipes de gestion, par les agences d'exécution des projets, par les interlocuteurs (généralement les pouvoirs publics) et par les partenaires locaux et les bénéficiaires.

Dans le cas présent, soit, le dossier VIH/SIDA et le programme canadien d'aide publique au développement, il sera clairement évoqué que le développement et la lutte contre ce fléau passe par l'implication et une prise en charge effective et efficiente des communautés locales (développement des capacités et appropriation du savoir faire).

Concrètement, suivant la politique canadienne qui sera abordée au chapitre 4, le dossier de la lutte contre le VIH/SIDA relève du dossier de la santé, donc de la priorité de développement « besoins humains fondamentaux ». Cette priorité concerne les conditions de vie des gens, que ce soit l'éducation, l'alimentation, l'habitat, la santé et l'hygiène. On peut aborder la lutte contre la VIH/SIDA sous différents angles. Il peut s'agir de la démocratisation des rapports pour un meilleur accès à l'information sur les considérations relatives à ce fléau ; tout comme l'identification et le renforcement de programmes existants destinés à la population ; à la mise en place d'une infrastructure de base permettant l'accès aux services à la population ; la mise en place d'activités génératrices de revenus pour permette aux populations à faible revenu d'accéder aux services de base. En outre, on peut considérer cette problématique sous l'angle de la mobilisation sociale, du changement social. Chacune de ces approches, quoiqu'intimement liées les unes aux autres, mériterait des études et analyses respectives. Si le présent exercice ne consiste pas à décrire dans les détails une proposition d'intervention, nous en identifierons les potentiels sous l'angle du changement social. On assiste au Cameroun à un foisonnement d'associations et de mouvements sociaux généralement non officiels, non institutionnalisés. Ces représentants de la société civile au Cameroun ne sont pas structurés, organisés. Toutefois, on peut affirmer qu'ils commencent à se manifester en réaction aux mesures antisociales,

⁷ La fin du développement : naissance d'une alternative, François Partant, Paris, La Découverte, 1983.

télécommandées de l'extérieur, notamment par certains programmes d'ajustement structurel du FMI et de la Banque mondiale. Ils commencent de plus à s'activer contre un pouvoir étatique étatisant, extraverti et décroché de sa base sociale en évoquant un désir de mobilisation, de changement au sein de leur société.

4.1.2- Changement social

L'évolution de toute société passe par une série de changements sociaux. Qu'elles soient issues du consummateurisme pur et simple ou d'une conscientisation morale sociale, la mentalité et les habitudes des individus d'une société donnée évoluent, les préoccupations changent et les comportements se transforment. L'accès à l'information, l'éducation, la mondialisation, la mobilisation de groupes d'intérêt commun (syndicats, environnementalistes, féministes, partis politiques, etc.) y contribuent. Mais pour susciter cet intérêt en vue d'un changement social diverses méthodes sont utilisées avec plus ou moins de succès. Au fil des ans, les intervenants en développement ont expérimenté de multiples méthodes, et le potentiel d'intervention qui nous semble le plus pertinent dans une approche de changement social, pour une prise en charge plus effective des communautés à l'égard de leur santé, consiste au marketing social ou au marketing des causes sociales.

L'objectif du marketing social peut se définir comme étant « l'application des technologies du marketing commercial à l'analyse, la planification, l'exécution et l'évaluation de programmes destinés à influencer le comportement volontaire de publics cibles en vue d'améliorer leur bien-être personnel et celui de leur société. »⁸ ou encore « ...comme la mise en marché et la gestion de programmes cherchant à accroître l'acceptabilité, auprès d'un groupe cible, d'une idée ou d'une pratique sociale. »⁹

Il est important de noter que l'exercice répondant à un besoin de l'Agence canadienne de développement international (ACDI), le vocabulaire a été adapté. Il y a un discours et un langage d'usage à respecter au sein l'ACDI. On ne parle donc pas de marketing social, mais de communications sociales, de prise en charge du développement par la communauté afin de favoriser le changement et le développement durable, on aborde le marketing social en terme d'activités d'IEC qui signifie Information - Éducation - Communication. Si le marketing social se distingue clairement de ces concepts pris dans leur individualité, il comporte cependant des éléments de base de ces composantes. Et si le marketing social n'est pas abordé au sens théorique dans les chapitres à venir il en est pourtant question tout au

⁸ Adreassen, Alan R., *Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1995.

⁹ Kotler, 1975, in *Commerce international dit équitable, logique marchande et marketing des causes sociales : vers une symbiose ?*, Cyril Bouquet et Georges Hénault, *Revue Française du Marketing*, N° 1666 -1998/1.

long du document. Lorsqu'au bout du compte nous proposons certains potentiels d'interventions, cette analyse est basée sur les composantes de base de toute approche marketing à savoir la description de notre micro environnement (ACDI, coopération canadienne au Cameroun, etc.) et du macro environnement (orientations de la politique canadienne ; l'environnement politique, économique, social camerounais, etc.), de la concurrence (les autres intervenants internationaux, nationaux, locaux, les ministères, etc.), l'analyse des marchés des

consommateurs et du «comportement d'achat» (facteurs culturels et sociaux de la population à l'égard de la problématique, les services de santé disponibles, etc.), la recherche et le choix de marchés cibles (identification des besoins en fonction de considérations stratégiques, des forces et faiblesses, des budgets requis, etc.). Toutefois, l'exercice ne compte pas l'élaboration détaillée d'une stratégie marketing.

Apportons maintenant quelques précisions sur ce que nous entendons par marketing social :

Les résultats de la démarche de marketing social sont bénéfiques aux publics cibles et non aux responsables du marketing contrairement à une approche commerciale. Le signifiant d'une approche de marketing social est d'intervenir sur le comportement, de susciter un changement de comportement. Il faut donc être conscient qu'il s'agit d'un processus à long terme, particulièrement sous l'angle de la santé (plus de 10 ans). Les réussites partielles telles qu'une plus grande participation aux causeries éducatives, une plus grande utilisation du condom, l'implication des leaders religieux, constituent des éléments qui contribueront à l'atteinte de l'objectif ultime d'une lutte effective contre la propagation du VIH/SIDA et par conséquent à une meilleure santé pour tous. Les changements auront court seulement s'ils sont issus de l'initiative du public cible, car il tient le rôle principal d'une démarche de marketing social. Les responsables de marketing social doivent être conscients que, la clé du succès, c'est le public cible qui la détient.

Il est également pertinent de souligner que toute intervention implique les quatre P : Produit (santé, réduction du taux de prévalence), Prix (accès aux services de dépistage, coûts du suivi du traitement), Place (choix de localités qui offrent déjà le minimum en personnel compétent, en équipement, disponibilité des médicaments, éthique, réceptivité de la communauté, etc.), Promotion (par l'entremise des leaders politiques et/ou religieux, chefs d'entreprise, chefs de famille, personnalité modèle, etc. suivant le ou les publics cibles).

Après une bonne analyse de notre environnement, de la concurrence, de nos publics, l'identification des besoins, des forces et faiblesses du milieu nous avons une base solide pour la mise en œuvre de notre stratégie marketing. Il est toutefois important de revenir sur deux aspects, facteurs clés de réussite en vue d'un changement social, particulièrement dans un contexte africain où la culture et les traditions sont

omniprésentes. Il s'agit de l'éthique de la démarche et de l'identification de leaders. Une approche de marketing social informe, éduque, motive, influence le comportement dans l'intérêt de l'individu, de la société, et non dans son propre intérêt comme en présence du marketing commercial. Mais qui décide ce qui est bien pour l'individu et la société dans un programme de marketing social destiné à l'amélioration de bien-être de cette société ? Dans une perspective de développement, il est plus que fréquent de constater que les intervenants tentent d'imposer leur perception, conception et méthodes dans le processus de planification, élaboration, mise en œuvre, évaluation de projets et de programmes. Une telle attitude n'est pas appropriée en marketing social, d'où l'importance d'une grande éthique en plus de l'implication des publics cibles dès le début de toute démarche pour identifier les spécificités culturelles en vue de promouvoir des messages adaptés à leur réalité. Nous verrons plus tard, par exemple, que parler de fidélité sexuelle dans un contexte africain, camerounais, particulièrement pour certains groupes tels que les forestiers et les camionneurs est complètement dérisoire. Notre lecture d'occidentaux doit s'y attarder dans une stratégie de lutte contre la propagation des MST et du VIH/SIDA. Pour des agences d'exécution de projets de développement, il sera possible de définir des indicateurs de réussite tels que le nombre de causeries éducatives tenues, le nombre de participants, le nombre de condoms distribués etc. et de démontrer que le projet est une réussite quantitativement. Qu'en est-il des habitudes de vie effectives de ces participants ? Qu'en est-il des taux de prévalence et de la propagation des MST et du virus ? Qu'en est-il de la connaissance effective des publics cibles sur les services de santé efficaces qui leurs sont accessibles en cas de besoin (prise en charge médicale, psychologique, suivi, etc.) ? Et surtout, qu'en est-il de l'éthique professionnelle de ces intervenants ? Malheureusement, il n'est pas étonnant d'être confronté à des situations où ces questions demeurent sans réponse. Au Cameroun même nous avons assisté dans les années 1990 à des stratégies choc de lutte contre le SIDA sans considérer les publics. On associait alors le virus et le SIDA à une mort certaine. Quelques années plus tard, on constate malheureusement que plusieurs personnes à risque refusent systématiquement de passer des tests de séropositivité de peur d'apprendre qu'ils vont mourir. « Ce qui est choquant, ce n'est pas d'instrumentaliser les valeurs éthiques, c'est de tromper le consommateur et plus encore de le mettre en danger. »¹⁰ L'éthique doit donc se retrouver au niveau de la définition de la stratégie, de son application, des relations avec les populations et les autorités locales, et avec leur hiérarchie.

¹⁰ Le marketing en quête d'âme, 1995. Gilles Lipovetsky, Revue française du marketing, ADETEM, Paris, N° 153-154 1995/3-4.

Identification des leaders dans une approche de marketing social.

« Opinion leadership is the ability of certain individuals in a social system to influence other individuals' attitudes or overt behavior in desired way with relative frequency. »¹¹ Il existe des leaders d'opinion dans chaque groupe social, dans chaque communauté. Un leader sera notamment identifié et choisi en fonction de son rôle, de son implication au sein de la communauté ou du groupe cible, de sa réputation, suivant son ouverture à promouvoir de nouvelles idées relatives au sujet qui nous concerne, en fonction de ses aptitudes et de sa prédisposition à collaborer avec d'autres leaders d'opinion de niveaux divers.

Dans un contexte de lutte contre le VIH/SIDA, plusieurs catégories de leaders devraient être considérées. Nous savons que les publics concernés sont au centre de l'approche de marketing social et les premiers leaders seront à identifier parmi ces publics. Par la suite, particulièrement dans un contexte africain, ces leaders devront être appuyés par les autorités administratives locales.

L'implication des chefs religieux est également prédéterminante, surtout en présence de la religion musulmane dans certaines régions du Cameroun, telle que l'Adamaoua, souvent réfractaire au changement relatif à des sujets tabous comme la sexualité et le SIDA, à l'émancipation des femmes, à l'éducation, etc. Sans leur assentiment et leur implication, les leaders de base ne pourront que très difficilement susciter un changement d'envergure. Par la suite, l'implication des hautes autorités (ministre, premier ministre, président) est plus que souhaitable mais pas nécessairement possible, particulièrement au Cameroun, où l'État est centralisateur et fait preuve de peu de volonté politique. Finalement, identifier un leader parmi des personnalités modèles auquel pourrait s'identifier une portion des publics cibles pourrait constituer un atout (création d'événements spéciaux).

Prenant tous ces éléments en compte, sous l'angle du développement, du changement social et du marketing social, il est possible d'entreprendre une démarche englobante, orientée vers une intervention porteuse.

4.2- Programme canadien d'aide publique au développement

L'ACDI, ayant présentement son propre ministre, est un ministère du Gouvernement du Canada mais relève du Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international. À ce titre, l'Agence est assujettie aux exigences législatives et réglementaires habituelles établies à l'intention des ministères et aux divers règlements et directives du Secrétariat du Conseil du Trésor. Il s'agit de l'entité

¹¹ Innovations. Rogers and Shoemaker, in Marketing Government and Social Services, 1986. John L. Crompton, Charles W. Lamb Jr ; John Wiley and Son, USA.

gouvernementale qui est chargée de la mise en œuvre du programme canadien d'aide publique au développement (APD). L'objectif de l'APD « consiste à soutenir le développement durable dans les pays du tiers monde afin de réduire la pauvreté et contribuer à l'instauration d'un monde plus sûr, plus équitable et plus prospère. »¹²

Les mécanismes de transfert de l'APD au sein de l'ACDI peuvent prendre différentes formes :

Partenariat canadien : Cette direction encourage la création de partenariats entre des organisations canadiennes et celles de pays en développement afin d'appuyer le développement durable et de réduire la pauvreté. Elle octroie des subventions et des contributions pour soutenir les programmes et projets de développement d'organisations partenaires canadiennes qui se chargent de la conception, de la planification et de la mise en œuvre des projets. Cette approche est axée sur le soutien d'initiatives extérieures. Pour renforcer la prise en charge et exercer une influence, les organisations partenaires canadiennes doivent apporter une contribution financière et fournir des biens et/ou services. Cette section de coopération comporte notamment : 1. La coopération industrielle qui appuie financièrement des projets d'entreprises privées canadiennes ; 2. La coopération institutionnelle qui appuie des programmes et projets d'universités, de collèges, de coopératives, d'associations et de syndicats canadiens ; 3. La section des organisations non gouvernementale (ONG) qui finance des programmes d'ONG canadiennes et internationales.

Multilatéral : Cette coopération est chargée de faire entendre la voix du Canada dans les grandes organisations de développement international, notamment, les Nations Unies, la Francophonie, le Commonwealth et les institutions financières internationales. C'est la direction du multilatéral qui veille également à ce que l'aide humanitaire du Canada soit efficace en situation d'urgence. Cette direction se compose de 1. Programmes des Nations Unies et du Commonwealth ; 2. Institutions financières internationales ; 3. Aide humanitaire internationale ; 4. Centre d'aide alimentaire ; 5. Politique, planification et gestion.

Bilatéral : Il s'agit des programmes géographiques (Afrique et Moyen Orient, Amériques, Asie, Europe de l'Est) qui interviennent de pays à pays et permettent au gouvernement du Canada d'établir et de poursuivre des objectifs de coopération pour le développement au moyen de relations directes avec les pays bénéficiaires admissibles. Les projets appuyés dans le cadre des programmes géographiques tiennent compte à la fois des besoins des pays en développement et de la capacité du Canada d'y répondre. Les ententes de coopération sont issues d'échanges et entérinées par les deux gouvernements (canadien et bénéficiaire).

¹² Le Canada dans le monde, énoncé du Gouvernement 1998.

Afin d'appuyer la réalisation de l'objectif du programme canadien d'APD, ces trois principaux mécanismes doivent de plus concentrer l'allocation des ressources dans six volets prioritaires établis par la politique étrangère canadienne qui consistent en :

Besoins humains fondamentaux : Afin d'appuyer les efforts dans les domaines des soins de santé primaires, de l'éducation de base, de la planification familiale (inclut les programmes de prévention des MTS/VIH/SIDA), de la nutrition, de l'eau, de l'hygiène et du logement. Il s'agit aussi de fournir une aide humanitaire dans les situations d'urgence. Comme moyen de renforcer l'accent donné à la question de la sécurité de l'individu le Canada entend consacrer 25 % de son APD aux besoins humains fondamentaux.

Intégration de la femme au développement : Afin de renforcer la capacité des femmes de participer au processus de développement durable de leurs sociétés et d'y prendre part à titre de partenaires égales.

Droits de la personne, démocratie et bon gouvernement : Afin d'accroître le respect des droits de la personne, y compris ceux des enfants, de promouvoir la démocratie et une meilleure gestion des affaires publiques, et de renforcer à la fois la société civile et la sécurité de l'individu.

Développement du secteur privé : Afin de promouvoir une croissance économique soutenue et équitable par un appui au secteur privé dans les pays en développement.

Environnement : Afin d'aider les pays en développement à protéger leur environnement physique et à contribuer à la gestion des enjeux environnementaux aux niveaux régional et mondial.

Services d'infrastructure : Afin d'aider les pays en développement à fournir des services d'infrastructure respectueux de l'environnement, l'accent étant mis sur les groupes les plus démunis et sur la création de capacités. Les principaux groupes de services d'infrastructure sont : l'énergie ; les télécommunications et l'information ; l'eau, l'irrigation et l'infrastructure sanitaire.

Le processus de revue de programme en cours concerne exclusivement la direction bilatérale donc le contenu de la présente recherche est élaboré en fonction de cette approche « gouvernement à gouvernement ». L'ACDI définit la suite logique pour toute planification de projet bilatéraux comme suit :

Énoncé de politique étrangère du gouvernement (ses trois objectifs : la promotion de la prospérité et de l'emploi, la protection de notre sécurité dans un cadre mondiale stable, la protection des valeurs et de la culture du Canada).

Qui mène à...

Le cadre stratégique de l'APD du Canada (son objectif : soutenir le développement durable dans les pays en développement afin de réduire la pauvreté et de rendre le monde plus sûr, plus juste et plus prospère).

Qui mène à ...

Cadre de gestion des programmes bilatéraux — L'aide bilatérale au développement est planifiée et exécutée conformément au cadre réglementaire de l'ACDI et suivant les principaux cadres opérationnels suivants : Gestion par résultats, Cadre d'administration de l'Agence, Cadre d'examen du rendement

Qui mène à ...

Cadre de programmation par pays et par région — qui consiste en la définition des termes et conditions de l'aide bilatérale, des mécanismes de programmation de l'aide bilatérale, des lignes directrices de l'élaboration de projets et de la composition des équipes de projets.

Qui mène à ...

Identification et sélection de projets.

Notre effort se situe au niveau du cadre de programmation pour ce qui est de l'analyse stratégique de la problématique du VIH/SIDA au Cameroun (recommandations pour l'établissement de lignes directrices de programmation et des termes et conditions de l'aide bilatérale).

Rappelons qu'une stratégie bilatérale doit être établie en collaboration avec le gouvernement hôte, et nécessite son implication tout en favorisant le renforcement des capacités en vue d'une appropriation et d'une pérennisation des projets.

4.3- Coopération canadienne au Cameroun

La coopération canadienne au Cameroun sous toutes ses formes existe depuis plus de 18 ans. La présence du Canada au Cameroun a procédé à l'origine d'une communauté d'intérêt historique remontant à 1962 avec l'ouverture de la première ambassade canadienne en sol africain. Elle a ensuite été renforcée avec l'adhésion du Cameroun à la Francophonie et au Commonwealth, car le Canada et le Cameroun devenaient les deux seuls pays avec cette double affiliation. Les sommes de l'APD canadienne affectées au Cameroun ont témoigné des liens privilégiés entretenus entre les deux pays. Depuis le début du programme en 1961-1962, jusqu'à la fin de l'année financière 1998-1999, les décaissements en faveur du Cameroun ont totalisé 606 millions de dollars.

Les principaux secteurs d'intervention bilatéraux ont été forêt/environnement, l'enseignement technique, le développement du secteur privé, l'appui aux services d'infrastructure et plus récemment la démocratie et les droits de la personne ainsi que les besoins humains fondamentaux. Le programme en cours a un budget de près de 10 millions de dollars canadiens de décaissements annuels et est réparti comme suit :

Appui au développement du secteur privé (57 %) : Le Cameroun bénéficie d'un tissu de PME relativement bien étoffé. Il a cependant besoin d'être revitalisé. Les interventions du Canada visent le renforcement des PME et tente de répondre de plus en plus à un grand besoin du Cameroun, celui de la création d'emploi. Les PME, bien plus que les grandes entreprises, ont en effet recours à des investissements en main d'œuvre, ce qui a pour effet de mieux répartir les richesses, ce qui augmente d'autant les options et les revenus des pauvres. La nouvelle orientation de ce secteur d'intervention est de favoriser les activités de microfinance pour la mise en œuvre d'activités génératrices de revenu et l'accès des femmes au crédit.

Forêt/environnement (32 %) : Ce secteur mise sur une gestion durable des forêts camerounaises dans une perspective régionale et de participation des populations locales. La gouvernance dans ce secteur est largement déficiente (fuites de revenus, problèmes de redevances fiscales) et la programmation canadienne tente de régulariser cette situation en ayant pour principal partenaire le Ministère de l'Environnement et des Forêts.

Droits de la personne et démocratie (8 %) : Les principaux enjeux visés par les interventions de l'ACDI dans ce secteur sont doubles. Il s'agit d'une part, de l'amélioration de la gouvernance de manière

transversale (dans tous les secteurs d'intervention de la coopération canadienne), et, d'autre part, d'accompagner les efforts de renforcement de la démocratie au Cameroun et de création d'un environnement propice au respect des droits de la personne. Le projet intervient surtout auprès de la société civile.

Besoins humains fondamentaux (3 %) : Étant donné la dégradation dramatique des indicateurs de pauvreté et des infrastructures de base au Cameroun et en considération de l'objectif de la Direction générale de l'Afrique et du Moyen Orient d'allouer au moins 25 % de son financement aux besoins humains fondamentaux, la direction régionale de l'Afrique du Centre et des Grands Lacs examine actuellement les pistes de programmation dans ce secteur. Pour le moment, une intervention en phase de démarrage consiste en une réponse directe aux besoins immédiats de la population par un projet d'hydraulique villageoise dans la province de l'Adamaoua.

L'exercice de revue de programme en cours à l'ACDI permettra de consolider les objectifs de la programmation canadienne ou de les adapter en fonction des besoins et de l'évolution du contexte du pays.

4.4– Le Cameroun¹³

Qualifié d'Afrique en miniature, le Cameroun, pays de 14,7 millions d'habitants, regroupe une diversité de climats, de topologies, d'ethnies, de langues vernaculaires, de ressources naturelles, etc. qui sont en quelques sortes à l'image de plusieurs pays différents du continent. C'est aussi un pays qui a subi des transformations de fonds au cours des dernières décennies. Ayant accédé à l'indépendance en 1960, le pays a connu une période de croissance assez fulgurante. La population faisait partie des mieux éduquées du continent et le taux d'analphabétisme faisait conséquemment parti des plus faibles. La décennie de récessions et d'ajustements économiques récurrents (1985/86 - 1994-95) a révélé les insuffisances des politiques sociales conduites pendant cette période au Cameroun. Avec la dévaluation du F CFA en début des années 1990, accompagnée par une déflation de la fonction

publique et une diminution des salaires qui pouvait représenter jusqu'à une perte de plus de 60 % de leur valeur, le paysage camerounais s'est visiblement transformé. Ainsi, la situation sociale est représentée par une forte expansion de la pauvreté dans l'ensemble du pays et une transformation des rôles sociaux.

Secteur économique : Le Gouvernement du Cameroun a adopté un programme économique et financier à moyen terme (1997-2000) dans le cadre du programme d'ajustement structurel qu'il mène pour promouvoir

une croissance durable et réduire la pauvreté. Ce programme est appuyé par les accords de Facilité d'ajustement structurel renforcé et a été approuvé le 20 août 1997 par le FMI et son financement équivaut à 162,12 millions des droits de tirage. Les réformes entreprises ont été jugées satisfaisantes :

- Performances des finances publiques (recouvrement des recettes non pétrolières notamment par l'introduction d'une nouvelle taxe de vente en janvier 1999) ; L'instauration d'une nouvelle taxe de vente ayant pour but de recouvrer des recettes peut sembler étrange dans un optique de réduction de la pauvreté. Elle vise plutôt la croissance économique où ce sont surtout les grandes sociétés qui sont visées. L'instauration de cette nouvelle taxe pourraient permettre de renflouer une partie des coffres de l'État et pourraient éventuellement venir contribuer à la lutte contre la pauvreté.
- Performances des réformes structurelles (privatisations d'agro-industries et de services publics : eau et électricité, télécommunications, transport, pétrole) ;
- Lutte contre la pauvreté : une déclaration pour la réduction de la pauvreté a été publiée, elle a servi de base aux réformes programmées au cours de la troisième année du programme et il en sera de même pour les programmes à venir (ceci étant conforme au nouveau discours de la Banque mondiale en vue de « réduire la pauvreté »).

Ainsi, le programme économique et financier a été révisé et couvre maintenant la période de 1999 à 2002. Il a été élaboré avec l'assistance du FMI et de la Banque mondiale et les principaux objectifs du programme visent à : 1. Renforcer la stabilité de l'économie et restaurer la crédibilité du pays sur la scène nationale et internationale ; 2. Mettre le pays sur l'orbite du développement durable ; 3. Consolider et approfondir les réformes structurelles pour promouvoir la compétitivité de l'économie ; 4. Promouvoir les réformes pour renforcer la gestion des dépenses publiques afin d'en tirer profit pour toute la population ; 5. Moderniser les services publics.

La politique fiscale visera quant à elle à : 1. Consolider les résultats enregistrés par l'économie ; 2. Réorienter les dépenses publiques beaucoup plus vers les secteurs sociaux (éducation et santé) et les infrastructures ; 3. Réduire le déficit budgétaire à 2,9 % du PIB.

Dans le cadre du programme de l'annulation de la dette pour les Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE), programme auquel le Cameroun vient d'être admis en octobre dernier, le FMI et la Banque mondiale avaient posé un certain nombre de conditionnalités. Ces dernières portaient essentiellement sur la réforme des secteurs sociaux que sont l'éducation et la santé (prestation des services et infrastructures) en plus de la mise en opération du Programme national de gouvernance. Le Cameroun a ainsi produit toute une

¹³ Une fiche signalétique du Cameroun est disponible en annexe I.

panoplie de projets de lois et de programmes pour satisfaire aux conditions. Reste à voir si ces projets seront respectés et mis en œuvre. Précisément pour le dossier VIH/SIDA, accéder au PPTE permet de financer 70% du budget du Plan d'Action (2000-2003) de mise en œuvre de la Stratégie nationale qui correspond à plus de 180 millions de dollars canadiens sur trois ans.

Secteur social : La paupérisation des ménages survenue au cours des dernières années se traduit par une dégradation généralisée des conditions de vie des populations (alimentation, santé, éducation, etc.), la résurgence de maladies infectieuses qui avaient pour ainsi dire disparues du pays, la hausse de fléaux sociaux tels que les enfants de la rue, la prostitution chez les jeunes, le banditisme, l'incivisme, l'éclatement et/ou la transformation des rôles sociaux (beaucoup plus de « parasitismes » des gens qui se font entretenir par leurs proches, les populations observent de plus en plus un modèle individualiste d'organisation sociale ce qui rend plus difficile la mobilisation et la participation des communautés, etc.). On observe aussi un phénomène assez récent qui consiste en une présence accrue des femmes sur le marché du travail qui doivent elles aussi contribuer à subvenir aux besoins de la famille. Le secteur du micro-crédit pour les femmes au Cameroun est prolifique et particulièrement dynamique depuis les dernières années.

En outre, on constate aussi un certain niveau de fatalisme et de déresponsabilisation des populations devant la prise en charge de leur propre situation. La mobilisation sociale est particulièrement difficile dans plusieurs régions du pays et les efforts de sensibilisation doublement difficiles. L'agrégation des intérêts particuliers en vue de l'émergence de l'intérêt général est déficitaire. L'organisation de la société civile est par conséquent particulièrement lacunaire étant très peu structurée. D'autant plus que la culture de la corruption (pot de vin, bakchich, gombo) qui se généralise à tous les niveaux de la société, phénomène connu, avoué et accepté de tous, incite davantage à la magouille qu'à la collaboration entre partenaires.

Secteur politique : Au Cameroun, l'État est omniprésent dans les différentes sphères de la vie publique et privée. On remarque la modernisation récente du système politique qui ne peut s'affranchir totalement de l'esprit unitaire et centralisateur issu du monopartisme alors qu'un État unitaire et autoritaire asservit la population et mine l'épanouissement et le développement de la société civile. On note une émergence timide de certains contre-pouvoirs potentiels (assemblée nationale, acteurs non-étatiques). Le mode de régulation des tensions et contradictions au sein de la société est carencé ce qui amène l'État à solutionner certains problèmes en niant les valeurs et principes démocratiques (corruption). En effet, l'état de la gouvernance au pays est aux prises de sérieux problèmes d'éthique. Le Cameroun se classe d'ailleurs parmi les premiers pays les plus corrompus suivant une analyse de Transparency International et ce depuis trois ans. Quoique cette analyse ne soit pas des plus rigoureuse étant notamment basée sur les perceptions de gens d'affaires circulant au Cameroun (par affaires, confrontés aux douanes, aux services publics, etc.), elle est représentative d'un malaise véridique. Il subsiste un manque de volonté politique

flagrant pour la mise en œuvre effective de réformes efficientes qui dépasse le niveau du discours adressé à la communauté internationale et qui adresse directement les problèmes des populations. Dans un contexte de coopération bilatérale, de gouvernement à gouvernement, il est d'autant plus important de ne pas se limiter au discours mais de vérifier les réelles actions entreprises afin de permettre un environnement favorable à la coopération et à la mise en œuvre d'un programme de développement. Quoique les exigences du FMI et de la Banque mondiale se font strictes en terme de conditionnalités pour l'annulation de la dette, nous verrons un peu plus loin, plus particulièrement pour ce qui est de la lutte contre le VIH/SIDA, que si de nombreux projets de lois et de programmes ont été produits sur papiers, les budgets sont inexistantes ou nettement insuffisants pour une mise en œuvre effective.

4.5- Résumé

C'est dans ce contexte, de développement, de changement social, canadien et camerounais, que l'étude sur le VIH/SIDA s'inscrit. Considérant que la problématique du VIH/SIDA fait partie des préoccupations d'intervention de l'ACDI en matière de santé, que la Direction générale de l'Afrique et du Moyen Orient entend consacrer davantage d'efforts à la lutte contre cette pandémie, que la politique de l'APD vise à consacrer 25 % de son aide aux besoins humains de base (la programmation du Cameroun n'en compte pour le moment que 3 %) et dans le cadre de l'exercice de renouvellement de son cadre stratégique de programmation au Cameroun pour les cinq prochaines années, la Direction régionale de l'Afrique du Centre et des Grands Lacs souhaite avoir une meilleure connaissance de l'état de la situation du VIH/SIDA au Cameroun et des possibilités d'interventions porteuses dans ce secteur.

Cette pandémie a atteint des proportions extrêmement inquiétantes sur le continent africain et le Cameroun n'en fait pas exception. Ainsi, la présente démarche vise à documenter le dossier VIH/SIDA pour l'équipe de programmation de l'ACDI, à en décrire l'étendue, préciser la position du gouvernement, identifier quels sont les principaux intervenants, leurs programmes d'action et, dans la mesure du possible, identifier des pistes d'intervention. Ce bilan de la situation devrait donc permettre d'avoir une meilleure vue d'ensemble des dimensions du VIH/SIDA au Cameroun et d'identifier les secteurs qui semblent les plus adaptés en terme de développement en général et de gestion et contrôle de la maladie en particulier.

Au Cameroun, cette problématique commence tout juste à retenir l'attention des principaux acteurs. Même si on estime que la présence du SIDA remonte à 1985, très peu d'interventions ont été menées, malgré la création d'une Cellule nationale de lutte contre le SIDA en 1986. Les actions de plus grande envergure datent des cinq dernières années et encore aujourd'hui, on ne peut parler d'une réelle volonté politique ni d'une mobilisation effective de la majorité des organisations concernées.

5- Dimensions de la problématique

5.1- Contexte général du VIH/SIDA

Le VIH/SIDA qui existe depuis une vingtaine d'année maintenant a tué davantage de personnes en deux décennies que toute autre maladie infectieuse. À l'échelle mondiale, plus de 50 millions de personnes ont été infectées par le VIH (environ 16 000 personnes contractent le virus chaque jour) et à l'heure actuelle, plus de 34 millions de personnes en sont atteintes. De ce nombre, plus de 95 % se trouvent dans les pays en développement.

L'Afrique subsaharienne à elle seule regrouperait plus de 70 % du total mondial ce qui signifie environ 24,5 millions de personnes. Le continent africain est de plus en tête pour ce qui est des infections chez les enfants. Un récent document de l'ONUSIDA « Le point sur l'épidémie du SIDA, décembre 1999 » estime que près de 90 % du demi million d'enfants nés avec le virus ou infectés par l'allaitement maternel en 1999 vivent en Afrique subsaharienne. Toujours selon l'ONUSIDA, l'impact de cette pandémie est loin d'être négligeable. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance en Afrique australe, qui était passé de 44 ans au début des années 1950 à 59 ans au début des années 1990, va s'abaisser à 45 ans à peine entre 2005 et 2010 en raison du SIDA.

Tableau récapitulatif de l'épidémie d'infection du VIH/SIDA, décembre 1999.^{14, 15}

		<i>Monde</i>	<i>Afrique subsaharienne</i>	<i>Cameroun</i>
Population (en milliers)	Total	5 958 865	596 272	14 704
	Adultes(15-49)	3 083 265	273 488	6 723
Nouveau cas d'infection du VIH en 1999	Total	5,4 millions	N/a	n/a
	Adultes	4,7 millions	N/a	n/a
	Femmes	2,3 millions	N/a	n/a
	Enfants < 15 ans	620 000	N/a	n/a
Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA	Total	34,3 millions	24,5 millions	540 000
	Adultes (15-49)	33,0 millions	23,4 millions	520 000
	Femmes	15,7 millions	12,9 millions	290 000
	Enfants < 15 ans	1,3 millions	1 million	22 000
Décès dus au SIDA en 1999	Total	2,8 millions	2,2 millions	52 000
	Adultes	2,3 millions	n/a	n/a
	Femmes	1,2 millions	n/a	n/a
	Enfants < 15 ans	500 000	n/a	n/a
Nombre total de décès dus au SIDA depuis le début de l'épidémie	Total	18,8 millions	N/a	n/a
	Adultes	15,0 millions	N/a	n/a
	Femmes	7,7 millions	N/a	n/a
	Enfants < 15 ans	3,8 millions	N/a	n/a
Estimation du taux de prévalence du VIH chez les jeunes, fin 1999				
Femmes de 15 à 24 ans		n/a	N/a	de 6,6 à 8,9 %
Hommes de 15 à 24 ans		n/a	N/a	de 2,5 à 5,1 %
Nombre total d'orphelins du SIDA depuis le début de l'épidémie				
(enfants qui, avant l'âge de 15 ans, ont perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du SIDA)		13,2 millions	12,1 millions	270 000

¹⁴ Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, juin 2000. ONUSIDA - Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA.

¹⁵ Le point sur l'épidémie de SIDA, décembre 1999. ONUSIDA - Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA.

5.1.1- Partenariat international contre le SIDA

Depuis 1986, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait la responsabilité des dossiers relatifs au VIH/SIDA au sein des Nations Unies. Vers la moitié des années 1990, il est apparu clairement que l'expansion phénoménale de la maladie et les conséquences désastreuses de l'épidémie nécessiteraient un effort beaucoup plus considérable. En 1996, les Nations Unies ont donc eu recours à une nouvelle approche consistant à regrouper six organisations en un programme co-sponsorisé : le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). L'ONUSIDA se compose de l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, le PNUD, l'UNESCO, la Banque mondiale et le PNUCID qui s'est joint en avril 1999.

La mission principale de l'ONUSIDA est d'agir à titre de « Principal responsable du plaidoyer pour une action mondiale contre le VIH/SIDA, par la conduite, le renforcement et le soutien d'une réponse élargie visant à prévenir la transmission du VIH, à pourvoir aux soins et au soutien des personnes atteintes ; à réduire la vulnérabilité au VIH/SIDA des individus et des communautés et à atténuer l'impact de l'épidémie »¹⁶.

Au Cameroun, c'est donc l'ONUSIDA qui chapeaute la majorité des interventions des Organisations membres des Nations Unies telles que l'UNICEF, l'OMS, la Banque mondiale, le FNUAP, l'UNESCO et le PNUD. Quoique l'ONUSIDA ait un secrétariat permanent à Yaoundé, l'équipe est restreinte et la présidence de ce programme de lutte contre le SIDA s'effectue, en alternance, sur une base annuelle, par les représentants résidents des coparrains présents au Cameroun. L'an dernier, l'UNICEF en assurait la présidence alors que pour l'an 2000 c'est au tour du FNUAP. Les organisations des Nations Unies peuvent toutefois avoir des initiatives "personnelles" de lutte contre le SIDA mais les documents généraux d'information seront les mêmes pour tous.

5.1.2- L'ACDI et le VIH/SIDA

La Canada a contribué à la création de ce programme commun qu'est l'ONUSIDA et appui par conséquent les objectifs suivants :

- S'assurer que d'ici 2005, au moins 90 %, et d'ici 2010, au moins 95 % des jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans aient accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires afin de les habiliter à réduire le risque d'infection au VIH ;

¹⁶ About UNAIDS, UNAIDS Mission Statement, <http://www.unaids.org/about/index.html>.

- S'assurer que la prévalence de l'infection est réduite de 25 % d'ici 2005 chez les jeunes de 15 à 24 ans vivant dans les pays les plus touchés, et que la prévalence d'infection soit réduite de 25 % à l'échelle de la planète d'ici 2010 chez les jeunes de ce groupe d'âge ;
- Dans le cadre du partenariat international contre le SIDA en Afrique, le Canada collaborera avec ses partenaires en vue d'élaborer une politique d'action ciblée sur les pays visant à réduire de manière significative, le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH dans au moins un pays.

En plus de cette vision commune, l'ACDI a pour propres objectifs de :

- Accroître la collaboration entre les directions générales de l'ACDI et entre les secteurs ;
- Accroître la sensibilisation aux interventions de l'ACDI auprès des ONG et des établissements d'enseignement ;
- Favoriser des approches novatrices, rentables et fondées sur le savoir qui permettent une diffusion rapide sur le terrain ;
- Accroître la quantité, la qualité et la rentabilité des interventions en matière de VIH/SIDA.

L'ACDI accorde un budget annuel de 3,4 millions de dollars canadiens en appui à ce partenariat.

Les interventions de l'ACDI pour la lutte contre le VIH/SIDA, dont celles menées au Cameroun, consistent généralement en des activités de prévention de base qui font partie des programmes d'Information - Éducation - Communications (IEC).

Depuis 1987, l'ACDI a déboursé plus de 135 millions de dollars canadiens pour des activités de lutte contre le VIH/SIDA. De ce montant, les fonds accordés au Cameroun proviennent essentiellement de la direction du Partenariat canadien pour appuyer des activités de sensibilisation et du Programme Panafricain pour la production de test de dépistage :

- 1995-99 : CARE Canada - Projet de prévention du VIH/SIDA auprès des camionneurs.
Budget : 47 985 \$ Can
- 1993-96 : CARE Canada - Projet multinational qui porte en partie sur les soins de santé relatifs au VIH/SIDA.
Budget : Non défini pour le Cameroun
- 1989-92 : Participation de Native Health Promotion Society à deux symposiums internationaux sur le SIDA.

Budget : 8 000 \$ Can.

- 1990-93 : Programme de lutte contre le SIDA en Afrique francophone - SIDA 1. Le partenaire institutionnel canadien au Cameroun était Path-Canada pour la production de bâtonnets réactifs pour le dépistage du VIH.

Budget : Non défini pour le Cameroun.

En somme, les interventions destinées au Cameroun ont surtout été de nature ponctuelle et de faible envergure. Elles ne s'inscrivent pas sous une stratégie globale d'intervention.

5.2- Profil de la pandémie du VIH / SIDA au Cameroun

Le Cameroun est considéré comme un pays de prévalence faible à intermédiaire. On estime que la présence du VIH/SIDA au Cameroun remonte à 1985 avec le dénombrement de 25 cas. L'évolution de la maladie a par la suite été qualifiée de relativement lente comparativement à d'autres pays du continent passant de 0,5 % en 1985 à 1,5 % en 1991 et 4,9 % en 1997. Cette croissance est en revanche constante et les estimations de l'ONUSIDA sont actuellement de 7,73 %¹⁷. Malgré ces estimations, les données disponibles nous permettant de décrire et de qualifier l'état de la situation nationale du VIH/SIDA ne sont ni complètes, ni particulièrement récentes. La collecte des données est particulièrement défectueuse ; ce phénomène n'est pas propre au dossier du SIDA exclusivement mais est généralisé au Cameroun.

Un document synthèse de la situation épidémiologique nationale du VIH/SIDA au Cameroun réalisé en collaboration avec le MINSANTÉ et le Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS), précise que la surveillance épidémiologique des infections au VIH et des cas de SIDA s'appuie sur trois systèmes (surveillance sentinelle du virus, système de déclaration des cas cliniques du SIDA, système de surveillance ponctuelle caractérisé par les enquêtes menées dans la population en générale) mais qu'en réalité aucun ne s'est vraiment avéré efficace. Ce problème d'inefficacité a été relevé à la fois par les instigateurs de certains de ces systèmes et par les principaux acteurs et intervenants tels que le CNLS, le MINSANTÉ, la GTZ, l'ONUSIDA, etc.). A l'unanimité, ils reconnaissent les dysfonctionnements des systèmes de suivi. On peut d'ailleurs soi-même le constater en se rendant dans les centres de santé où la collecte effective des informations est soit inexistante, irrégulière ou reste sur les tablettes. Les principales raisons évoquées : la complexité des fiches de surveillance épidémiologiques, les critères d'identification des cas et la fréquence de déclarations non conformes, le manque de financement pour les activités de certains sites sentinelles ainsi que le manque de connaissances sur la surveillance épidémiologique du

VIH/SIDA par le personnel médical et paramédical. Par ailleurs, le document précise que «ce système de surveillance ne permet pas d'apprécier de manière adéquate et exhaustive l'ampleur des autres maladies sexuellement transmissibles et la tuberculose, maladies liées à la pandémie du VIH/SIDA.»¹⁸ Il en résulte que seulement 20 219 cas de SIDA auraient été enregistrés au MINSANTÉ depuis 1985 alors que l'ONUSIDA, estime que 540 000 adultes et enfants ont développé la maladie depuis 1985 et que jusqu'en 1997, 52 000 personnes en sont décédées¹⁹.

À titre d'illustration de problèmes de suivi et de dépistage de la maladie, une récente étude réalisée en collaboration avec le CNLS a fait état que les données épidémiologiques des prisons sur les MST et le VIH/SIDA ne sont pas communiquées au MINSANTÉ. Les infirmeries des prisons dépendent du Ministère de la Sécurité Nationale et les divers systèmes de compilation de données des ministères, s'ils existent, ne permettent pas ou ne favorisent pas l'échange d'informations entre eux. Une conséquence des problèmes encourus dans la gestion et le suivi de la maladie est que le Gouvernement court le risque de sous-estimer considérablement l'évolution de cette pandémie au Cameroun et d'ainsi tarder à tout mettre en œuvre pour limiter l'étendue de l'infection au VIH/SIDA.

La situation est d'autant plus alarmante car les spécialistes s'inquiètent du fait que bien souvent, dès que l'on atteint un taux de 4 à 5 %, la maladie progresse de manière quasi exponentielle pour atteindre des taux excédant les 20 % en cinq ans comme ce fût le cas notamment au Botswana, au Malawi, au Zimbabwe et en Afrique du Sud (voir en annexe II quelques représentations géographiques sur les taux de prévalence en Afrique pour les populations à faible risque - *population en général* - et à haut risque - *prostitués, migrants, camionneurs, etc. suivant les pays*).

Déjà, certains intervenants tels que CARE, UE, GTZ et autres missions d'évaluation affirment que pour des régions spécifiques où les populations à risque sont considérablement élevées (migrants, camionneurs, professionnelles du sexe) les taux de prévalence peuvent atteindre les 15 à 20 %. Dans la province de l'Adamaoua, par exemple, un laboratoire reconnu pour sa rigueur et qui, par professionnalisme et éthique, fait contre-vérifier les tests de dépistage par l'Institut Pasteur de Yaoundé, a relevé les informations suivantes : de juillet 1998 à juin 1999, sur 770 échantillons de

malades suspects 26,8 % étaient séropositifs et sur 915 donneurs de sang, 24,8% étaient séropositifs. La tuberculose y est aussi vue comme un fléau dans la ville de Ngaoundéré (chef lieu de la province) où 10

¹⁷ Il est à noter que les estimations du taux de prévalence sont établies à partir de la population adulte âgée de 15 à 49 ans.

¹⁸ Synthèse de la situation épidémiologique nationale du VIH/SIDA, Ministère de la Santé publique, Comité national de lutte contre le SIDA, Groupe technique central, Volet épidémiologique, Yaoundé, Octobre 1999.

¹⁹ Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases, Cameroon, UNAIDS and WHO, June 1998 et voir le tableau statistique présenté précédemment.

nouveaux cas par semaine seraient enregistrés. En 1998, 15,2 % des tuberculeux enregistrés étaient séropositifs. Le dépistage effectué sur les malades suspects grimperait jusqu'à plus de 40 % dans d'autres points névralgiques de certaines provinces (Littoral et Sud) et même le principal hôpital de la ville portuaire Douala révélait qu'environ 40 % des lits étaient occupés par des personnes séropositives. Ce type de révélations doit être sérieusement pris en compte par l'État afin de délimiter les zones les plus à risque et de prendre les actions nécessaires pour mieux comprendre l'évolution du phénomène et adapter les interventions, qu'il s'agisse de prophylaxie, dépistage, traitement, prise en charge psychologique, etc..

Heureusement, depuis 1999, on sent que le paysage tend à changer. Quoique les résultats ne soient pas toujours probants, une plus grande concertation entre les intervenants semble s'amorcer. Ainsi, l'ONUSIDA, en collaboration avec le CNLS, vient tout juste de réaliser (en 1999) une série d'études par province afin de dresser le bilan de la situation de l'étendue du VIH/SIDA et de documenter l'élaboration d'une Stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA. Tel que mentionné un peu plus tôt, ces données demeurent pour le moment difficilement accessibles et ne sont pas distribuées à l'intention des intervenants n'ayant pas été entérinées par le Gouvernement. Certains responsables les jugeraient trop dérangeantes alors que d'autres remettent en questions leur fiabilité. Malgré tout l'ONUSIDA estime que le travail effectué est d'un assez bon niveau et que certains éléments importants devraient retenir l'attention. On y soulève notamment un réel **problème de sécurité de transfusion sanguine et autres injections** alors que le VIH se transmet pratiquement à coup sûr lors d'une transfusion sanguine avec du sang infecté (probabilité de plus de 90 %). La **prolifération de tests de dépistage** du VIH qui peuvent générer passablement de "faux positifs" et "faux négatifs". Par ailleurs, on estime qu'en ce moment au Cameroun, le prix des tests est de deux fois supérieur aux prix de ceux des autres pays d'Afrique et de quatre fois supérieurs à ceux pratiqués en Asie et en Amérique Latine. On peut donc entrevoir des problèmes de suivi de la maladie et d'accessibilité aux tests de dépistage pour tous. Les études soulèvent de plus une **utilisation inadaptée de la trithérapie** par certains praticiens. La trithérapie exige une rigueur extrême dans la régularité et l'application des traitements. Ne pas s'y soumettre pourrait éventuellement contribuer à développer une résistance au traitement et ainsi favoriser le développement de nouvelles formes de virus d'immunodéficience à moyen ou long terme. Généralement, ce manque de rigueur est directement lié aux coûts excessifs du traitement. Les gens qui n'ont pas suffisamment de ressources se procurent les soins de manière ponctuelle, lorsque leurs économies le leur permettent. C'est ce manque de rigueur qui peut engendrer des risques sévères. À la lumière d'une telle situation, on pourrait même se demander si la trithérapie, dans sa forme actuelle et surtout au coût actuel, est adaptée au pays. Les infrastructures médicales sont déficientes, la prestation des services est déficiente, il y a un manque de volonté politique flagrant pour réformer le secteur et y injecter les fonds nécessaires, le personnel médical n'est pas toujours formé adéquatement, pas plus qu'il n'est recyclé, en plus de l'omniprésence de la corruption qui se traduit trop souvent par des pratiques médicales approximatives, un manque d'éthique et de professionnalisme.

En vue de compléter la collecte de données sur la situation du VIH/SIDA au Cameroun, il est prévu que des études complémentaires soient lancées au cours des prochains mois (notamment en collaboration avec les partenaires de l'ONUSIDA -- Banque mondiale, OMS...) mais le manque d'effectif, l'absence de suivi et de budgets viennent amplifier les difficultés de cueillette d'informations.

Sous un angle un peu plus micro, une autre enquête publiée en septembre 1999²⁰ a tenté d'identifier quelques particularités de quatre villes subsahariennes dont deux considérées à prévalence élevée (Kisumu - Kenya et Ndola - Zambie) et deux à faible prévalence (Yaoundé - Cameroun et Cotonou - Bénin).

Pour les quatre villes, l'étude révèle que le taux de prévalence était nettement plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Pour la ville de Yaoundé le taux des femmes était de 8 % contre 4 % chez les hommes. Les taux enregistrés pour les professionnelles du sexe étaient extrêmement élevés allant de 75 % à Kisumu à 33 % à Yaoundé. Globalement, 40 % des prostituées ont moins de 24 ans.

Pour l'ensemble des sites, entre 97 et 99 % des hommes et des femmes âgées de 20 ans et plus ont déclaré avoir eu des rapports sexuels alors que pour la tranche des 15-19 ans, entre 50 % et 70 % a déjà entamé une vie sexuelle. Des quatre villes, Yaoundé est celle qui enregistre le plus haut taux de changement de partenaires (10 partenaires pour les hommes dans leur vie contre 3 partenaires pour les femmes). Quant aux professionnelles du sexe, 13 % des hommes mariés déclarent avoir eu au moins une relation avec l'une d'entre elles au cours de la précédente année alors que le taux grimpe à 20 % pour les hommes célibataires.

Dans l'ensemble des sites, les hommes, en proportion relativement faible (allant de 21 % à Cotonou à 25 % à Ndola) ont déclaré utiliser souvent ou toujours des préservatifs avec des partenaires non conjugaux. Les femmes vivant dans les villes à prévalence faible ont déclaré utiliser moins fréquemment les préservatifs que les femmes vivant dans les sites à prévalence élevée.

Pour ce qui est des MST, la syphilis, qui occasionne des ulcères génitaux, s'est révélée de loin la plus prévalante notamment à Yaoundé. Ce type de MST est généralement associé à un risque accru d'infection au VIH à la fois chez les hommes et les femmes.

Les résultats de cette étude, même s'ils ne concernent qu'un petit échantillon de la population camerounaise (1 000 personnes), viennent corroborer les remarques d'un bon nombre d'intervenants dans

²⁰ Différences dans la propagation du VIH dans quatre villes d'Afrique subsaharienne, Lusaka, 14 septembre 1999, ONUSIDA (<http://www.unaids.org/publications/>).

L'échantillon de l'enquête se composait de 1 000 hommes et 1 000 femmes de la tranche de 15 à 49 ans en plus de 300 prostituées pour chacune des villes. L'enquête s'est tenue entre juin 1997 et mars 1998.

le milieu à l'effet que les femmes sont généralement plus touchées par le virus que les hommes, la sexualité des Camerounais débute relativement tôt, les Camerounais sont particulièrement actifs et les partenaires sont plutôt nombreux. La notion de fidélité n'est pas vraiment populaire au pays, tant pour les femmes que pour les hommes même si la fréquence des rapports extra conjugaux diffère. Par ailleurs, l'utilisation du condom n'est pas du tout systématique alors que les MST sont prolifiques. Plusieurs de ces éléments sont particulièrement propices à la propagation du VIH/SIDA.

5.3- Méthodes communes de transmission

Si la transmission du VIH/SIDA s'effectue notamment, par voie sanguine, périnatale ou sexuelle, l'Enquête Démographique et de Santé réalisée au Cameroun en 1998²¹ suppose que comme dans la plupart des pays africains (subsahariens), la transmission du VIH/SIDA au Cameroun se fait essentiellement par la voie sexuelle (hétéro) et que la tranche d'âge la plus touchée est celle de 20-39 ans. Généralement, les personnes nouvellement séropositives seront plus près de la vingtaine alors que celles qui développent la maladie auront tout juste passé la trentaine. Rappelons toutefois que les rapports homosexuels sont généralement tabous dans les sociétés africaines alors la collecte d'informations à ce sujet est doublement difficile et que l'Afrique est de plus en plus une plaque tournante importante pour le trafic de drogues dures telles que l'héroïne et la cocaïne. Il est prévisible qu'une évolution de la consommation des drogues par injection soit perceptible dans les années à venir ce qui pourra accroître les risques de transmission du VIH/SIDA. La 13e Conférence internationale sur le SIDA tenue à Durban, en Afrique du Sud en juillet dernier a d'ailleurs évoqué ces faits en citant l'exemple du Nigeria. Les populations à risque (revendeurs de drogues, jeunes de la rue, professionnels du sexe, etc.) sont donc une population à prendre tout particulièrement en compte.

À l'heure actuelle, les populations considérées les plus à risque pour le cas du Cameroun sont, entre autres, les camionneurs, les migrants, les professionnels du sexe, les militaires et le personnel de chantier (telles que les compagnies forestières, les plantations, les vulgarisateurs agricoles). Ces populations, si elles sont présentes sur l'ensemble du territoire camerounais, se concentrent plus particulièrement sur certains axes, carrefours, villes et villages telles que présenté à titre indicatif à l'annexe III.

²¹ Enquête Démographique et de Santé 1998 ; Bureau Central des Recensements et des Études de Population, Ministère des Investissements Publics et de l'Aménagement du Territoire ; Demographic and Health Surveys, Macro International Inc. Maryland USA, Mars 1999.

5.4- Impact potentiel à venir

Les membres du Programme commun des Nations Unies sur le VIH /SIDA présents au Cameroun tels que la Banque Mondiale et l'UNICEF, affirment que l'épidémie est maintenant le principal obstacle au développement en Afrique. Ceci est surtout dû au fait que le sida « affaiblit et tue les adultes durant leurs années les plus productives de leur vie professionnelle ou familiale. Ce faisant, il érode la productivité, anéantit l'épargne, décime la population active, disloque et appauvrit les familles, fait des millions d'orphelins et détruit les structures communautaires. »²² On précise de plus que pour les pays les plus touchés par le virus du VIH/SIDA, aucun secteur n'est épargné, que ce soit l'éducation, la santé, l'agriculture, le secteur privé et la fonction publique.

Quelques données²³ :

Au Malawi et en Zambie, plus de 30 % des enseignants sont infectés par le VIH/SIDA ; le nombre de ceux qui meurent à chaque année est désormais plus élevé que celui de ceux qui obtiennent leur diplôme d'enseignant.

En Côte d'Ivoire, au Kenya, en Zambie et au Zimbabwe, les patients infectés par le VIH occupent de 50 à 80 % des lits d'hôpitaux urbains.

Une entreprise sucrière du Kenya, dont 25 % des employés étaient séropositifs, a vu ses frais d'enterrement augmenter de 500 % en huit ans et ses dépenses directes de santé de 1 000 %, tandis qu'en quatre ans seulement, la productivité avait diminué de moitié alors que l'absentéisme et les heures supplémentaires faisaient un bond.

En Afrique du Sud, 15 % des fonctionnaires ont maintenant le SIDA alors qu'en Ouganda, 40 % des militaires sont infectés.

Au Cameroun, les données socio-économiques permettant de mesurer l'impact de la maladie sur les divers secteurs ne sont pas recueillies systématiquement. On peut toutefois supposer que certaines conséquences de l'épidémie à tous les niveaux de la vie, des ménages aux secteurs publics et privés de l'économie qui ont frappé plusieurs pays menacent aussi le Cameroun si aucune action d'envergure de lutte contre la maladie n'est entreprise. Suivant le rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA de l'ONUSIDA paru en juin 2000, voici ce que nous pouvons envisager comme conséquences sociales et économiques de la maladie surtout considérant le fait que la population active, ayant commencé à fonder leur famille, constitue une proportion importante des victimes les divers secteurs.

Effets sur les ménages : Avoir un de ses membres atteint du SIDA signifie une baisse considérable des revenus du ménage. Moins de revenus signifie inmanquablement moins d'achats et moins d'économies. Les familles rurales voient leur production agricole diminuer (parfois même de moitié) ce qui met en danger

²² L'intensification de la lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun : Il faut agir au plus vite, ONUSIDA, décembre 1999.

²³ Ibid.

leur sécurité alimentaire, les enfants sont souvent retirés de l'école et de plus en plus de personnes âgées doivent se débrouiller seules. Le nombre d'orphelins augmente et les structures de la famille élargie qui permettaient de gérer ce type de situation et de prendre en charge des membres des familles en difficulté se détruisent, se transforment. Il est de plus en plus courant de voir des ménages gérés par des orphelins.

Effets sur l'éducation : L'éducation est une composante essentielle du développement national. Dans les régions où l'infection au VIH est répandue, le nombre d'enseignants diminue considérablement, ce qui augmente la taille des classes et mine par conséquent la qualité de l'éducation. D'autant plus que les enseignants qualifiés sont une denrée rare dans nombre de pays dont le Cameroun. D'autre part, les familles aux prises avec un membre infecté se voient contraintes de réduire les budgets alloués à la scolarisation des enfants. Quelques études laissent à penser que le SIDA dans une famille est une cause directe d'abandon scolaire et on suppose généralement que les enfants quittent l'école à la mort de leurs parents, qu'ils décèdent du SIDA ou d'autres causes.

Effets sur le secteur de la santé : Depuis le début de l'épidémie, 18,8 millions d'enfants et d'adultes sont tombés malades et sont décédés et le double vit actuellement avec le VIH, rejoins en 1999 par quelque 5,4 millions de personnes nouvellement infectées. Par conséquent, l'impact de l'épidémie sur le secteur de la santé au cours de la décennie qui commence sera inévitablement plus important qu'il ne l'a été au cours des deux décennies précédentes. Toujours selon le rapport de l'ONUSIDA, une récente étude estime qu'en 1997, les dépenses de santé publique imputables au SIDA uniquement dépassaient déjà 2 % du PIB dans 7 des 16 pays africains examinés alors que la totalité des dépenses de santé représentent 3 à 5% du PIB.

Parallèlement, les maladies et les décès prématurés associés au VIH parmi les personnels de santé eux-mêmes continueront d'engendrer des coûts d'une autre nature pour le secteur de la santé (absentéisme, baisse de productivité, augmentation de dépenses liées aux traitements, aux allocations de décès, au recrutement du personnel, à la formation de nouveaux agents, etc.).

Impact sur l'agriculture : Dans de nombreux pays en développement tout comme au Cameroun, l'agriculture constitue l'un des plus importants secteurs. Bien que le secteur puisse ne produire que 20 % de la richesse d'un pays (PNB), il représente la vie ou la survie pour 80% au moins de la population. Au niveau de la famille, les conséquences du SIDA sont dévastatrices. À mesure que la maladie d'un membre de la famille s'aggrave, moins de temps est consacré à la récolte, à la vente, et les revenus s'effritent. De plus, la famille est contrainte de se procurer les aliments qu'elle n'a pas pu produire elle-même ce qui vient ajouter un surplus aux dépenses et elle risque de devoir vendre le matériel agricole ou des objets ménagers pour survivre, etc. Le cercle vicieux s'aggrave par le coût excessif des médicaments et la famille se retourne vers les guérisseurs traditionnels, etc.. Dans un tel contexte où une part croissante de la

population adulte est concernée et touchée par le SIDA les effets sur la production agricole peuvent être dramatiques.

Effets sur le monde des affaires : Il est indéniable que le secteur des affaires, tout comme la famille, le secteur agricole, etc. soit concerné par le SIDA. Pourtant, un grand nombre d'entreprises, tout comme les gouvernements, néglige les premiers avertissements et tarde ou refuse tout simplement de s'investir dans la prévention de leurs employés jusqu'au moment où ils réalisent que le taux d'absentéisme croît outrageusement et est inversement proportionnel au taux de productivité, sans compter l'augmentation des coûts de la santé, des obsèques, du temps supplémentaire pour compenser pour le travail non accompli, etc.

On commence à observer un début de changement au Cameroun. Certaines compagnies commencent à s'intéresser au fait de mettre sur pied des programmes de prévention et de sensibilisation sur le VIH/SIDA. On peut supposer que c'est en bonne partie dû à la propagation de la maladie au sein de leur employés. C'est ainsi que PAMOL a mené, en 1999/2000 une campagne de sensibilisation au sein de ces troupes travaillant dans les plantations d'huile de palme car les dirigeants notifiaient une dégradation de l'état de santé des employés (absentéisme pour cause de maladies, départ pour cause de maladies, décès, etc.).

Le complexe industriel HEVEACAM qui compte 6 200 travailleurs sous sa responsabilité en plus de leurs familles (totalise 30 000 personnes) répartis dans une quinzaine de villages a lui aussi entamé quelques actions. Une partie du personnel d'HEVEACAM doit être formé pour le dépistage et l'éducation des travailleurs dans le domaine de la prévention des MST et du VIH/SIDA. La compagnie assure une prise en charge médicale des malades à raison de 75 % (dont les maladies opportunistes du VIH) et même 100 % pour la tuberculose. Seuls les MST, autre que le VIH, sont entièrement à la charge des travailleurs. En revanche, la compagnie a recours à des méthodes draconiennes d'embauche pour éviter la prise en charge de travailleurs qui ne soient pas aptes (le taux actuel de séropositivité est estimé à 4 %).

Le Ministère de la Défense (MINDEF) a quant à lui instauré un programme de dépistage pour les nouvelles recrues. Le taux de prévalence chez les militaires était estimé à 14,8 % en 1996. La même année, les nouvelles recrues de toutes les dix provinces ont été soumises au test de dépistage et ont enregistré un taux de prévalence de 3 % (les nouvelles recrues sont généralement âgées de 20 à 30 ans, les jeunes séropositifs ne sont pas embauchés). Le même exercice est présentement en cours et les données de 6 000 postulants à titre de nouvelles recrues laissent entrevoir une certaine stabilité, le taux évoluant autour de 3 %. Cet exercice est réalisé par un projet de recherche (PRÉSICA), financé, entre autres, par l'Union Européenne en plus d'un appui logistique du MINDEF. Ce dernier favorise de plus la tenue de séances

d'IEC au sein de ses troupes. Nous ne pouvons juger de la qualité de ces séances mais le matériel didactique et de sensibilisation nous a semblé des plus pertinents²⁴.

En terme de coûts socio-économiques de la maladie, le MINDEF, s'appuyant sur des documents de l'OMS, considère que les taux d'infection pour le VIH/SIDA sont deux à cinq fois plus élevés dans les forces armées et la police que dans la population générale et la différence est encore plus forte lors des déploiements des troupes. Au Cameroun, en période de paix (1996), le taux de séroprévalence au sein des forces armées et policières est trois fois supérieur à celui de la population.

Le MINDEF précise que l'épidémie a un coût socio-économique en ce sens qu'elle entraîne une augmentation²⁵ :

- des dépenses de santé ;
- du nombre de familles qui ont besoin d'aide alimentaire, vestimentaire, scolaire...
- d'orphelins du SIDA, des divorces, de veufs et de veuves ;
- de délinquance juvénile, de criminalité, de prostitution, de grossesses précoces, de rejet et stigmatisation ;
- de l'absentéisme, d'une diminution de la productivité, de la rentabilité au travail, il s'ensuit des problèmes de discipline ;
- compte tenu du nombre de soldats atteints, et de l'accroissement de la mortalité, l'endémie met en cause les effectifs de bataillons, l'état de préparation des troupes et par conséquent leur opérationnalité ;
- l'endémie entraîne une diminution des capacités de l'armée à mettre des contingents à la disposition des Nations Unies pour les opérations de maintien de la paix ;
- elle entraîne des problèmes de politique générale relatifs à la sécurité sanguine, aux MST communes, aux premiers secours et aux contacts avec la population locale dans un environnement où il y a de moins en moins de militaires vivant en caserne.

²⁴ De récentes sources informelles, dont les journaux, affirmaient que dans le cas des forces policières, 400 nouvelle recrues sur 900 avaient obtenus des résultats positifs au teste de dépistage. Nous n'avons à ce jour pas réussi à obtenir la confirmations de ces résultats somme toute alarmants («*Police recruitment: 400 disqualified for testing HIV-positive*», *The Herald, Monday 27-28 November, 2000*).

²⁵ Coûts socio-économiques de SIDA dans les forces armées et police, MINDEF, Yaoundé, 1999.

Le MINDEF est toutefois conscient que l'unanimité ne règne pas au sein des forces armées certains remettant en cause des principes adoptés par plusieurs armées (test de dépistage pour les nouvelles recrues ou lors de déploiement à l'étranger, etc.).

S'il demeure complexe de déterminer l'impact social et économique du VIH/SIDA au Cameroun, car il ne semble pas qu'il y ait eu à ce jour une études exhaustive sur le sujet, on constate toutefois que certains secteurs ou entreprises commencent à s'inquiéter du fait que la maladie peut durement toucher leur force de travail.

6- Position du Gouvernement du Cameroun

6.1- Comité National de Lutte contre le SIDA

Le premier Comité de lutte contre le SIDA, relevant directement du Ministère de la Santé, a été créé en 1986 au moment où l'on constate la présence du VIH/SIDA au Cameroun. Dès sa création, les activités du CNLS contribuent essentiellement à la mise en oeuvre de programmes de sensibilisation. À cette époque, l'évolution du taux de prévalence est relativement lente (moins de 1 % de 1985 à 1990). C'est à partir des années 1990 que le taux subit une croissance drastique pour passer de 1 à près de 5 % en cinq ans. L'Enquête démographique et de santé du Cameroun de 1998 note, à cette même période, un relâchement de la campagne de sensibilisation du gouvernement.

De 1987 à 1998, divers plans d'intervention seront élaborés ayant pour objectif général la réduction de la transmission du VIH par voie sanguine, sexuelle et de mère à enfant mais la mise en oeuvre se qualifie de très timide.

Il faudra attendre 1999 pour que le Gouvernement révise ses méthodes de lutte notamment par une réorganisation institutionnelle du nouveau Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS) en y intégrant un Groupe technique central (GTC). Le CNLS, présidé par le Ministre de la Santé publique, est un organe de composition pluridisciplinaire qui a pour rôle la définition de la politique générale de lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun en fixant les grandes orientations, en identifiant les interventions stratégiques et en coordonnant les activités. Le GTC assure le secrétariat permanent du CNLS et la gestion administrative et financière du Programme nationale de lutte contre le SIDA.

Cette restructuration a été suivie de l'élaboration d'un Plan cadre de lutte contre le SIDA pour la période 1999-2000. Suite au dépôt du Plan cadre, le Cameroun s'est engagé dans le processus de formulation d'une Stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA chapeauté par le CNLS. Le principal partenaire dans l'élaboration de cette stratégie est l'ONUSIDA en plus d'un appui de l'Union Européenne, la Coopération Française, et la Coopération Allemande. L'élaboration de cette stratégie devait notamment s'appuyer sur la réalisation d'études de la situation du VIH/SIDA pour chacune des dix provinces, processus appuyé par

l'ONUSIDA et n'ayant pas reçu l'assentiment de tous. Il en résulte qu'une première ébauche d'une Stratégie nationale sera produite et distribuée aux bailleurs avant même que la réponse des analyses de la situation des provinces ne soit complétée et entérinée. Suite à la distribution restreinte de ce premier document de stratégie, des lacunes importantes ont été notifiées par le groupe thématique des Nations Unies et le groupe technique de travail sur le VIH/SIDA (voir la composition et l'objectif de ces structures en annexe IV). La Stratégie nationale a été revue et déposée en septembre 2000.

Les principes directeurs de cette stratégie en terme d'approche multisectorielle, de décentralisation, de la nécessité de l'engagement politique demeurent²⁶ mais le Plan Stratégique est présenté différemment. La Stratégie couvre la période 2000-2005 et comporte pour le moment deux phases, soit, le Plan d'Action 2000-2003 et le Plan d'Urgence 2000-2002.

Le plan stratégique vise à amener²⁷ :

- La génération à venir de nationaux, celle âgée de 5 à 14 ans, à la gestion de leur vie sexuelle dans un contexte marqué par l'épidémie de VIH/SIDA ;
- Les adultes à comprendre qu'ils vivent dans un monde avec le VIH/SIDA et qu'ils doivent adopter des comportements sexuels à moindre risque ;
- La société camerounaise vers des fondements de solidarité afin de soutenir les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Et sa finalité est la promotion de :

- La vie des enfants (prévention de la transmission mère-enfant), des jeunes et adolescents, des femmes et des travailleurs, celle des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) ;
- La sécurité de la transfusion sanguine et des injections ;
- D'une plus grande solidarité envers les malades et les orphelins.

²⁶ **La promotion d'une approche multisectorielle** qui consiste en l'appropriation de la lutte par des secteurs autres que la santé et l'instauration de partenariats appropriés avec d'autres ministères, le secteur privé, la société civile.

La promotion de la décentralisation qui se fera par l'intégration des activités de lutte contre le SIDA dans tous les secteurs impliqués ainsi que par la mise en opération des Équipes provinciales de lutte contre le SIDA (EPLS) et les Équipes de district de lutte contre le VIH/SIDA (EDLS), par l'intégration de la lutte contre le SIDA dans les districts et leurs structures de dialogue (COGEDI, COSADI, COSA).

L'engagement politique qui se fera par l'accroissement du budget alloué à la lutte contre le SIDA ainsi que par l'identification par le Gouvernement de mécanismes de mise à disposition des anti rétro viraux (ARV).

²⁷ Ministère de la Santé publique, Septembre 2000, Plan Stratégique de lutte contre le SIDA au Cameroun. 2000-2005.

Six grands domaines prioritaires de lutte contre le VIH/SIDA ont été retenus :

- 1) La prévention de la transmission du VIH/SIDA et des MST ;
- 2) La prévention de la transmission du VIH par voie sanguine ;
- 3) La prise en charge des cas de VIH/SIDA ;
- 4) La protection et promotion des droits des PVVS ;
- 5) La promotion de la recherche ;
- 6) La coordination du programme.

Le Plan d'Action 2000-2003 comporte toute une série d'activités à réaliser par domaine prioritaire incluant le calendrier, les coûts et la provenance du financement.

La Stratégie nationale prévoit que la lutte contre le VIH/SIDA se fera dans les structures existantes du Ministère de la Santé publique ainsi que par l'entremise d'autres structures partenaires et verra la participation de quatre niveaux²⁸ :

- Le niveau gouvernemental par le Conseil Supérieur de la Santé (MINSANTÉ)
- Le niveau central par le Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS)
- Le niveau provincial par les Équipes provinciales de lutte contre le SIDA (EPLS)
- Le niveau de districts par les Équipes de district de lutte contre le SIDA (EDLS). C'est d'ailleurs à ce niveau que sera mené l'essentiel des activités de lutte.

Finalement, le Plan d'Urgence 2000-2002 comprend des actions importantes que le CNLS mettra en œuvre pour la promotion des comportements sexuels à moindre risque dans l'optique d'entraîner chez les militaires, les policiers, les douaniers, les étudiants, les travailleurs du sexe, les agents de l'administration pénitentiaire, les gendarmes, les travailleurs du secteur public et de manière globale dans la population en générale, un changement de comportement. Il s'agit de l'incitation à utiliser le préservatif (masculin et féminin) et l'incitation au dépistage volontaire. Dans ce contexte, des activités de sensibilisation sont d'abord prévues avec les chefs ou leaders respectifs de chacun de ces groupes cibles suivies d'activités de sensibilisation destinées aux groupes cibles eux-mêmes. De plus, la mise en place/équipement de centres

²⁸ Voir les organigrammes du CNLS fournis en annexe V pour de plus amples détails.

de dépistage et la distribution de préservatifs sont au programme accompagné par des campagnes d'information et de promotion.

Le présent Plan Stratégique a l'avantage d'être beaucoup plus précis que l'ébauche antérieure. Il spécifie chacun des groupes concernés par domaine prioritaire, propose plusieurs stratégies d'intervention accompagnées respectivement d'activités concrètes, d'un calendrier global de réalisation, des coûts anticipés et de la provenance du financement. Les opportunités et obstacles de l'environnement sont pris en compte tout comme les principales forces et faiblesses des divers acteurs actuels ou potentiels.

Pour être effectif, toutefois, ce Plan stratégique doit prévoir toute une série de conditions préalables seront nécessaires, notamment :

- L'affectation d'un personnel à temps plein au GTC/CNLS ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de communications/médias ;
- L'établissement d'un accord cadre avec la direction générale du Cameroon Radio and Télévision (CRTV) pour la mise à disposition de tranches horaires et la diffusion gratuite de spots slogans sur le SIDA ;
- L'établissement d'un accord cadre avec les ONG et associations y compris les associations de PVVS introduisant l'obligation de résultats et l'encadrement du GTC/CNLS ;
- L'élaboration de politiques/stratégies nationales relatives à la transmission mère-enfant, la sécurité transfusionnelle (y compris la sécurité des injections), la prise en charge des PVVS et des ARV.

6.2- Les ministères et leurs programmes de lutte contre le SIDA

La stratégie, telle qu'énoncée, s'appuie sur une approche multisectorielle, cela signifie entre autre que chacun des ministères techniques apparaissant dans l'organigramme du CNLS doit développer des programmes en fonction de leur charge d'intervention respective. Dans les faits, tous ou presque ont développé les dits programmes mais encore aucun budget n'est alloué et le dernier budget national déposé le 30 juin dernier n'apporte pas de précisions complémentaires. Il est en revanche prévu dans le budget du Plan Stratégique que le Gouverne, contribue à raison de 10 % du budget global du Plan d'Action 2000-2003 ce qui signifie plus de 26 millions de dollars canadiens sur trois ans.

Chacun de ces ministères a été rencontré. Nous nous devons d'ajouter qu'au cours de la présente étude nous avons été confrontés à l'absentéisme des fonctionnaires, l'absence des responsables des dossiers,

des spécialistes, aucun membre du personnel ne travaille à temps complet au CNLS et GTC, nous avons souvent trouvé les bureaux entièrement vides (au cours de cette période, le service téléphonique leur a même été retiré). Et qui plus est, les EPLS et EDLS sont beaucoup plus concrètes sur papiers n'étant pas pleinement fonctionnelles dans les faits, les budgets étant quasi inexistantes. D'ailleurs, le CNLS affirmait pour sa part que le budget initial accordé pour la mise en place des équipes provinciales et de district n'était toujours pas approuvé et avait subitement diminué de 25 % sur papier. Alors en supposant que le Gouvernement ait un rôle de leader à jouer dans la lutte contre le VIH/SIDA ou doive à tout le moins faire preuve d'une réelle volonté, beaucoup reste à démontrer. Voici ce que nous avons recueilli :

- **Ministère de la Santé publique (MINSANTÉ)**

Le MINSANTÉ est en charge de l'élaboration et de la mise en œuvre de la Stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA. Pour se faire, il a créé le Comité national de lutte contre le SIDA qui a pour rôle de définir la politique générale de la lutte contre le SIDA au Cameroun et d'en fixer les grandes orientations et les objectifs généraux²⁹.

- **Ministère de l'Éducation nationale (MINEDUC)**

Le MINEDUC n'a pas encore de programme définitif. Pour le moment, il participe à un exercice de sensibilisation des jeunes en collaboration avec le MINSANTÉ, le CNLS et le soutien de l'Union Européenne. Il s'agit de la distribution d'une brochure d'information produite par une ONG Belge (CIFCD) dans l'ensemble des provinces. Par la suite le MINEDUC ira vérifier l'assimilation de l'information par les jeunes en distribuant un questionnaire à des groupes restreints de jeunes.

Le budget estimatif de cette activité totalise 36 000 000 F CFA.

- **Ministère de l'Enseignement supérieur (MINESUP)**

Le MINESUP qui reconnaît avoir un rôle important à jouer dans la lutte contre les MST/VIH/SIDA auprès des étudiants, prévoit un programme de sensibilisation des étudiants, d'amélioration des systèmes de dépistage, de prise en charge médico-psychosociale des cas de MST/VIH/SIDA et d'évaluation de l'ampleur du problème et de l'impact des actions menées dans la lutte contre les MST/VIH/SIDA chez les étudiants. À noter que les universités ont vu la création de clubs MST/SIDA. La Coopération Française appui la formation des pairs éducateurs de ces clubs.

Aucun budget estimatif pour la mise en œuvre d'un tel programme n'a été communiqué

²⁹ Décision N°209/D/MSP/CAB du 2 décembre 1998 Portant Réorganisation de la Lutte Contre le SIDA au Cameroun, Ministère de la Santé publique.

- **Ministère de la Recherche scientifique**

Impossibilité d'obtenir de l'information du ministère. Cependant, le lancement du Programme national de recherche sur le SIDA a été fait par le Ministre de la Recherche scientifique et technique, le Pr. Hogbe Nlend, le 18 avril 2000. Ce programme ainsi créé pour objectif de : « dynamiser, fédérer et harmoniser en vue de mettre en synergie, toutes les initiatives de recherche sur l'infection à VIH menées sur l'ensemble du territoire national³⁰ »

- **Ministère de la Jeunesse et des Sports (MINJES)**

Le MINJES est impliqué dans le 3^e programme d'assistance FNUAP-Cameroun, sur le volet de la santé reproductive. À cet effet, le centre de jeunesse et conseil de Garoua deviendra un centre d'écoute des activités de prévention de lutte contre le SIDA et de counselling en matière de santé de la reproduction. Le personnel du centre sera formé par le MINSANTÉ et le FNUAP. Le MINJES est à développer un programme de sorte que les centres de jeunesse deviennent aussi des centres d'écoute et de conseils avec la collaboration du personnel de santé.

Budget estimatif : 420 120 000 F CFA sur quatre ans.

En avril dernier, le MINJES a planifié la tenue, à Yaoundé, de la deuxième Conférence de la jeunesse africaine sur la santé reproductive et sexuelle (CONFOR Yaoundé 2000). La problématique du SIDA devait y être abordée mais la conférence a été reportée en août 2000.

- **Ministère de l'Agriculture (MINAGRI)**

Au MINAGRI la lutte contre le SIDA se fait essentiellement par l'entremise du Programme national de vulgarisation agricole (PNVA). Le programme a intégré une campagne de sensibilisation qui est réalisée par 2 500 cadres qui ont été formés par des agents du MINSANTÉ dont 1 700 agents travaillent de façon quotidienne avec les paysans. Cette campagne nationale concerne les chefs-lieux de province, les départements, arrondissements et districts. Le matériel didactique a été fourni par l'ONG Femmes - Santé - Développement en Afrique Subsaharienne (FESADE) et le PNVA assiste régulièrement aux rencontres coordonnées par le CNLS.

Il existe deux sources de financement : 1. Financement MINAGRI qui totalise 50 000 000 de F CFA par an et sert à l'acquisition du matériel didactique ; 2. Financement de l'ONUSIDA de l'ordre de 10 000 000 de F CFA dont 4 000 000 ont déjà été attribués aux activités de formation.

³⁰ « Des chercheurs camerounais cogitent sur le SIDA », Cameroun Tribune, 19 avril 2000.

Perspectives : Réalisation d'évaluation des programmes de sensibilisation.

▪ **Ministère de la Défense (MINDEF) et de la Sécurité nationale (DGSN)**

MINDEF :

Depuis 1990, le MINDEF a un programme de prévention sur le SIDA. Ce programme n'a été que temporairement fonctionnel jusqu'en 1999, faute de financement. (Période 1990-1993 reçu financement de l'OMS, période 1993-1996 reçu financement de USAID et période 1999 reçu financement de l'ONUSIDA). Les activités de formation sont généralement faites avec l'appui du MINSANTÉ et les organisations impliquées dans le programme. En 1995, une note ministérielle a été diffusée à l'effet qu'un volet d'information sur les MST/SIDA devait être une priorité lors des stages. Nous n'avons pas d'indications sur les programmes effectifs réalisés depuis.

L'Hôpital militaire de Yaoundé accueille aussi le projet PRESICA, projet d'étude sur la diversité des souches du VIH, financés par l'Union Européenne. Ce projet permet le suivi et la prise en charge médicale et psychosociale d'une cohorte de patients en plus d'offrir des services de dépistage et de suivi médical à l'ensemble de la clientèle (militaire et non militaire). Le MINDEF contribue à ce projet par la disponibilité de locaux et une partie du personnel soignant.

DGSN :

Depuis 1993, trois programmes, essentiellement pour la prévention du SIDA, ont été effectués à la Sécurité nationale. Un dépistage a aussi été réalisé dans le cadre des études portant sur l'état de la situation nationale mais les résultats n'ont pas été diffusés et ne sont pas disponibles. Une formation sur les MST, le SIDA, les techniques de communications et d'éducation aurait également été donnée par des spécialistes du MINSANTÉ dans les dix provinces. Les données relatives à ce programme ne sont pas disponibles mais la DGSN affirme que 80 % des policiers auraient été informés sur la prévention des MST et du SIDA. On note finalement le manque de financement pour la poursuite des activités. À titre indicatif, lors de l'exercice de recrutement de 1999-2000, on estimait à 10 % les postulants séropositifs.

▪ **Ministère des Affaires sociales (MINAS)**

Dans le cadre de la multisectorialité, nouvelle option de lutte contre le SIDA, le MINAS privilégie la lutte contre le SIDA en milieu familiale. Un programme et un plan d'action ont été élaborés et plusieurs micro-projets ont été conçus et attendent d'être budgétisés.

Budget estimatif est de 513 000 000 F CFA.

- **Ministère de la Condition féminine (MINCOF)**

Le programme de lutte contre le SIDA du MINCOF prévoit couvrir toute l'étendue du territoire national et s'adressera aux femmes adultes, aux jeunes filles, aux hommes et aux prostituées, l'objectif étant d'améliorer l'état sanitaire des populations féminines par la prévention des MST/SIDA, la prise en charge des malades, des prostituées et des séropositifs dépistés tout en assurant l'évaluation des activités.

Budget estimatif : 105 337 920 F CFA

- **Ministère de l'Économie et des Finances (MINEFI)**

Les informations relatives au budget VIH/SIDA pour la prochaine année ne sont pas encore disponibles.

Le MINEFI aurait alloué au MINSANTÉ un budget annuel de 250 000 000 F CFA à la lutte contre le SIDA en 1998-1999 et en 1999-2000.

NOTE : Le MINSANTÉ nous a référé directement au CNLS disant que c'était la cellule d'exécution nationale pour le dossier VIH/SIDA. Le CNLS nous a informé que le budget d'État devant lui être alloué en 1999-2000 totalisait 135 000 000 F CFA. De ce montant, 22 500 000 F CFA devaient être alloué à la Journée internationale de lutte contre le SIDA mais n'ont jamais été déboursés et 112 500 000 F CFA devaient être alloué à la mise en place des structures de lutte contre le SIDA (équipes provinciales - EPLS et de district - EDLS) mais le montant a été réduit à 85 000 000 F CFA en cours de route (en mars) et l'argent n'est toujours pas décaissé à la veille du nouveau budget du 30 juin.

- **Ministère des Investissements publics et de l'Aménagement du territoire (MINPAT)**

Étant un ministère de la mise en œuvre de la politique nationale à l'égard de la population, le MINPAT s'occupe principalement de la mobilisation des ressources financières.

- **Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale - Commission Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS)**

Le rôle de la CNPS en lien avec le Plan cadre mis sur pied par le CNLS est de s'assurer que les travailleurs des grandes compagnies telles que la SODÉCOTON, HEVEACAM soient concernés par les programmes de sensibilisation développés sous le volet "santé des travailleurs". Depuis février 2000, les activités sont au ralenti faute de financement.

Budget estimatif : pas encore établi.

▪ **Ministère de la Communication (MINCOM)**

Le MINCOM n'a pas de programme spécifique de lutte contre le VIH/SIDA mais prévoit explorer les possibilités de collaborer avec les différentes cellules de communications des ministères techniques impliqués dans le Programme national de lutte contre le SIDA.

Cette approche multisectorielle suscite des questions en vue d'une mise en œuvre efficace d'une Stratégie nationale de lutte. On se retrouve devant plus d'une dizaine de ministères qui produisent des programmes afin de satisfaire à certaines exigences (on peut notamment supposer que l'approche de la Banque mondiale qui a notamment identifié les secteurs de la santé et de l'éducation pour amorcer un redressement de la gestion publique a pu y jouer un certain rôle) ou d'obtenir une hausse de leur budget respectif à l'approche du dépôt du budget national le 30 juin 2000 car chaque ministère a la responsabilité de financer ses propres programmes même si ceux-ci ont trait à la santé.

Il en résulte que tous ces programmes ne s'appuient pas nécessairement sur la Stratégie nationale (qui n'était d'ailleurs pas disséminée à cette époque) et ne favorisent pas nécessairement une approche concertée. On constate l'absence de politique clairement définie, pas d'appropriation de programmes de sensibilisation ou d'intervention en matière de lutte, pas ou très peu d'engagement des hautes autorités, etc.. Par conséquent, les propositions demeurent grandement générales, les objectifs sont trop souvent ambitieux, ne s'adressent pas toujours à des publics bien définis, les indicateurs de résultats ou d'impact sont souvent absents, sinon peu palpables, mesurables, voire réalisables. De plus, les projets demeurent pour le moment sur papier car il semble que les ministères soient tenus de déposer leur programme auprès du CNLS et du Conseil supérieur de la Santé (MINSANTÉ) avant de démarrer toute activité. Les équipes de programme se sentent en quelques sortes sous tutelle. Il ne faudrait pas s'étonner de constater que le démarrage des activités tarde à venir.

7- Principaux interlocuteurs

7.1- Les principaux interlocuteurs dans la lutte contre le VIH/SIDA et leurs actions

Le secteur d'intervention relatif au VIH/SIDA au Cameroun, qu'il s'agisse de la prévention, de l'éducation, du dépistage, de la prise en charge médicale ou psychosociale n'est pas encore vraiment structuré. Quoique des efforts plus marquants aient été faits au cours de 1999, on en est qu'aux premiers balbutiements de concertation entre les intervenants. Chacun développe son propre programme, en accord avec sa politique respective sans nécessairement prendre en considération l'environnement des interventions du secteur. Toutefois, un meilleur échange d'informations commence à émerger. Comme l'État ne joue pas parfaitement son rôle de leader à ce niveau, on tentera même parfois de s'y suppléer par certaines interventions (définition de politique provinciale indépendamment de l'administration centrale). L'arrivée de l'ONUSIDA, représentée officiellement par un conseiller de programme pays, appuyé officiellement par les coparrains, impliquant directement le Gouvernement par l'entremise du CNLS pourrait contribuer à faire évoluer la dynamique et les efforts de concertation devraient être plus conséquents. Pour le moment, on constate plutôt que les démarches de prévention, de sensibilisation et d'éducation sont isolées et la qualité n'a pas toujours été efficiente. Si on constate que les messages commencent à s'adapter aux besoins spécifiques des publiques cibles, on a parfois contribué, par le passé, à créer un monstre avec le SIDA où tous associaient ce mot à une mort évidente. Les traitements médicaux quant à eux sont quasi inexistantes et beaucoup trop coûteux. On observe plus spécifiquement le traitement des maladies opportunistes (typhoïde, tuberculose, etc.) et la prise en charge ou l'encadrement psychosocial qui n'est accessible qu'en ville (essentiellement Yaoundé et Douala) est particulièrement embryonnaire.

7.1.1- Les bailleurs et organisations internationales

Les principaux intervenants sont essentiellement les coparrains de l'ONUSIDA, les coopérations Allemande, Française et l'Union Européenne.

Coparrains de l'ONUSIDA au Cameroun : OMS, UNICEF, Banque mondiale, FNUAP, PNUD, UNESCO.

- **OMS** : L'OMS appuie la mise en place de la Stratégie nationale de lutte contre le SIDA. Les six domaines concernés : appui à l'amélioration de la gestion / coordination du CNLS, IEC, prise en charge psychosociale, prise en charge clinique, prise en charge des MST, surveillance épidémiologique.

Le plan d'action 2000-2001 de l'OMS comporte de plus un important volet sur la sécurité transfusionnelle mis en œuvre en collaboration avec le CNLS (formation du personnel et adoption d'une politique nationale en transfusion sanguine).

Par ailleurs, l'OMS appuie le PNVA à travers des activités de vulgarisation, d'éducation et de communication relatives au VIH/SIDA.

- **UNICEF** : A assuré la coordination du partenariat de l'ONUSIDA en 1999. En plus d'appuyer la mise en place de la Stratégie nationale, l'UNICEF a mis en place un comité de pilotage de projets de plaidoyer et communications sociales qui se compose de trois sous-comités : SIDA, Éducation, Santé.

Pour le sous-comité SIDA, UNICEF a développé un concept de centres de risques afin d'identifier l'ensemble des comportements qui comportent des facteurs de risques de contamination.

L'UNICEF développe de plus des activités de prévention de la transmission du VIH de mère à enfant par le counselling à une cohorte de femme et par l'appui à un projet pilote du centre Pasteur.

Finalement, l'UNICEF poursuit des activités en IEC.

- **FNUAP** : Assure la présidence du comité des coparrains de l'ONUSIDA en 2000.

Le troisième programme d'assistance du FNUAP sur la santé reproductive des adolescents comporte un volet de lutte contre le SIDA. Le Centre de jeunesse de Garoua deviendra ainsi un centre d'écoute et d'activités de prévention et de soins pour la lutte contre le VIH/SIDA. D'autres centres de jeunesse pourraient bénéficier de la même transformation.

- **Banque mondiale** : Suite à l'accès du Cameroun au programme PPTE, la Banque mondiale est chargée d'acheminer les fonds alloués à la mise en œuvre du Plan d'Action 2000-2003. Il impose

donc que pour y être admissible, il faut que le plan de mise en œuvre soit fin prêt pour la fin décembre 2000.

La Banque appui aussi la mise en place de la Stratégie nationale par la réalisation d'études socio-économiques liées au SIDA (à venir).

- **PNUD** : Appui le programme de l'OMS.
- **UNESCO** : Les activités en appui à la lutte contre le SIDA s'adressent aux jeunes journalistes, au secteur informel et aux enseignants dans certaines écoles.

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme du FNUAP pour les quatre prochaines années, l'UNESCO s'est vu confier l'exécution, en partenariat avec certains ministères camerounais, de trois composantes projets dont « la santé des adolescents en milieu scolaire » en partenariat avec le MINEDUC.

Activités des bailleurs

- **Coopération Française** : Est intervenue au niveau de l'Hôpital Central (Hôpital du Jour) à travers le Fonds d'aide à la coopération (FAC), en collaboration avec le Dispensaire Antivénérien (DAV) : Sécurité transfusionnelle, Pré et post counselling, Prise en charge clinique de patient du SIDA le jour, Centre Pasteur.

La Coopération française appuie également l'hôpital de Garoua pour le suivi des malades.

Le projet 2000 est axé non plus seulement sur le SIDA mais concerne aussi les activités liées au traitement de la tuberculose (budget SIDA / tuberculose 2000 : 650 000 000 F CFA).

- **GTZ** : Fourni un appui technique aux ONG locales et finance des micro-projets de certaines associations de lutte pour des activités en IEC ou pour la production de matériel de sensibilisation. La GTZ intervient au niveau du Ministère de la Santé et des délégations provinciales du Nord-Ouest, du Littoral et du Sud-Ouest dans la planification, la formation en santé reproductive et des jeunes adolescents, la participation communautaire et elle fournit des réactifs de laboratoire à certaines structures.
- **UE** : Proposition d'un programme de formation et de renforcement des capacités techniques des laboratoires pour divers pays africains (de l'Ouest, du Centre et de l'Est) pour plus de 2 400 000 Euro (3 200 000 \$ Can).

Par le passé l'UE a appuyé des initiatives de sensibilisation (causeries éducatives auprès des camionneurs (AIDSPAT - CARE) et d'autres initiatives d'IEC dans la province de l'Ouest en plus de la production de matériel de sensibilisation destiné aux jeunes en milieu scolaire).

- **Projet PRESICA** : Financement de l'UE, de l'Institut de recherche démographique (IRD), l'Institut de médecine et d'épidémiologie africaine et tropicale (IMEA - France) et l'Agence nationale de recherche sur le SIDA (ANRS - France). Suivi d'une cohorte de 350 séropositifs à l'hôpital militaire de Yaoundé afin d'étudier l'évolution clinique et biologique des personnes vivant avec le VIH en fonction des différents sous-types de VIH et améliorer la prise en charge médico-psychosociale des personnes vivant avec le VIH.

7.1.2- Les ONG internationales

- **CARE Canada** : En matière de SIDA, CARE finance surtout des projets de formation des pairs éducateurs et de mise en place de causeries éducatives (activité d'IEC) sur la prévention des MST / VIH / SIDA avec des groupes cibles tels que les filles libres, les camionneurs et les travailleurs forestiers (sous financement de l'ACDI - Direction du Partenariat canadien).

Les causeries éducatives sont habituellement menées par les pairs éducateurs ou superviseurs qui s'appuient sur du matériel éducatif et de sensibilisation. L'approche en est d'abord une d'information sur l'existence des MST, du VIH et du SIDA et d'échange sur des thèmes pertinents au domaine ou sur des préoccupations / interrogations des participants. Les pairs éducateurs sont également disponibles pour d'éventuelles demandes d'information auprès de leurs collègues. Si les activités sont bien encadrées, appuyées par la haute gestion des entreprises ou les leaders des groupes et menées de manière systématique et sérieuse, elles peuvent jouer un rôle important dans la sensibilisation.

- **Plan International** : Pas de programme détaillé sur la lutte contre le SIDA mais financement d'activités d'IEC auprès des jeunes en 1999 dans le cadre du projet pilote sur la santé reproductive.

7.1.3- La société civile

La société civile camerounaise dans son ensemble est peu organisée et structurée, ce qui se reflète au niveau de la lutte contre le VIH/SIDA. Au cours des années 1995 à 1997, on parlait davantage du phénomène VIH/SIDA à la radio, à la télévision (pièce de théâtre, mise en situation, spot radio notamment financé par l'Union européenne) mais ce type d'activité est disparu des ondes. Il y a très

peu d'associations de counselling ou de prise en charge médico/psychosociale sérieuses. Nombre d'entre elles ne travaillent pas toujours dans la transparence et la qualité de leur travail est souvent remise en doute. La lutte contre le VIH/SIDA est perçue comme un nouveau secteur lucratif par beaucoup de personnes et/ou d'organisations et on assiste à une prolifération d'ONG et d'associations fictives qui n'ont aucune expertise dans le domaine. Le phénomène de lutte contre le VIH/SIDA est maintenant dans « l'air du temps » au Cameroun, il fait partie du discours actuel, de plus en plus de bailleurs commencent à s'y attarder en plus de la mobilisation des partenaires de l'ONUSIDA. Pour les petites organisations et associations, le financement est plus facilement accessible que pour d'autres secteurs moins actifs ou attrayants ici (le domaine des droits de la personne par exemple où plusieurs ONG et associations sont victimes de répressions de la part des autorités et beaucoup moins de bailleurs s'y intéressent) ou saturés par le nombre d'intervenants (certains programmes de formation). Donc plusieurs associations ou organisations qui n'ont pas nécessairement l'expertise vont tout de même « se recycler » comme spécialistes dans la lutte contre le VIH/SIDA et aspirer à obtenir plus facilement du financement. En revanche, toujours en considérant que c'est un secteur d'intervention relativement nouveau, qu'il est difficile de vérifier l'expertise réelle des organisations de la société civile et que le secteur est encore un peu jeune pour connaître la renommée des intervenants, les organisations/institutions bailleurs accordent plus aveuglément le financement. Une expression devenue commune chez les intervenants « on meurt du sida mais on peut très bien en vivre » est particulièrement significative. D'un point de vue médical, les intervenants sont rarement outillés tant pour ce qui est de la formation que de l'accès au matériel afin d'appuyer les personnes victimes du VIH/SIDA.

Malgré tout, quoique nous n'ayons pas encore de données précises permettant d'estimer et de qualifier l'efficacité des programmes de ces associations/ONG, certaines ont su démontrer suffisamment de rigueur et de professionnalisme pour recevoir l'assentiment (surtout subjectif) des principaux intervenants tels que la GTZ, l'ONUSIDA et le MINSANTÉ. Voici les principales :

- **AFSU (Association des Frères et Sœurs Unis) :** Il s'agit d'une association de personnes vivant avec le VIH/SIDA. AFSU, organisation à but non lucratif (ONG), a été créée en 1992 issu de la volonté de certaines personnes infectées de se mettre ensemble pour des besoins d'échange d'idée, d'entraide et aussi par souci d'apporter leur contribution à la lutte contre les MST/SIDA au sein de la communauté. Les principales activités d'AFSU : Counselling et prise en charge psychosociale à l'Hôpital Centrale de Yaoundé, visites à domiciles des personnes infectées (à la demande des personnes ou de la famille), la prévention des MST/SIDA par le biais de causeries éducatives et de témoignages de personnes vivant avec le VIH/SIDA, participation à l'exécution de divers projets de prise en charge communautaire de personnes vivant avec le VIH/SIDA ou d'orphelins du SIDA.

AFSU est à développer des antennes dans divers centres hospitaliers ou d'informations des provinces (Garoua, Douala, Bafang, Dschang, Bafoussam, Maroua, Ngaoundéré).

Appui financier : GTZ, CNLS, Hôpital Central de Yaoundé, Réseau africain de personnes vivants avec le VIH/SIDA, PNUD Dakar, Coopération française, DED, USAID.

- **Society for Women Against Aids in Africa (SWAA)** : L'ONG internationale africaine SWAA est présente au Cameroun. Elle se compose de femmes professionnelles de la santé qui, en plus de mener des activités de counselling et de prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA, tiennent des causeries éducatives en milieu scolaire, universitaire, au quartier et offre un suivi médical. La SWAA travaille en collaboration avec l'Hôpital Laquiline de Douala.
- **Programme de marketing social au Cameroun (PMSC)** : ONG camerounaise qui a pour partenaire technique une ONG américaine, Population Services International. Sur le volet SIDA, le PMSC s'occupe essentiellement de la distribution et de la vente des préservatifs dans tout le territoire camerounais. Il participe aussi à des causeries éducatives et à la réalisation de pièces de théâtre sur le sujet en milieu scolaire.
- **Care and Health Program** : ONG dont la mission est de promouvoir et soutenir les projets en faveur de la santé des populations au Cameroun. Il favorise l'approche de l'éducation par les pairs et a beaucoup travaillé avec le Ministère de la défense et la Direction générale de la Sûreté nationale dans les programmes de prévention contre le VIH/SIDA.

Tel que mentionné précédemment, les interventions en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA sont plutôt éclatées et peu structurées. Il n'existe pas encore de structures de coordination efficiente. C'est le rôle du CNLS que de donner une ligne de conduite, de diriger le programme de lutte au plan national jusque dans les communautés. Le CNLS n'est toujours pas outillé (ressources humaines, équipement, budget) pour ce faire. Cet effort ambitieux de coordination fait partie des recommandations du Plan Stratégique et doit nécessairement s'appuyer sur l'engagement des hautes autorités et sur l'instauration et le respect d'une politique à cet effet. Les récentes rencontres entre les partenaires de l'ONUSIDA, les bailleurs et le CNLS ont fait preuve d'une certaine confusion quant à cette coordination. Il y a énormément de travail à abattre en vue de lancer le plan d'Action 2000-2003 avant la fin décembre 2000, tel qu'exigé par la Banque mondiale et les participants en savent plus à quels Saint se vouer. D'un côté, la Banque fait pression pour accélérer le processus (on peut supposer dépend de la qualité...), d'autres partenaires préféreraient le ralentir pour permettre d'approfondir l'approche et de permettre une répartition précise des rôles et responsabilités et ils en viennent à se demander s'ils doivent travailler pour la Banque ou pour la lutte contre le SIDA, le CNLS, qui est submergé et n'a pas les ressources suffisantes, n'est pas

en mesure de contrôler la situation. De leur côté, les hautes autorités se disent insuffisamment consultés et appuyés et ils n'hésitent pas s'ingérer dans le processus. C'est ainsi que le matin même de la Journée mondiale de lutte contre la pauvreté (17-10-00) qui devait aborder le thème de la lutte contre le VIH/SIDA, le Ministre de la Santé publique a ordonné de suspendre toute une série d'activités de la société civile invoquant qu'il n'avait pas été consulté, que la Communauté internationale appuie démesurément la société civile au détriment des institutions publiques et qu'il n'était pas disponible pour participer à toutes ces activités.

8- Aspects culturels et sociaux affectant la propagation de la pandémie

8.1- Le niveau de connaissance de la population

La population camerounaise n'est ni informée ni conscientisée de manière systématique. Seuls des publics cibles participant à des activités de sensibilisation spécifiques sont informés. Si quelques rares groupes semblent posséder un bon niveau de connaissances sur les MST et le VIH/SIDA, il en est tout autre de la population en général qui n'en a, suivant certaines études démographiques, qu'une connaissance superficielle. Même chez certains publics cibles (certains groupes de camionneurs par exemple), qui ont participé à des activités d'IEC ou autres, qui ont entendu parlé du sida et qui connaissent l'existence de moyens préventifs tels que le condom, l'abstinence ou la réduction du nombre de partenaires, persistent à se croire à faible risque. Les habitudes comportementales tardent à évoluer et plus qu'un processus d'information, il faut conscientiser, responsabiliser les gens. Les gens sont au courant mais ne se sentent pas concernés. Ceci accentue grandement les risques de propagation. De plus, le Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun cite comme principal problème de la lutte : « l'ignorance et l'indifférence du grand public au sujet de la maladie, conduisant à une mobilisation générale insuffisante ». Cette ignorance est en partie basée sur un manque de sources fiables d'information des populations, l'absence de programme d'éducation sexuelle dans les écoles et les établissements scolaires, l'absence de la diffusion d'information par l'entremise des médias, la méconnaissance et la place du préservatif au niveau de la prévention des MST/SIDA, une mauvaise conception des notions de fidélité et d'abstinence, une notion équivoque des partenaires douteux (par exemple : une personne d'allure propre, bien vêtue, éloquente, ne peut avoir le SIDA).

Les personnes ayant une certaine maîtrise des concepts relatifs au virus et à la maladie auront nécessairement participé à des causeries éducatives, seront victimes du virus, ou auront des proches qui en sont victimes et ces personnes auront fait l'effort d'aller s'informer. Mais encore ici, quelques discussions semblent révéler que cette connaissance ne se transpose pas nécessairement dans des pratiques,

notamment sexuelles, plus saines et sécuritaires. Il faut toutefois rappeler que les changements de mentalité sont issus d'un long processus d'apprentissage alors si la première phase de d'information/sensibilisation est enclenchée, il reste encore beaucoup à faire pour susciter ce changement de comportement et favoriser la responsabilisation de la population quant à la prise en charge de leur propre santé (surtout d'un point de vue des habitudes de vie). Les causeries éducatives et autres activités d'IEC représentent un outil important de ce processus. Nombre de Camerounais ne connaissent même pas les causes et modes de prévention contre les amibes et le paludisme, maladies plus que fréquentes et dévastatrices, alors on ne peut oser croire qu'ils maîtrisent majoritairement les tenants et aboutissants de cette « nouvelle maladie » qu'est le SIDA.

L'enquête du MINPAT citée précédemment, qui aborde spécifiquement les MST et le VIH/SIDA et qui affirme que les femmes sont plus touchées, révèle que 20 % des femmes interrogées sur le territoire national ne connaissent pas ce qu'est une MST alors que celles qui en connaissent l'existence citent le SIDA comme principale maladie. Les femmes les mieux informées seraient les célibataires qui ont déjà eu des rapports sexuels alors que les moins bien informées seraient les célibataires qui n'ont jamais eu de relations sexuelles suivies des femmes en union (30 % des femmes célibataires sans rapports sexuels interrogées ne connaissent aucune MST contre 25 % des femmes en union).

Le niveau d'instruction et le lieu de résidence semblent avoir un impact sur la connaissance des MST. Plus de 46 % des femmes interrogées sans instruction et près de 45 % des femmes de la région de l'Adamaoua / Nord / Extrême-Nord ne connaît aucune MST. Selon ce même sondage, la connaissance des hommes serait sensiblement supérieure.

8.2- La tradition et le VIH / SIDA

Cet aspect est sans doute le moins couvert par les études réalisées récemment. Les intervenants se limitent souvent à chercher à connaître les taux d'infection par le VIH afin de pouvoir faire face aux conséquences de l'infection. En plus de savoir combien de personnes sont infectées, il faudrait aussi comprendre pourquoi elles le sont, soit de s'attarder aux tendances de l'infection et aux comportements qui exposent certains groupes de personnes au virus. Des barrières persistent entre la communauté médicale, qui assure la sérosurveillance, et les spécialistes en sciences sociales qui étudient les comportements et leurs déterminants. Même lorsque les informations existent sur les tendances des comportements, elles sont rarement utilisées de façon systématique pour éclairer et expliquer les données épidémiologiques.

Au Cameroun, on sait qu'un facteur important de propagation de la maladie est l'ignorance et la sous-scolarisation en plus d'éléments culturels tels que les croyances néfastes sur le préservatif (impuissance sexuelle, modification du désir sexuel, risque de stérilité ou de cancer, etc.), les tabous sur tous les problèmes concernant le sexe, l'automédication surtout en cas de MST car considéré comme maladie honteuse, la promiscuité sexuelle, la dépravation des mœurs, le poids des traditions et cultures notamment la soumission inconditionnelle de la femme à l'homme, les croyances religieuses, la polygamie (tabous en présence de MST ou du VIH alors que de nombreuses personnes peuvent être contaminées au sein d'une même famille), etc..

Certaines approches de sensibilisation vont plutôt tendre à faire abstraction de la culture et de la tradition ayant pour conséquence de lancer des messages inaccessibles / incomplets à leur public. Pourtant, cette tradition est omniprésente, quelle soit religieuse ou culturelle et elle aussi prône pour des comportements qui sont parfois inadaptés. En voici quelques illustrations :

En présence de l'Islam dans certaines provinces du pays, notamment l'Adamaoua, le SIDA est complètement tabou. L'Islam y ajoute même une connotation de fatalisme (il faut bien mourir de quelque chose ou, c'est à la volonté de Dieu) en plus de contribuer à l'analphabétisme chez les femmes.

Certaines valeurs culturelles africaines ont légitimé la polygamie et la multiplication des rapports sexuels avec différentes femmes, comme moyen, pour l'homme, de prouver sa virilité, sa masculinité et même son rang social. La fidélité masculine apparaît comme une déficience.

Le discours de l'Église, au Cameroun comme ailleurs, appui la lutte contre le SIDA par la chasteté, l'abstinence et la fidélité tout en rejetant l'usage du préservatif comme moyen de prévention du SIDA. Un tel message ne saurait échapper à la controverse tout comme la polémique des interruptions de grossesses chez les femmes séropositives. Il n'est ainsi pas étonnant d'assister à des pratiques clandestines qui ont souvent pour conséquence de mettre la vie des gens en danger. Par ailleurs, le phénomène de croissance des sectes religieuses au Cameroun n'aide pas à lancer un message clair.

Il semble donc impératif de s'attarder à comprendre et prendre en compte la culture des populations suivant leur appartenance religieuse, sociale, régionale, professionnelle, etc., lors de l'élaboration de programmes de sensibilisation, d'information, d'éducation ou de prise en charge médicale, psychosociale de patients. À titre d'illustration, certaines discussions tenues lors de causeries éducatives ont permis d'observer que de parler de thèmes génériques, sans nuance, tels que l'abstinence et la fidélité aux hommes polygames semble tout aussi farfelu que d'aborder ces mêmes thèmes auprès des camionneurs qui sillonnent le pays ou des prostituées.

8.3- L'implication de la famille et de la communauté auprès des personnes atteintes du VIH / SIDA

L'implication de la famille ou de la communauté n'est pas plus documentée que le volet de la tradition. Certains intervenants de Yaoundé et Douala tendent à dire que la famille s'implique, ne fuit pas devant la maladie et appui ses proches en autant qu'elle le pourra financièrement. Dès que les traitements deviendront plus réguliers donc coûteux, le rejet deviendra beaucoup plus courant. En revanche, les représentants d'associations de prise en charge ou d'ONG impliquées dans le milieu affirmeront plutôt que cette participation des proches n'est pas généralisée. D'une part les familles n'ont pas les moyens d'appuyer les malades d'un point de vue médical et l'importance du tabou sur les MST et le VIH/SIDA fait en sorte qu'on rejette rapidement les victimes. De plus, certains corps médicaux (médecins de régions, centres de santé de district) n'étant généralement ni formés ni outillés pour assurer le suivi de la maladie, préféreront observer la loi du silence et omettre d'informer leurs patients sur leur séroprévalence. Ainsi beaucoup de séropositifs demeurent dans l'ignorance et poursuivront la propagation de la maladie.

Une expression locale chez les patients est que lorsque que l'on est séropositif ou sidéen, « on finit toujours par retourner mourir au village ». Auprès des siens certes, mais sans soins adaptés. Quelques entretiens avec des personnes séropositives nous permettent de croire que cette deuxième hypothèse, où l'implication des proches est beaucoup plus relative, est chose courante. Tous ceux rencontrés, sans exception, ont éprouvé la crainte effroyable du rejet et se sont isolés (pour des périodes variables) eux même de leurs proches. Toutefois, il serait difficile de développer davantage sur cet aspect sans effectuer une démarche terrain plus approfondie.

.....

9- Services de santé disponibles

9.1- Politique des services de la santé de reproduction au Cameroun

En matière de soins de santé au Cameroun, c'est le volet « Santé de la reproduction » qui regroupe l'essentiel des programmes d'intervention. Une ébauche de document de politique sur la Santé de la reproduction a été produite en février 2000. Au départ, le concept de la santé reproductive est défini comme étant « le bien-être général tant physique que mental, spirituel et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. »³¹, et le document de politique devient rapidement général, s'adresse à la fois aux femmes, aux enfants, aux jeunes / adolescents, aux hommes et même aux personnes âgées tout en couvrant une multitude de volets. La prévention et le traitement des MST/SIDA sont une composante de la santé de la reproduction, mais ne sont que brièvement cités comme l'un des objectifs relatifs aux jeunes et au planning familial en général. Le seul moyen évoqué afin de favoriser cette prévention est la « conception et la diffusion de messages sur la prévention des MST/SIDA et sur le traitement précoce et approprié des maladies sexuellement transmissibles tout en tenant compte des valeurs culturelles. »³² Douze ministères sont directement concernés par cette politique de la santé de la reproduction : MINEDUC, MINJES, MINAS, MINPAT, MINCOM, MINCOF, MINESUP, MINDEF, MINAGRI, MINRES, MINAT ainsi que le MINEFI pour le financement des projets gouvernementaux.

À ce jour, aucun budget ne nous a été communiqué en vue de l'opérationnalisation de cette politique de la santé de la reproduction. De plus, si on fait état de l'implication de divers points de prestations de services dans la mise en œuvre de ces programmes (hôpitaux, centres de santé, postes de santé, cliniques, maternités, etc.), on ne semble pas tenir compte d'une récente évaluation réalisée en 1998. Les

³¹ Politique des services de la Santé de la reproduction (Ébauche), Ministère de la Santé publique, Cameroun, Février 2000.

³² Opcit, Section : Cadre stratégique, Matrice de la mise en œuvre.

principaux constats évoqués lors de cette analyse situationnelle³³ couvrant les dix provinces du Cameroun mettent en lumière des déficiences non négligeables du système qui peuvent même compromettre l'application d'une telle politique. (Cette analyse porte essentiellement sur les points de prestation de services (PPS) offrant des services en Santé maternelle et infantile et en Planification familiale, exerçant dans le secteur public ou privé, localisé en zone urbaine ou rurale). Quoique l'étude présente quelques réserves à l'effet que certaines statistiques ne sont peut-être pas représentatives de l'ensemble de la situation de la santé reproductive au Cameroun, il semble toutefois pertinent de souligner que :

- Au niveau de la capacité fonctionnelle des PPS, la revue des infrastructures, matérielles et équipements disponibles, révèle le manque d'équipements nécessaires à l'offre de prestations de services ;
- La moitié des PPS ne dispose pas de l'eau courante ;
- L'existence et la disponibilité du matériel et de services IEC ne sont pas effectifs dans l'ensemble des PPS échantillonnés. Les supports d'IEC existants servent surtout pour les activités de planification familiale. Les causeries éducatives abordent rarement les thèmes relatifs aux MST/SIDA, à la surveillance nutritionnelle et pondérale, et aux soins postnatals ;
- La disponibilité des méthodes contraceptives dans les PPS n'est ni permanente, ni suffisante [...] de plus les conditions de stockage ne sont pas toujours appropriées... ;
- La plupart des PPS ne disposent pas d'un système d'information pour des fins de gestion. Cette situation pourrait provenir du manque de qualification du personnel et du manque d'organisation pour la bonne conduite du recueil et de la synthèse des données. La supervision est quasi inexistante au niveau des PPS visités ;
-au niveau de l'accessibilité financière, on note de fortes disparités dans les prix des services de soins de maternité infantile, planification familiale, des produits et contraceptifs. Les prix ne sont pas toujours fixés de manière standardisée et les clients n'en sont pas généralement informés.

³³ Analyse situationnelle du système de prestation de services de santé de la reproduction au Cameroun, Ministère de la Santé publique, Décembre 1998.

Plus spécifiquement aux MST/VIH/SIDA, le document d'analyse note que :

- Les services de planification familiale les plus fournis par les prestataires sont notamment le counselling et l'IEC sur les MST autres que le VIH/SIDA mais à peine un prestataire sur cinq déclare fournir des services de diagnostique / prise en charge du VIH/SIDA ;
- Seulement 45 % des prestataires ont reçu une formation clinique en planification familiale, en MST/VIH/SIDA ou en technique de counselling ce qui constitue un réel problème pour l'offre de services ;
- Parmi les prestataires qui ont été formés, seulement la moitié a bénéficié d'un recyclage sur le counselling, IEC, MST/VIH/SIDA et ce recyclage date de trois à cinq ans ;
- Moins de 10 % des clientes savent que des services de counselling MST/VIH/SIDA sont disponibles dans leur PPS ;
- Lors des causeries éducatives auxquelles des membres de l'équipe réalisant l'analyse situationnelle ont participé, seulement 10 % des causeries ont abordé le VIH/SIDA et moins de 10 % ont abordé les MST autres que le SIDA ;
- La majorité des PPS tient un registre de ses activités (nature des consultations, accouchement, vaccination, etc.) mais elle ne note ou détaille que très rarement les consultations relatives aux MST/SIDA.

L'efficacité de la politique, dans sa forme actuelle, ne semble pas prendre en compte les spécificités de l'environnement dans lequel elle doit évoluer ni préciser concrètement les termes de son application pas plus que les responsabilités des principaux intervenants.

9.2- Lieux de traitement existants

Le traitement du VIH/SIDA est particulièrement limité à l'heure actuelle au Cameroun. À Yaoundé, Douala et dans les chefs lieux de province il y a des hôpitaux ou centres de santé en mesure de diagnostiquer la maladie. Mais le traitement par anti rétro viraux (trithérapie) est quasi inexistant (serait disponible seulement dans deux hôpitaux) et demeure inaccessible par son coût. L'approche sera donc de prôner de saines habitudes de vie et de traiter les maladies opportunistes. En milieu rural, les traitements ne sont pas disponibles. Les personnes infectées, si elles le savent, seront généralement laissées à elles-mêmes, rejetées par leur famille et leur communauté. On aura bien souvent recours à l'automédication dû au fait que les MST sont bien souvent des maladies honteuses. Les données ne sont pas disponibles mais les

intervenants de prise en charge psychosociale (ONG et médecins) parlent de nombreux cas de suicides chez les séropositifs et les personnes ayant développé la maladie.

Voici en bref les principaux points de services ayant trait au VIH/SIDA :

Hôpital du Jour (Yaoundé) : Offre un service de dépistage, de prise en charge psychosociale et de suivi de la maladie. Dispose des anti rétro viraux et d'un service de prise en charge psychosociale (AFSU). Considérant que les traitements sont très coûteux, l'Hôpital du Jour traite surtout les mieux nantis de la région.

Hôpital Laquiline (Douala) : Offre un service de dépistage, de prise en charge psychosociale et de suivi de la maladie. Dispose des anti rétro viraux et d'un service de prise en charge psychosociale (SWAA).

Projet PRESICA (Hôpital militaire) : Il s'agit d'un projet qui a pour objectif de suivre l'évolution de la maladie en prenant en charge (toute dépense couverte) une cohorte de 300 patients. Il offre de plus un service de dépistage pour tous ceux qui souhaitent s'adresser au projet.

Le projet n'a toujours pas les moyens de disposer de la trithérapie donc l'approche est de sensibiliser les patients et d'assurer un suivi de l'évolution de la maladie en traitant particulièrement les maladies opportunistes.

Médecins Sans Frontières (MSF) : Vient tout juste de s'installer au Cameroun (Yaoundé et Douala) et souhaite mettre sur pied une initiative visant à permettre le traitement de patients à l'aide des anti rétro viraux. Considérant qu'un tel traitement exige des conditions particulièrement rigoureuses pour être efficace, MSF prévoit se greffer au projet PRESCIA.

Centre Pasteur : Effectue l'analyse de tous les prélèvements MST/VIH/SIDA qui lui sont acheminés en provenance des hôpitaux du pays ou d'autres formations sanitaires. Travaille de très près avec l'Hôpital du Jour.

Certaines formations sanitaires sont en mesure d'effectuer des tests de dépistage rapides mais elles sont généralement peu outillées et peu formées pour assurer le suivi et la gestion de la maladie. Le dépistage n'étant pas fait de manière systématique pas plus que la gestion des dossiers MST/VIH/SIDA, il est complexe d'avoir une vision juste de l'ensemble des services de prise en charge ou de suivi de la maladie au Cameroun.

Quant à la prise en charge psychosociale des gens séropositifs ou qui ont développé la maladie du SIDA quelques rares ONG et associations jugées sérieuses existent. Les professionnels et experts rencontrés questionnent malheureusement bien souvent le professionnalisme et la qualité de ces organisations attirées par ce nouveau secteur lucratif. Les principales organisations sont décrites à la section 7.1.3 sous les principaux interlocuteurs de la société civile.

9.3- Services de gestion et de contrôle de la maladie

Cette responsabilité incombe au CNLS qui vient de subir une restructuration au cours de la dernière année. Considérant que l'équipe n'est pas encore pleinement fonctionnelle (personnel temporaire, pas de service public régulier – téléphoniques, etc.) et que la politique sur la santé de la reproduction n'en tient que très faiblement compte et que la Stratégie nationale ne suscite pas l'assentiment de tous, on peut supposer que cette gestion et ce contrôle de la maladie n'en sont qu'aux tous premiers balbutiements. Toutefois, le paysage est en mouvement actuellement. Si les structures ou réseaux en place ne sont pas des plus efficaces (sites sentinelles non fonctionnels, faible coordination et concertation, faible mobilisation sociale, faible contribution des bailleurs, problème d'accès aux services professionnels et tests de dépistage, etc.) une transition semble s'amorcer avec une présence accrue de la communauté des bailleurs qui était plutôt absente jusqu'à maintenant. Le problème majeur sera sans doute de rendre effective cette Stratégie nationale de lutte jusque dans les provinces et districts où des lacunes importantes sont identifiées quant à la prestation des services et où les comités techniques prévus par le CNLS ne sont présents que sur papiers.

Il est toutefois prévisible qu'un tel exercice devra s'échelonner à long terme, sur plusieurs années.

10- Identification des besoins

10.1- Quelques considérations stratégiques de l'ACDI

En définissant son programme d'intervention au Cameroun, l'ACDI considère un certain nombre de facteurs stratégiques qui concernent à la fois les interventions et orientations précédentes, la politique canadienne en matière d'APD, les compétences et capacités canadiennes reconnues, la concentration de programmation nécessaire à l'obtention d'une masse critique suffisante pour maximiser les résultats ainsi que la coordination avec les ONG et les bailleurs pour maximiser les effets de synergie. De récentes analyses et évaluations ont permis de dégager que :

- La pérennisation des projets passe par l'autoportance des structures, institutions ou entités appuyées et exige un suivi continu pour corriger toute dérive et s'assurer que la structure relais prenne la relève ;
- L'état de la gouvernance au Cameroun doit particulièrement être pris en compte par tous les secteurs d'intervention. L'introduction de prérequis, de conditionnalités, de cibles de performance et d'échéanciers est partie prenante du dialogue entre les bailleurs de fonds et le Cameroun afin de consolider la position des réformateurs et s'assurer d'un minimum de volonté politique de changement ;
- La complexité grandissante des projets d'aide exige que soit placé un accent de plus en plus élevé sur les compétences des agences canadiennes d'exécution. Cet aspect apparaît plus important que l'expérience dans les pays en développement ;
- Les projets doivent permettre de générer un effet d'entraînement ou encore de toucher une masse critique de bénéficiaires pour être en mesure d'optimiser les retombées et l'impact de l'aide apportée ;
- Les agents de développement se doivent de développer une très grande connaissance du secteur d'intervention, cela augmente la qualité des projets et améliore la durabilité de ceux-ci ;
- Le maintien d'un programme de coopération entraîne des retombées indirectes considérables pour le Canada.

Les propositions d'intervention permettant de contribuer de manière efficiente et porteuse à la lutte contre le VIH/SIDA doivent donc prendre ces considérations en compte. En ce qui concerne la présente

démarche, nous savons que le SIDA retient l'attention de la haute gestion de l'ACDI, cette problématique s'inscrit sous les besoins humains fondamentaux, priorité à laquelle l'ACDI souhaite accorder davantage d'importance. Toutefois, l'Agence ne prévoit pas augmenter considérablement le budget d'opération du programme bilatéral à court terme. Cela implique qu'il faudra surtout miser sur les budgets libérés par des projets se terminant pour planifier de nouvelles interventions. Quant aux critères cités ci haut, cela implique :

Autoportance des structures : Toute structure devra être créée à la base avec l'implication et la participation des populations dès le développement des idées de projet. La culture et la tradition des régions concernées sont tout d'abord à prendre en compte, car l'expérience révèle que certaines communautés ne collaborent pas facilement aux équipes de projets et à la mobilisation sociale et il n'est pas de mise de consacrer tous les efforts d'un projet de lutte contre le SIDA au développement participatif. Il est primordial de s'appuyer sur la participation, le dynamisme et la volonté de changement des populations, on ne peut leur imposer le changement social de l'extérieur. Il ne faut pas confondre les projets de développement participatif à ceux de lutte contre le SIDA qui s'appuient sur la participation de la communauté. Ce dernier suppose que cette mobilisation communautaire est déjà acquise. De plus, l'autoportance des structures passe nécessairement par le renforcement des capacités. Plus un projet évolue, plus les interlocuteurs locaux ou les bénéficiaires d'un projet donné prennent leur place et interviennent activement dans la gestion dudit projet. Au terme d'une intervention canadienne par exemple, les communautés n'auront plus besoin de recourir aux experts pour prendre des décisions, pour gérer leur budget et leurs ressources humaines, pour planifier le lendemain. L'une des solutions est notamment d'impliquer les communautés/personnes concernées dès le début d'un processus d'intervention pour qu'eux-mêmes apprennent à définir leurs besoins tout comme à les combler. Dans l'éventualité où l'ACDI décidait de planifier un projet de lutte contre le VIH/SIDA auprès des prostitués par exemple, il faudrait d'abord rencontrer ces filles et ces femmes là où elles vivent et travaillent afin de mieux les connaître, de s'approprier mutuellement, d'établir un climat de confiance et échanger sur leur réalité, leurs inquiétudes, leur niveau de connaissance, leurs besoins, leur volonté et capacité d'implication, etc. Et à chaque étape du processus, il faudrait les consulter et les amener à se concerter pour en arriver à ce que ce soit ces femmes elles-mêmes qui prennent la décision d'améliorer/protéger leur vie et celle de leurs collègues de sorte que l'Agence ou le bailleur ne soit plus indispensable au terme de l'intervention tout en sachant que les acquis vont durer dans le temps et vont même se perpétuer.

Gouvernance : Pour une intervention visant à contribuer à la lutte contre le VIH/SIDA, il est de toute manière incontournable d'impliquer directement le gouvernement au niveau central et régional suivant la nature des interventions. Sans volonté politique, aucune activité ne peut être concluante. Un début de volonté se manifeste, et il faut miser dessus. Il est de plus nécessaire d'impliquer le gouvernement au plus haut niveau. Idéalement, le message doit être initié et répété et répété encore par le Président lui-même

(quoiqu'à leur actuelle, il ne fait son apparition qu'à deux ou trois reprises l'an lors de fêtes officielles seulement - Nouvel an, fête nationale, etc.). On ne peut contourner l'État, on ne peut s'y suppléer, on doit foncer sur les portes entrouvertes et miser sur les forces si faibles soient-elles. Dans la lutte contre le VIH/SIDA, nous le répétons, c'est un incontournable. De plus avec la participation des coparrains de l'ONUSIDA, une volonté de mobilisation est là, il s'agit de mise dessus et de venir la renforcer. Mais concrètement, la situation est très complexe. Ce début de volonté est très embryonnaire et surtout n'est pas partagé par tous. À cette étape et dans le contexte actuel, nous croyons que les pressions politiques sont nécessaires, voire l'établissement de conditionnalités, que l'on s'engage et que l'on est en mesure de respecter. Non pas à l'image des Institutions financières internationales, mais en terme de développement. Ainsi, lorsque les hautes sphères publiques réaliseront que leur autorité n'est pas menacée ni compromise parce que les populations sont plus conscientes, mieux outillées et responsables pour se préoccuper de leur santé, ils ne pourront qu'encourager le changement. En tant que bailleur, il faut être prêt à se retirer si aucune manifestation d'intention n'est faite et, en ce sens, beaucoup reste à faire. Tant pour les autorités devant leur engagement réel que pour les bailleurs devant leur volonté et capacité à respecter l'application des conditions imposées. Les bailleurs hésitent souvent à appliquer les mesures correctives qui s'imposent devant des conditionnalités non respectées. Il n'est pas surprenant de voir les délais de réalisation des conditionnalités se prolonger dans l'intérêt des autorités. Pas plus qu'il n'est surprenant de voir les conditionnalités s'adoucir avant que les bailleurs ne doivent considérer un éventuel retrait qui produirait des conséquences aussi lourdes et coûteuses pour le bailleur lui-même que pour le pays bénéficiaire.

Compétences canadiennes : Les compétences canadiennes existent pour intervenir en appui à la lutte contre le VIH/SIDA, particulièrement dans le secteur de l'information - éducation - communications (IEC) et la formation. Au Cameroun, CARE Canada a même déjà des activités de pairs éducateurs en cours. CARE est bien intégré dans les communautés locales de plusieurs provinces, dans le réseau des ONG et des organismes internationaux en plus de travailler essentiellement avec les ressources locales. D'autres agences potentielles sont aussi reconnues pour leurs actions dans la lutte contre le SIDA en Afrique, particulièrement des centres universitaires au Québec (Sherbrooke, Laval) et dans l'Ouest canadien (notamment au Manitoba). Le Cameroun étant un pays bilingue à prédominance francophone, des interventions dans les deux langues sont possibles.

Effet d'entraînement, masse critique : Pour permettre de générer un effet d'entraînement, il faut concentrer ses efforts dans une région donnée ou pour une population donnée et s'y maintenir. Les interventions doivent souvent se dérouler sur plusieurs années avant de générer des résultats tangibles. Les objectifs ne doivent pas être trop ambitieux d'autant plus que le budget alloué au programme bilatéral du Cameroun n'a pas reçu d'augmentation. Ce sont seulement les budgets libérés par la terminaison de projets en cours

qui permettront le financement de nouvelles activités. Il est donc de mise, en plus de concentrer les activités sur une population ou une région bien définie, de proposer des actions à faibles coûts.

Connaissance de l'agent de développement : C'est un volet de la gestion interne de l'ACDI qui est totalement hors du contrôle des ressources externes. La seule intervention possible est de faire des recommandations cet effet.

Retombées pour le Canada : Le Canada a acquis une certaine reconnaissance à la suite de ses interventions de lutte contre le SIDA réalisées en Afrique de l'Ouest (activités en IEC) et mène un programme d'envergure en Afrique Australe. Le représentant actuel de l'ONUSIDA au Cameroun évoque particulièrement le dynamisme, le sérieux, le professionnalisme et l'éthique de cette contribution canadienne. Il s'agit de partir de cette réputation pour établir une certaine renommée dans le secteur au Cameroun et de s'afficher clairement auprès des autres intervenants. Malgré le financement de certaines petites activités dans le secteur (sous financement du partenariat canadien) il n'est pas identifié comme un partenaire d'importance dans la lutte contre le SIDA au Cameroun actuellement. Les retombées sont aussi visibles lors de l'embauche d'experts ou d'agences d'exécution canadiennes.

10.2- Les principales forces et les faiblesses de l'environnement

Forces identifiées dans la présence démarche :

- Le secteur d'intervention de lutte contre le VIH/SIDA est clairement identifié par les intervenants au Cameroun comme un secteur prioritaire. L'ONUSIDA travaille déjà de concert avec le Gouvernement afin de le sensibiliser davantage à l'importance de ce dossier, les principaux intervenants veulent se mobiliser, le secteur commence à bouger.
- Au sein de la communauté internationale, le leadership de la lutte contre le SIDA est assuré par l'ONUSIDA et ses organisations membres. Au Cameroun, plusieurs représentants des organisations semblent être de très bons éléments, motivés, qui favorisent l'échange d'information et l'esprit de collaboration et qui manifestent leur intérêt pour une plus grande mobilisation. Ce contexte est particulièrement favorable à l'entreprise d'actions porteuses.
- Tout est à faire ou presque pour une lutte effective contre le VIH/SIDA que ce soit sous l'angle médical, psychosocial, infrastructures, sensibilisation, etc., alors, le Canada pourrait très facilement y trouver sa niche.
- Le Canada est bien perçu, mais on lui reproche parfois de ne pas s'affirmer et prendre sa place suffisamment, tant d'un point de vue du discours politique que de l'action. Voici une opportunité de prendre un certain leadership au sein des pays bailleurs et ce, en collaboration avec l'ONUSIDA.

- Un début de collecte d'informations existe. Beaucoup reste à faire pour avoir une compréhension d'ensemble de la situation du SIDA, mais suffisamment de données sont accessibles pour être en mesure de choisir un axe d'intervention porteur.
- Il est reconnu qu'un programme national de lutte contre le SIDA doit avoir cours en s'appuyant sur une stratégie nationale de lutte appuyée par le Gouvernement. Cette stratégie a récemment été déposée et comporte des éléments intéressants d'intervention. Le Canada pourrait se positionner pour la mise en œuvre de cette stratégie, en collaboration avec l'ONUSIDA.
- Le Canada possède une expertise pour contribuer positivement à la lutte contre le SIDA et l'ACDI souhaite consacrer davantage d'efforts à ce volet.

Défis identifiés dans la présente démarche :

- On dénote un manque de volonté politique flagrant au sein de pouvoirs publics, particulièrement pour ce qui est des dossiers sociaux. Les conditionnalités de la Banque mondiale et du FMI ont permis l'élaboration de toute une série de projets de programmes, mais les budgets tardent à venir.
- Il est reconnu que l'implication des pouvoirs publics au plus haut niveau est nécessaire à une mobilisation sociale effective des communautés. Malheureusement, le président de la République du Cameroun est particulièrement absent auprès de ces concitoyens ce qui rend la mobilisation sociale plus difficile.
- Les lacunes des systèmes sociaux tant pour ce qui est des infrastructures, de la formation du personnel, du manque d'éthique, etc., ajoute une difficulté considérable à la lutte contre le SIDA. D'une part, les populations perdent confiance au système donc tardent à consulter et les irrégularités diverses de la prestation des services viennent amputer l'efficacité et l'efficience des interventions de lutte.
- Les systèmes de collecte d'informations sont peu fiables et manquent de rigueur, ils sont pourtant particulièrement importants dans le suivi et la gestion de la maladie aux niveaux provincial et national.
- En plus de services publics déficients, la société civile n'est pas très structurée ce qui complexifie les efforts de mobilisation sociale et de coordination entre les intervenants locaux.
- La dégradation du système d'éducation qui entraîne une chute de la fréquentation scolaire, un faible niveau de connaissance des populations vient complexifier les efforts de sensibilisation.
- Le Cameroun est un microcosme du continent africain qui regroupe plusieurs cultures et traditions. Ceci signifie que plusieurs approches doivent être élaborées pour une lutte adaptée aux spécificités des populations, pour que ces dernières assimilent bien l'information.

- La modification des comportements inadaptés en vue d'une lutte efficace contre le SIDA passe d'abord par l'information, l'éducation et la connaissance. Nous parlons donc d'une intervention à long terme et les résultats ne seront pas tangibles avant quelques années seulement ce qui complexifie les processus de gestion par résultats et d'examen de rendement pour les fonctionnaires canadiens.
- L'ACDI est déjà présente au Cameroun, mais son budget d'opération n'est pas particulièrement important et le Canada ne prévoit pas l'augmenter à court terme. Il faudra donc miser sur la terminaison de projets (notamment des projets du secteur privé) afin de libérer des fonds et de les réorienter vers les besoins humains fondamentaux et plus particulièrement vers la lutte contre le SIDA.

10.3- Quelques pistes de réflexion

Quant aux interventions en soit, il existe toute une panoplie de potentielles actions. Mais l'analyse de programmes et de « meilleures pratiques » a permis de mettre en lumière un certain nombre de particularités fondamentales communes aux actions nationales efficaces. Voici donc quelques pistes de réflexion surtout en terme de prévention :

- Importance d'une volonté politique manifeste, connue de tous les partenaires, et une diffusion assez large du cadre stratégique élaboré, pour une meilleure mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA.
- Importance de travailler en accord avec la Stratégie nationale de lutte contre le SIDA. Elle n'est ni parfaite ni complète mais comporte de bonnes pistes d'intervention.
- Importance de l'implication des administrateurs au niveau des provinces et des districts (gouverneur, préfet, sous-préfet, maire), car ils constituent le lien entre l'action nationale, régionale et locale.
- Importance de l'implication des chefs religieux, des lamidos. Les premières séances d'IEC devraient leur être adressées. Chacun peut apporter sa contribution. Au Sénégal, certains chefs musulmans intègrent la prévention du SIDA à la mosquée le vendredi. Pour les catholiques, il est hors de question de parler de méthodes contraceptives. En revanche, ils sont une reconnaissance acquise pour les soins de santé. Ils pourraient avoir un rôle à jouer dans le dépistage du VIH et le traitement des maladies opportunistes.
- Il est important de continuer à suivre l'infection dans tous les groupes d'âges, mais la courbe de la prévalence dans les pays d'Afrique subsaharienne montre clairement que les infections sont contractées pour la plupart à l'adolescence et au début de l'âge adulte.

- Identifier les ONG les plus sérieuses et les mieux structurées qui interviennent dans la lutte contre le VIH/SIDA et les renforcer, les mettre en réseau.
- Les actions de prévention et de prise en charge du VIH réalisées au cours des 15 dernières années ont permis d'accumuler une grande quantité d'expériences et de compétences. Dans une perspective d'appropriation de l'action nationale, il est utile de s'appuyer sur les meilleures pratiques et de les adapter aux situations locales aussi bien au début d'une action que lorsqu'elle évolue. L'expérience de l'ACDI dans le secteur démontre notamment que les expériences fructueuses impliquent les autorités nationales (il faut se greffer au programme/stratégie national et donner un rôle important aux autorités nationales et locales comme ce fut le cas au Sénégal) ; s'orientent vers un meilleur accès aux préservatifs (la promotion et la distribution de condoms en Ouganda ont permis de contribuer à limiter la propagation des MST et de réduire l'incidence du VIH en Ouganda) ; mobilisent les collectivités en vue d'un renforcement des capacités particulièrement les jeunes, les femmes et les populations à risque (prostituées, migrants, camionneurs, etc.) pour en arriver à une prise en charge de ces collectivités qui se traduit par le counselling entre pairs par exemple. Cette école dite sans murs est une méthode de formation axée sur la transmission des compétences d'une organisation à une autre en vue de renforcer les capacités au moyen du transfert horizontal des connaissances (projet SAT en Afrique Australe). Toutes ces expériences qui s'appuient les unes sur les autres en collaboration avec le programme national et les interventions d'autres organisations de la communauté internationale et locale ont permis d'initier ou de renforcer le changement de comportement pour un meilleur contrôle de la maladie (comportement plus responsable, utilisation accrue du condom, meilleure connaissance des risques de propagation de la maladie, sensibilisation spontanée des pairs, diminution de la propagation des MST et de l'incidence du VIH).
- Faire en sorte que les activités menées par les programmes des ministères dans le cadre de la lutte contre le sida soient plus connues, évaluées et multipliées pour couvrir davantage les populations en zones rurales généralement moins considérées (PNVA par exemple).
- Mise en place d'un système efficient de collecte de données, d'information et de suivi de l'évolution de la maladie. Il n'y a pas de consensus sur le type de données comportementales à recueillir. Les relations entre les comportements et l'infection au VIH sont extrêmement complexes et mal connues. Mais revenir au principe de base : surveiller les tendances des comportements à risque. Quels que soient les facteurs qui déterminent la propagation du VIH, celle-ci ne peut finalement se transmettre que physiquement, le plus souvent lors de rapports sexuels non protégés avec un partenaire infecté. Les principaux facteurs qui obtiennent le consensus : âge lors du premier rapport sexuel et âge au moment du mariage ; nombre de partenaires sexuels ; caractéristiques des partenaires (en terme de risque) ; utilisation du préservatif avec différents types de partenaires.

- Favoriser un meilleur accès aux tests de séropositivité, dans la discrétion et l'anonymat et à des prix accessibles.
- Favoriser des activités porteuses impliquant une prise en charge par la communauté. Cette dernière ne doit pas toujours dépendre du financement et des initiatives extérieures car sa motivation et participation s'effritent rapidement.
- Favoriser la création des activités génératrices de revenus s'adressant à des publics cibles (familles vivant en dessous du seuil de la pauvreté, les femmes, les jeunes de la rue, etc.) afin d'éviter le cercle vicieux de la pauvreté qui conduit parfois vers la prostitution, le banditisme, la toxicomanie, etc.
- En milieu scolaire (écoles, collèges, universités, publics ou privés), favoriser l'introduction de cours sur l'éducation sexuelle et l'hygiène en plus d'encourager la création de clubs de santé. Intégrer un programme de sensibilisation parallèle pour les associations de parents d'élèves. Les parents peuvent avoir une forte influence sur leurs enfants.
- Sensibilisation dans les villages et quartiers : associer les chefs traditionnels, les tradipraticiens, les chefs religieux (animisme, islamisme, christianisme) aux activités. Impliquer davantage les assistantes sociales et leur donner les moyens de travailler comme véritables partenaires du personnel médical dans le domaine de la prévention.
- Impliquer davantage les industries. Il faudrait faire des études fiables dans les entreprises et faire des propositions concrètes aux employeurs pour mieux lutter contre ce fléau. La première action serait sans doute de proposer des formations aux dirigeants/gestionnaires des entreprises. D'ailleurs, des cours de formation sont déjà disponibles pour certains personnels de centre de santé appuyé par le Centre Pasteur et le CNLS. Il serait facile et rapide d'adapter ces cours (séance de deux/trois jours à tous les deux mois par exemple) pour le secteur privé. Une autre action serait la création et la formation de cellules d'information chargées de counselling (tel que les pairs éducateurs) et chapeautées par la haute gestion. Il s'agirait d'identifier les leaders les plus réceptifs et les plus aptes à participer et les conscientiser sur l'importance du rôle qu'ils peuvent jouer au sein de l'entreprise et sur la vie des collègues. Considérant que plusieurs entreprises camerounaises sont de taille considérable (quelques milliers de travailleurs), il serait de plus pertinent de proposer une association entre les entreprises et des centres de santé ou centres de dépistage locaux (ou en prévoir la création) afin de favoriser le dépistage volontaire et un comportement proactif chez les travailleurs.
- Au sein des groupes professionnels, il faut favoriser l'implication des dirigeants pour stimuler et mobiliser un plus grand nombre d'employés. Les pairs éducateurs sont un moyen important, mais il faut aussi anéantir les tabous et les mauvaises habitudes en conscientisant le haut de la hiérarchie.

10.4- Identification des besoins

À lumière des informations recueillies, il appert que six principaux secteurs d'intervention pour une lutte efficace contre le SIDA ressortent :

1. SURVEILLANCE ET DÉPISTAGE :

Besoins :

Outils et mécanismes de surveillance et dépistage, personnel qualifié d'un point de vue technique et psychosocial, sensibilisation en vue de déstigmatiser la maladie pour un plus grand recours au test car la plupart des personnes séropositives ne le savent pas et craignent de le savoir.

Populations cibles :

Personnels de santé, les personnels de santé en régions sont particulièrement importants, les personnels de prise en charge psychosociale.

Calendrier³⁴ :

Court terme, moyen terme et long terme. Des actions ponctuelles de renforcement ou de création de centres peuvent être complétées à court terme. Les actions de formation des personnels pour assurer un suivi rigoureux, conscientiser et déstigmatiser la maladie, peuvent porter fruit à moyen terme. Mais pour ce qui est de rendre efficace un système de dépistage sur tout le territoire national de sorte que les intervenants soient aux faits de l'évolution de la maladie régulièrement et sur la base d'informations jugées fiables, il s'agit d'un exercice ambitieux à échelonner sur quelques années.

Considérations stratégiques :

Le volet plus technique d'outils de surveillance et de formation adéquate du personnel relève surtout des centres de santé donc des services publics en fin de compte. Il s'agit là d'une intervention de fonds qui nécessite des ressources financières et humaines considérables. Le Canada ne dispose pas de telles ressources pour le moment. De plus, des organismes internationaux travaillent déjà avec les services publics sur plusieurs plans (Banque mondiale, Unicef, OMS, etc.) et le Canada éprouverait une certaine difficulté à trouver une bonne écoute et mener des actions porteuses dans un tel contexte. Quant au volet de sensibilisation, il est couvert sous le point 5. Le volet dépistage, s'il est particulièrement important, ne se prête pas vraiment à la coopération canadienne quoique des initiatives ponctuelles pourraient être envisagées au sein des communautés (équipement, renforcement de centres formations de personnels pour des régions données).

³⁴ Cours terme : Résultats perceptible de 1 à 3 ans suite à la mise en oeuvre d'une intervention.
Moyen terme : Résultats perceptibles de 4 à 8 ans suite la mise en oeuvre.
Long terme : Résultats perceptibles de 8 ans et plus suite à la en oeuvre.

Mais ces actions ponctuelles doivent être intégrées dans un programme plus global pour que l'on puisse entrevoir un potentiel de pérennisation et un effet d'entraînement.

2. FORMATION DU CORPS MÉDICAL ET PARA MÉDICAL :

Besoins :

Formation théorique, technique et pratique en plus de recyclage régulier. Professionnalisation des personnels, instauration d'un code d'éthique.

Populations cibles :

Personnels de santé des centres de santé, centres de dépistage, hôpitaux, personnels assurant la prise en charge psychologique. Également formation de formateurs à considérer qui inclut notamment les MINSANTÉ et MINEDUC.

Calendrier :

Moyen terme pour la prestation des services de formation et de moyen à long terme pour mesurer l'impact de ces formations.

Considérations stratégiques :

Ce volet relève surtout des services publics. Le Canada a une bonne expertise en formation dans le domaine de la santé ou autre. Mais dans le présent cas, le secteur de la santé, il est crucial que les autorités du pays soient parties prenantes du processus (MINEDUC, MINSANTÉ) pour une action porteuse. Malheureusement, par le passé, le Canada a contribué à des initiatives de formations privées techniques (dans des secteurs autres que celui de la santé toutefois) au Cameroun, mais ce type de projet s'est avéré très coûteux et peu concluant. Encore une fois, des actions locales ponctuelles pourraient être entreprises, mais non pas dans une perspective de mobilisation d'envergure et de création d'un effet d'entraînement. Ce volet de formation touche deux grands secteurs à réformer, celui de la santé et celui de l'éducation nationale. Il s'agit d'une problématique d'envergure encore une fois particulièrement cruciale pour le développement national en général et plus spécifiquement pour une lutte effective et efficiente contre le SIDA, mais le Canada n'a pas pour mandat de développer les réformes de fonds des ministères et de toute manière, il n'a présentement pas les ressources financières pour le faire dans le cadre de son programme bilatéral.

3. PROBLÈMES DE TRANSFUSION SANGUINE :

Besoins :

Sécurisation des systèmes de transfusion sanguine, développement de banques de sang et sécurisation de la conservation des réserves de sang.

Populations cibles :

Personnels de santé, MINSANTÉ.

Calendrier :

Moyen terme et long terme. Le personnel concerné peut être formé et sensibilisé à moyen terme, mais d'un point de vue technique, c'est tout un système national de sécurité transfusionnelle qui doit être mis en place allant de la politique nationale à la création d'un centre national de transfusion sanguine. Une telle intervention ne peut être envisageable qu'à long terme.

Considérations stratégiques :

L'OMS est déjà responsable de ce volet particulièrement technique. Le Canada n'a pas d'expertise pour travailler dans ce domaine dans les pays en développement et dû au problème de sécurité sanguine survenu il y a quelques années, il serait difficile de faire valoir la renommée et l'expertise canadienne à ce niveau tant auprès des contribuables canadiens qu'auprès des partenaires étrangers.

4. TRAITEMENT (PRISE EN CHARGE) MÉDICAL ET PARA MÉDICAL :

Besoins :

Formation des personnels, recherche, élaboration d'une stratégie pour le suivi et le traitement des PVVS, etc.. Ici, le suivi inclus le volet clinique/médical et la prise en charge psychosociale.

Populations cibles :

Personnels de santé des hôpitaux, des laboratoires, des associations paramédicales.

Calendrier :

Moyen terme. Le volet formation de ces personnels est traité séparément au point 2. Reste l'élaboration d'une politique nationale de prise en charge, instaurer des systèmes d'approvisionnement de médicaments (très défaillant en région), poursuivre les efforts de recherche sur les possibilités de traitement à moindres coûts, explorer les possibilités de mettre en place des systèmes de subventions (pour les ARV particulièrement).

Considérations stratégiques :

Le volet médical est surtout consacré à la recherche, à la collaboration avec les centres pharmaceutiques et les hôpitaux. Le Canada n'intervient pas dans ce secteur au Cameroun. De manière générale et ailleurs dans certains pays du continent africain, il travaille surtout au renforcement des systèmes de santé (prestation des services, formation, fournitures, équipements, évaluation et suivi, etc.) et reconnaît que cela représente une tâche énorme (intervention à long terme, coûteuse...). Quant aux efforts de recherche pour examiner les traitements efficaces en matière de VIH/SIDA, l'ACDI les intègre dans les «nouveaux domaines d'intervention». Si ce domaine présente des possibilités de rendement élevé et que les chercheurs Canadiens ont beaucoup à offrir, il implique aussi un risque élevé, doit être abordé sur le long terme et exige un financement supplémentaire par rapport à la programmation en cours (programme global de SIDA à l'ACDI).

Au Cameroun, les Européens sont beaucoup plus présents dans ce secteur pour ce qui est des principaux hôpitaux urbains en plus de projets de recherche. Quant au volet psychosocial, il est intimement lié au volet médical, car le suivi des patients doit être fait en étroite collaboration. Quelques rares organisations camerounaises sont en mesure d'offrir des services jugés satisfaisants, mais ils sont débordés et à court de moyens. Les besoins du secteur de la santé au Cameroun sont énormes et le Gouvernement tarde à faire preuve de volonté pour apporter un changement en faveur des populations. Un bailleur, quel qu'il soit, ne peut se suppléer à l'État et remettre le secteur sur rail. Par conséquent, l'appui dans le domaine médical est surtout ponctuel, en regard des besoins des organisations, que ce soit pour la gestion ou la prestation de leurs services, pour le recrutement de fonds ou de personnel qualifié, pour un suivi des avancées de la prise en charge psychosociale, les meilleures pratiques etc.. L'ACDI peut certainement apporter sa contribution, mais elle doit considérer qu'il s'agit d'un appui ponctuel qui ne générera pas nécessairement d'effet d'entraînement. En revanche, un tel appui peut être complémentaire et pertinent à un programme global d'IEC pour une région donnée.

5. INFORMATION, ÉDUCATION, COMMUNICATION :

Besoins :

Les populations de tous les niveaux ont besoins d'information, d'éducation, de sensibilisation, s'adopter des habitudes de vie et comportementales plus saines et plus sécuritaires en vue de déstigmatiser la maladie, de mieux se prémunir contre la propagation du virus et d'en circonscrire l'étendue.

Populations cibles :

Populations à risque (migrants, camionneurs, prostituées, etc.), les jeunes, les femmes et en définitive la population en général.

Calendrier :

Moyen terme et long terme. Des actions de sensibilisation de proximité peuvent être entreprises assez rapidement, mais le changement social ne pourra se mesurer que sur une plus longue période.

Considérations stratégiques :

Rares sont les interventions dans ce secteur mises à part les activités de la GTZ. C'est un secteur qui semble peut attrayant car beaucoup moins visible et beaucoup plus lent en terme de résultats. Pourtant, on ne peut espérer observer un changement du comportement général des populations tant et aussi longtemps qu'elles ne seront pas directement impliquées, ne connaîtront pas et ne comprendront pas réellement ce qu'est cette maladie et qu'on ne les incitera pas à modifier certaines habitudes de vie. Si le suivi et le traitement des patients sont primordiaux, **s'attarder à entraîner une modification de comportement des populations pour les rendre plus responsables, soucieux de leurs conditions et habitudes de vie (pratiques sexuelles, transfusions sanguines/injections, allaitement maternel, etc.) afin qu'elles n'aient pas besoin de recourir aux traitements** devrait retenir la majorité des efforts. Beaucoup d'actions peuvent être menées localement, à peu de frais, et nous croyons que c'est ici, c'est sous cet item, que le Canada peut avoir le plus d'impact. D'ailleurs, opter pour ce secteur d'intervention est tout à fait en accord avec la Stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA en terme de priorités, de méthodes et de partenaires.

10.5– Potentiel d'intervention :**Rappel des objectifs de lutte contre le VIH/SIDA :**

L'accent est mis sur les jeunes et la réduction de la prévalence du VIH.

Quelques enseignements tirés de l'expérience de l'ACDI :

Relier les projets aux programmes nationaux, assurer une synergie avec les autres donateurs, importance de mobiliser et renforcer les capacités (des populations à risque en particulier), pertinence et efficacité du counselling entre pairs (pour les populations à risque en particulier).

Rappel des considérations stratégiques :

Pérennité, gouvernance, effet d'entraînement, meilleures pratiques, expertise canadienne, retombées pour le Canada.

Quelques forces du secteur :

Un nouveau dynamisme se fait sentir pour contribuer à la lutte contre le VIH/SIDA, présence accrue de l'ONUSIDA, nouvelle stratégie nationale favorable au positionnement du Canada.

Quelques défis du secteur :

Problèmes de gouvernance *Éléments de solution :* Instaurer des règles de conduites rigoureuses et claires pour toutes les personnes concernées par l'intervention allant du financement du projet aux perdiems des consultants locaux (et fonctionnaires...) aux modes de réalisation du projet (suivi et évaluation), etc. pour éviter toute éventuelle confusion et risque de corruption.

Faible volonté politique *Éléments de solution :* Établir, préalablement à l'élaboration du projet, un climat de confiance avec les autorités locales et centrales. Conscientiser les autorités sur l'importance de leur rôle et de leur implication, faire valoir les impacts positifs éventuels (appréciation des autorités par les populations concernées donc appui politique, renommé des autorités auprès des bailleurs donc attrait d'éventuels collaborateurs/financements, etc.).

Dégradation des secteurs sociaux (notamment santé et éducation)

Éléments de solution : Identifier les localités où des ressources humaines qualifiées et du matériel de base existent pour ne pas avoir à compenser. Un projet doit se positionner en fonction d'un environnement favorable, dans la mesure du possible.

Quasi-absence de collecte d'informations fiables pour le suivi de la maladie

Éléments de solution : instaurer dès le départ un système de collecte local pour un suivi adapté de l'évolution de sa propre intervention dans un milieu donné.

Diversité culturelle implique diversité des approches

Éléments de solution : Se limiter à une région assez homogène plutôt que de tenter de couvrir tout le pays pour éviter à la fois le saupoudrage de l'aide et la multiplication des approches.

Secteur d'intervention où les effets sont surtout tangibles à plus long terme

Éléments de solution : Instaurer un mécanisme de suivi qui permette de mesurer la progression des résultats. Il faudra élaborer des paramètres de mesure qualitative et quantitative.

Faiblesse du budget de la coopération canadienne.

Éléments de solutions : Miser sur des interventions peu coûteuses tout en étant porteuses. Il est toujours possible d'éventuellement développer les

interventions ou d'en élargir le champs d'application à la suite d'une nouvelle attribution de budget (peu prévisible dans le cas du Cameroun).

Présence de l'ACDI au Cameroun :

Prédominance au Centre et dans le Littoral pour les activités en cours, mais vient de démarrer une nouvelle intervention relative aux besoins humains fondamentaux en l'Adamaoua (santé communautaire et eau potable).

Retombées pour le Canada :

Essentiellement la reconnaissance d'une expertise. Les intervenants potentiels déjà actifs dans la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique sont notamment : Centre de coopération internationale en santé et développement, CARE Canada (déjà présent au Cameroun), Universités (Manitoba, McGill, Sherbrooke), Association canadienne de santé publique, OXFAM, SIM Canada.

Potentiel d'intervention :

Considérant les précédents éléments, l'ACDI pourrait considérer une intervention en terme d'IEC pour contribuer à la lutte contre le VIH/SIDA. La notion de budget est ici prédominante et c'est un secteur d'intervention où l'on peut faire beaucoup avec très peu de ressources. De plus, c'est un domaine qui peut s'appuyer sur des actions ponctuelles permettant de pallier en partie à d'autres besoins tels que la surveillance et le dépistage, des programmes de formation pour le personnel de santé d'une région ou localité donnée (sécurité transfusionnelle, prise en charge psychosociale, etc.).

Localisation :

Les activités d'IEC peuvent se situer à plusieurs niveaux différents. Dans une perspective de générer un certain effet d'entraînement et d'être capable de mesurer l'évolution de son intervention, un programme d'IEC doit être bien circonscrit. On ne peut s'adresser à toutes les provinces du pays, à toutes les classes sociales, à toutes les professions, à tous les groupes d'âges, etc., car on ne ferait que s'éparpiller et saupoudrer l'aide. Pour le moment, l'ACDI intervient sensiblement dans toutes les provinces, surtout par l'entremise du projet en appui à la démocratie et au respect des droits de la personne (Pro-démocratie) Mais nous aurions tendance à favoriser la province de l'Adamaoua pour plusieurs raisons. D'une part, c'est une région qui n'est pas très desservie par l'aide internationale et qui est très touchée par les problèmes de propagation du VIH/SIDA. L'ACDI vient d'y démarrer un projet d'hydraulique villageoise qui comporte un volet technique d'instauration de puits et un volet communautaire pour la participation des communautés à la gestion et à l'entretien de leur accès d'eau pour favoriser de meilleures conditions de santé et d'hygiène. C'est une région où la mobilisation des communautés est possible et où des actions sont entreprises pour la développer, la structurer, ce qui permettra à l'ACDI de mieux connaître cette population et d'ainsi avoir l'opportunité de pouvoir planifier des activités qui seront adaptées à leurs besoins et à leurs réalités culturelles.

L'Adamaoua est une province considérée à risque pour la propagation du virus et du SIDA car elle est le point de rencontre de plusieurs groupes, notamment, les camionneurs en provenance de la région du Nord/Extrême-Nord et les migrants Nigériens, Tchadiens et Centre Africains qui viennent transiger sur les marchés de la région. Des études ont déjà relevé des taux élevés de la présence du VIH et de la tuberculose, maladie opportuniste du virus. Des centres de santé sont fonctionnels et sont reconnus pour leur sérieux et leur professionnalisme. Certains d'entre eux travaillent notamment en étroite collaboration avec le Centre Pasteur pour le suivi et la gestion de la maladie. Les activités d'IEC pourraient donc s'appuyer sur une bonne base sérieuse et professionnelle des services de santé. Une considération importante est que, dans les activités d'IEC, il ne faut pas créer des besoins sans pouvoir y donner suite. Si on contribue à déstigmatiser la maladie et à renforcer de saines habitudes de vie chez les gens en termes de prévention, d'hygiène, de dépistage mais qu'aucun service n'est efficace à proximité, l'aide apportée par un programme de coopération ne pourrait être pertinente³⁵.

Approche bilatérale :

Comme un projet bilatéral a été initié dans le secteur des besoins humains fondamentaux, le dialogue politique avec les autorités centrales et provinciales est déjà enclenché et reçoit un bon niveau de satisfaction. C'est-à-dire que la partie camerounaise est ouverte, participe relativement bien aux discussions et encourage les initiatives de coopération dans cette région. Dans un contexte camerounais où les problèmes de volonté politique et de gouvernance sont particulièrement déterminants dans les projets, il faut accorder une attention considérable au dialogue politique et à l'ouverture de la contrepartie. Les EDLS et les EPLS représentent eux aussi des partenaires d'importance (si les équipes sont fonctionnelles bien entendu).

Populations cibles :

Deux options semblent appropriées. D'une part, l'Adamaoua, plus particulièrement Ngaoundéré et ses environs accueillent des populations de passage jugées à risque tels que les camionneurs, les migrants et une population qui y est intimement liée, les professionnelles du sexe. D'autre part, il est démontré que les taux d'infection sont plus importants chez les adolescents et les jeunes adultes. Lorsqu'on sait que le changement des mentalités et des comportements est un long processus d'information et d'appropriation de cette information, il faut concentrer une partie des efforts chez les jeunes (13-14 ans et plus avant ou au moment où ils commencent à être actifs sexuellement). En deuxième lieu, le projet doit considérer les personnels de santé et associations parallèles pour développer une cohésion communautaire.

³⁵ Une fiche signalétique de la province est fournie en annexe VI.

Recommandation :

En résumé, nous recommandons une intervention dans la province de l'Adamaoua, plus particulièrement à Ngaoundéré et les environs, auprès de deux groupes spécifiques, les prostituées et leurs clientèles (surtout les camionneurs et les migrants) ainsi que les jeunes adolescents. En terme d'environnement favorable au développement, une attention particulière doit être accordée à la disponibilité préalable de ressources humaines et matérielles. Il est préférable d'envisager le renforcement des acquis que de partir de zéro.

Moyens :

L'implication de la communauté est un élément clé pour maximiser les effets de la lutte contre le SIDA. Notamment les associations de personnes qui vivent avec le VIH, les pairs éducateurs, les chefs religieux et les administrateurs régionaux. Les efforts de programmes d'IEC doivent miser sur l'implication de ces divers intervenants pour joindre les populations visées. Une telle approche permet le développement des capacités locales, l'appropriation des structures et des actions. Par ailleurs, les populations sont beaucoup plus réceptives à l'écoute de leurs pairs ou lorsqu'elles peuvent observer l'implication de leurs chefs et dirigeants. Il faut aussi créer des liens entre les divers services accessibles aux populations d'une région donnée pour que chacune des personnes des groupes concernés par le programme sache à qui s'adresser en tout temps pour les questions légales, les soins médicaux, psychosociaux, etc.

Calendrier :

Une approche d'IEC doit miser sur le long terme. Des actions de sensibilisation/conscientisation de proximité peuvent être entreprises assez rapidement mais le changement social ne pourra se mesurer qu'à plus long terme, surtout si on vise la réduction du taux de prévalence. En revanche, il est possible de mesurer l'impact de telles interventions en vérifiant le niveau de connaissance général de la population ciblée, de l'évolution du taux de fréquentation des divers services sociaux en rapport avec la maladie, en analysant l'évolution de la nature des demandes relative à la maladie, en répertoriant les événements communautaires de sensibilisation ou autre en rapport avec la maladie et par l'évolution du taux de prévalence de la maladie. La mise en œuvre d'un programme s'échelonne sur plusieurs phases. Prenant pour acquis que l'ACDI souhaite aller de l'avant suivant notre recommandation, voici sommairement ce à quoi pourrait ressembler l'élaboration et la mise en œuvre d'un tel projet en Adamaoua établi sur cinq ans. Les dispositions administratives ne sont pas prises en compte ici pour l'identification et l'embauche d'un expert qui demeure hors de notre contrôle.

- 1^{ère} phase (six mois) :

Renforcer le dialogue politique

Établir un climat de confiance avec les autorités locales et centrales (administratives, traditionnelles, religieuses...)

Prendre contact avec les populations cibles et établir un climat de confiance

Discuter de leur réalité et de leurs besoins en matière de lutte contre le VIH/SIDA

Discuter sur les défis et opportunités qui y sont reliés

Prendre contact avec les personnels de santé et associations d'appui communautaire

Discuté sur la réalité des populations de la région et sur les vecteurs de développement.

Explorer les potentiels leaders au sein des communautés, vecteurs de changement

- 2^e phase (trois mois) :

Élaboration du cadre d'intervention (procédures et contenu des programmes d'IEC) en consultation avec les acteurs et bénéficiaires concernés

- 3^e phase (trois ans) :

Lancement du programme (formation de pairs éducateurs, causeries éducatives, sensibilisation de proximité, renforcement d'associations, etc.)

Activités parallèles de formation de personnels sanitaires, équipements, autres appuis ponctuels de renforcement des capacités.

- 4^e phase (neuf mois) :

Bilan des acquis et mise au point pour compléter le transfert des connaissances et des capacités

- 5^e phase (six mois) :

Désengagement, appui purement ponctuel

Le suivi est continu. Quant au renforcement des capacités, plus le projet avance dans le temps, plus l'apport l'expert canadien passe de directif à celui de conseiller et de personnes ressource.

Ressources :

Quant aux ressources exigées pour une telle initiative, il est difficile de le déterminer au préalable car on procède généralement par un appel d'offre où des agences d'exécution intéressées soumettent des propositions d'intervention budgétées. En revanche, on peut supposer qu'un projet de cette nature ne nécessite pas un très gros financement car l'objectif consiste surtout à travailler avec les populations locales. Un expert canadien en poste est suffisant ce qui signifie environ une mobilisation de 150 000 à 200 000 \$ canadiens par année incluant le salaire, les indemnités, la démobilisation, le logement, transport, etc., quant au projet en soit, il pourrait s'agir d'un fonds décentralisé établi sur cinq ans en vue de mettre en œuvre le programme d'IEC et d'appuyer des initiatives locales de la communauté. Un tel fonds ne devrait pas dépasser 500 000 \$ canadiens sur cinq ans car les capacités d'absorption des associations et organisations sont faibles. Les initiatives doivent

demeurer de petite envergure car les capacités de gestion sont de bas niveau et considérant que la corruption est un phénomène très présent, il est plus approprié de faire le suivi de petites interventions. On parle donc d'un projet allant de 1, 6 à 2 millions sur cinq ans, incluant le suivi et la gestion du projet.

Évaluation :

L'évaluation se fait suivant les directives et exigences bilatérales de l'ACDI portant un accent particulier sur le renforcement des capacités en vue de l'autoportance des structures de sensibilisation et d'appui ainsi que sur les éléments déterminants du changement social observable pour une lutte efficace contre le VIH/SIDA.

Conclusion

Cet exercice a permis un certain nombre de choses, notamment, de démontrer que grâce à une utilisation adaptée des méthodes d'analyse et de conception de stratégies apprises au cours de la formation du MBA, il nous a été possible de bien circonscrire la problématique de la propagation du VIH/SIDA au Cameroun et d'en dégager les potentiels d'intervention qui s'avèrent les plus pertinents. Cet exercice nous permet de constater que le secteur d'intervention relatif au VIH/SIDA est relativement récent, peu connu ni exploité. La présence de cette maladie au Cameroun remonte à 1985 mais de rares interventions ont été menées à ce jour. Un début de mobilisation de la part des principaux intervenants dans le secteur s'observe depuis les deux dernières années, suivi de certaines actions politiques tel que l'exercice qui sous-tend l'élaboration d'une Stratégie nationale de lutte contre le SIDA. On ne peut pour le moment s'assurer de la volonté politique en vue d'une réalisation effective de cette stratégie car les budgets tardent à venir. Toutefois, la communauté internationale semble se concerter plus sérieusement avec l'avènement du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Si cette mobilisation se traduit notamment par un dialogue politique engagé, l'environnement pourrait évoluer de manière à permettre le développement, une plus grande cohérence et pertinence des interventions en appui au bien être des populations et au contrôle de la maladie.

La prise de conscience de l'existence du VIH/SIDA et d'un mode vie sain et adapté des populations en vue d'éviter ou de limiter la propagation du fléau passe par un long processus de changement des mentalités qui se traduit par un changement de comportement. Nous croyons qu'une approche de marketing social, adapté au langage de l'ACDI bien entendu, fait partie des outils les plus pertinents pour susciter un tel changement comportemental, particulièrement en ce qui a trait à la lutte contre le VIH/SIDA. Malgré tout, l'impact des interventions, si efficaces soient-elles, ne sera perceptible qu'à plus long terme. Outre les possibilités d'accès et la qualité des prestations de services médicaux et de prise en charge de la maladie, les éléments clés de ce processus de changement de certaines habitudes de vie demeurent les activités relatives à l'information, la sensibilisation, la mobilisation sociale, la responsabilisation. La mise en opération de telles activités peut être rendue possible grâce à une approche sociale du marketing. Les populations doivent être plus aptes à comprendre les différentes composantes de leur environnement et reconnaître leur responsabilité en terme de santé. D'un point de vue de sensibilisation, il faut dépasser

l'aspect théorique des MST, du VIH, du SIDA, qui demeure essentiel soit dit en passant, pour atteindre le niveau relationnel et comportemental des gens. En revanche, si certains groupes possèdent un bon niveau de connaissance théorique mais ne modifient pas leurs habitudes de vie, c'est qu'une partie du message qu'ils reçoivent est inadaptée ou incomplète. Tout programme ou projet s'adressant à des populations spécifiques doit être en mesure de les rejoindre en raison de leur culture, leur tradition, leur niveau de connaissance, leur niveau social et leur implication. Beaucoup reste à faire afin de dédramatiser, démystifier, favoriser une meilleure compréhension et susciter le changement des comportements.

Un autre élément clé est de converger les efforts vers un même objectif, notamment vers le Plan Stratégique national de lutte contre le SIDA. Ce Plan, récemment bonifié, comporte plusieurs éléments de vérité et il faut favoriser une mobilisation générale vers un programme commun, connu de tous, appuyé par tous. Cette stratégie maintenant rendue officielle doit représenter le point focal de toute initiative. Sans doute les fonds publics tarderont à venir en ce qui a trait à la mise en œuvre des programmes des divers ministères mais les actions de la communauté internationale devraient s'y référer tel qu'il a été recommandé par le Programme commun des Nations Unies appuyé par l'ACDI. Nous nous référons régulièrement à ce partenariat des Nations Unies non pas parce qu'il possède tous les éléments de réponse et les solutions au problème, mais parce qu'au sein de la communauté internationale, il a été reconnu (et entériné par le Canada) que ce serait le partenariat de l'ONUSIDA qui agirait à titre de leader dans la lutte contre le SIDA. Nous ne faisons que respecter la position prise par le Canada en ce sens.

Quant aux interventions dans le secteur, il faut agir dans un cadre bien délimité et détaillé. Notre recommandation concerne la région de l'Adamaoua et les populations dites à risque ainsi que les jeunes. Les interventions doivent nécessairement impliquer directement les populations dès l'étape d'élaboration et demeurer de petite envergure pour en faciliter la gestion et la mise en œuvre par les communautés elles-mêmes. Une telle intervention doit de plus s'appuyer sur les décideurs de la région et sur un discours politique mené par les dirigeants du programme de coopération canadienne auprès du Gouvernement afin de susciter, au bout du compte, une plus grande participation du Chef de l'État.

En fait, dans un tel exercice de planification stratégique, rien ne sert de tenter de réinventer la roue. On constate souvent que de nouvelles équipes de gestion ne s'attarderont pas aux acquis du passé et répéteront les mêmes erreurs simplement en raison d'une mauvaise lecture des faits. Il demeure essentiel d'innover, de développer et d'améliorer les processus, soit. Mais il est vital de ne pas faire abstraction des erreurs du passé et de se baser sur les leçons apprises des interventions du milieu. Ainsi, ce que nous proposons comme approche est de tenir compte de l'ensemble de composantes abordées dans le présent rapport en vue de planifier une intervention basée sur des facteurs de réussite.

Annexe I – Fiche signalétique du Cameroun

PROFIL

Nom officiel :	République du Cameroun
Capitale :	Yaoundé
Date d'accession à l'indépendance :	1 ^{er} janvier 1960 : Cameroun Oriental 1 ^{er} octobre 1961 : Cameroun Occidental
Date de la constitution unitaire :	2 juin 1972
Régime :	Présidentiel
Chef de l'État :	Son Excellence Paul Biya
Chef de gouvernement :	Son Excellence Peter Mafany Musongué
Unité monétaire :	Franc de la Communauté financière africaine (FCFA)
Langues officielles :	Anglais et français
Autres langues parlées :	239 autres langues et dialectes dont : ful, pahouin, bamiléké, bassa, arabe, penlil, chadis, admarva
Groupes ethniques :	Plus de 200 répartis en 3 macro-groupes : Kirdis du nord, Bamoun-Bamilké et Bétis-Bassa.
Religion :	Animisme (44%), christianisme (35%), islamisme (2%)
Superficie :	475 446 km ²
Topographie :	Très diversifiée : plaines littorales, montagnes, plateaux, collines, vaste arc montagneux.
Climat :	Deux régimes climatiques : type équatorial au sud-est et type tropical sec dans la région du lac Tchad
Principales cultures :	Cacao, café, coton, bananes, arachides, bois, caoutchouc, tabac.
Ressources naturelles :	Hydrocarbures, forêts, agriculture, pêche, mines, manganèse, électricité.

PRINCIPAUX INDICATEURS DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN

Démographie

Population (1999) : 14.7 millions

<i>Zones urbaines (1998) :</i>	47 %
<i>Zones rurales (1998) :</i>	53 %
<i>Densité (hab. par km²) (1998) :</i>	31
<i>Croissance démographique (1998) :</i>	2,8 %
<i>Population sous le seuil de pauvreté : (enquête de 1984)</i>	40 %

Santé

<i>Espérance de vie à la naissance (1998) :</i>	54 ans
<i>Taux de mortalité infantile pour mille :</i>	77
<i>Population ayant accès à de l'eau salubre :</i>	
<i>Zones urbaine :</i>	71 %
<i>Zones rurale :</i>	24 %
<i>Moyenne :</i>	41 %
<i>Population ayant accès aux services sanitaires (1996) :</i>	40 %
<i>Nombre d'habitants par médecins (1998) :</i>	10 000
<i>Dépenses des services de santé par habitant (1998) :</i>	31 \$ US

Éducation

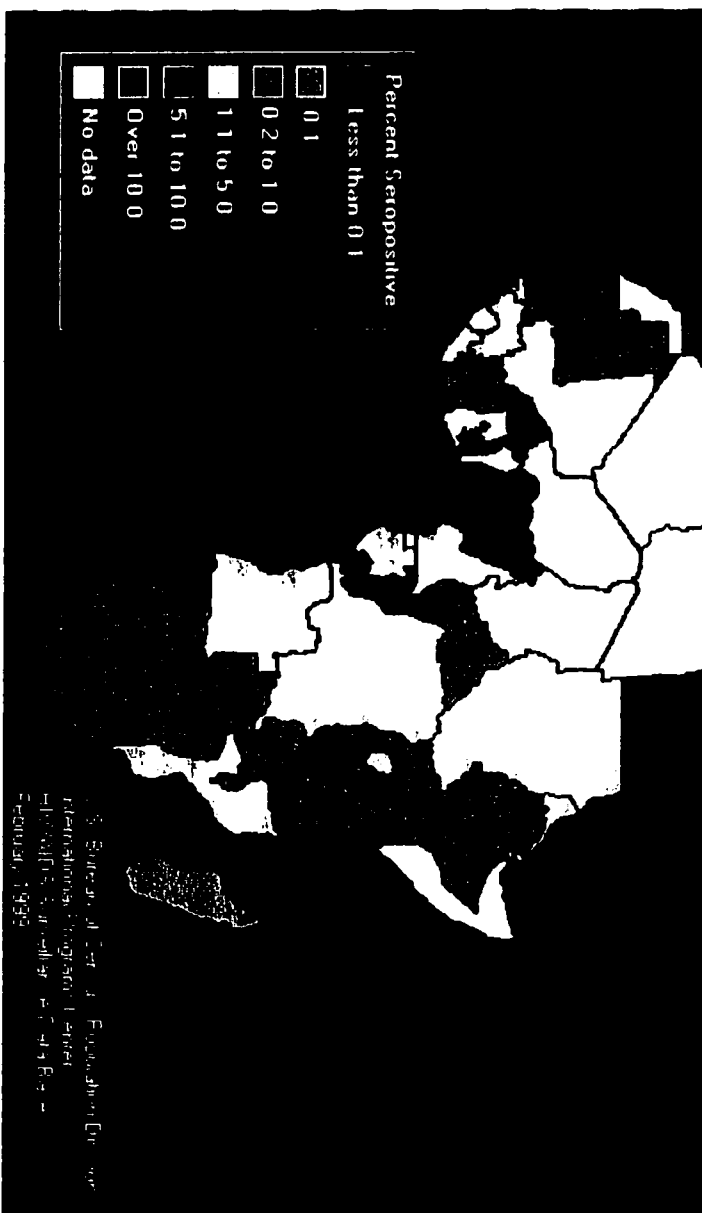
<i>Taux d'analphabétisme (1998) :</i>	Hommes - 20%	Femmes - 33 %
<i>Taux net de scolarisation (1997)</i>		
<i>Primaire :</i>	62 %	(45 % de ce nombre sont des jeunes filles)
<i>Secondaire :</i>	40 %	(35 % de ce nombre sont des jeunes filles)
<i>Universitaire :</i>	4 %	(taux brut, nombre d'inscriptions)

Économie

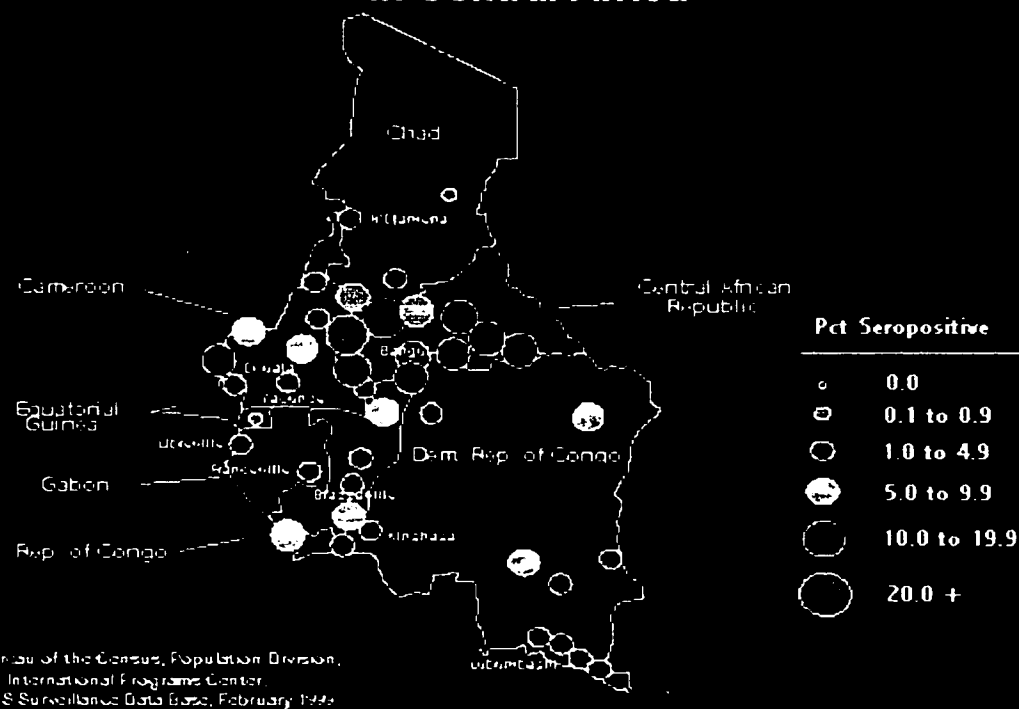
<i>Croissance du PIB en 1999 :</i>	4.4 %
<i>PNB par habitant (1998) :</i>	610 \$ US
<i>Valeur de la dette en % du PNB (1998) :</i>	100 %
<i>Taux de croissance du PNB (1997/98) :</i>	6,7 %
<i>Services de la dette en % des exportations : (1998)</i>	22,3 %
<i>Rapport exportation / importation (1998) :</i>	106 %
<i>Excédent du déficit budgétaire global en % du PIB (1997) :</i>	0,2 %
<i>Balance des comptes courants (1998) :</i>	-235 millions \$ US
<i>Balance commerciale (1998) :</i>	-469 millions \$ US

Taux de change moyen (1999) :	1 \$ US = 653 F CFA		
Aide publique au développement :	1993 - 545 millions \$ US	1998 - 424 millions \$ US	
APD en % du PNB (1998) :	5,1 %		
APD par habitant :	1993 - 44 \$ US	1998 - 30 \$ US	
Taux annuel d'inflation :			
Main d'œuvre, (% pop. totale) (1998) :	42 %		
Main d'œuvre féminine (% main d'œuvre totale) (1998) :	37,8 %		
Enfants au travail (% des enfants de 10 à 14 ans) (1998) :	24 %		
Main d'œuvre par secteur (1990) :	Agriculture 70 %	Industrie 9 %	Tertiaire 21 %
Part des secteurs économiques en % du PIB : (1998) :	Agriculture 42 %	Industrie... 22 %	Tertiaire 36 %
	...dont manufacturières 11 %		

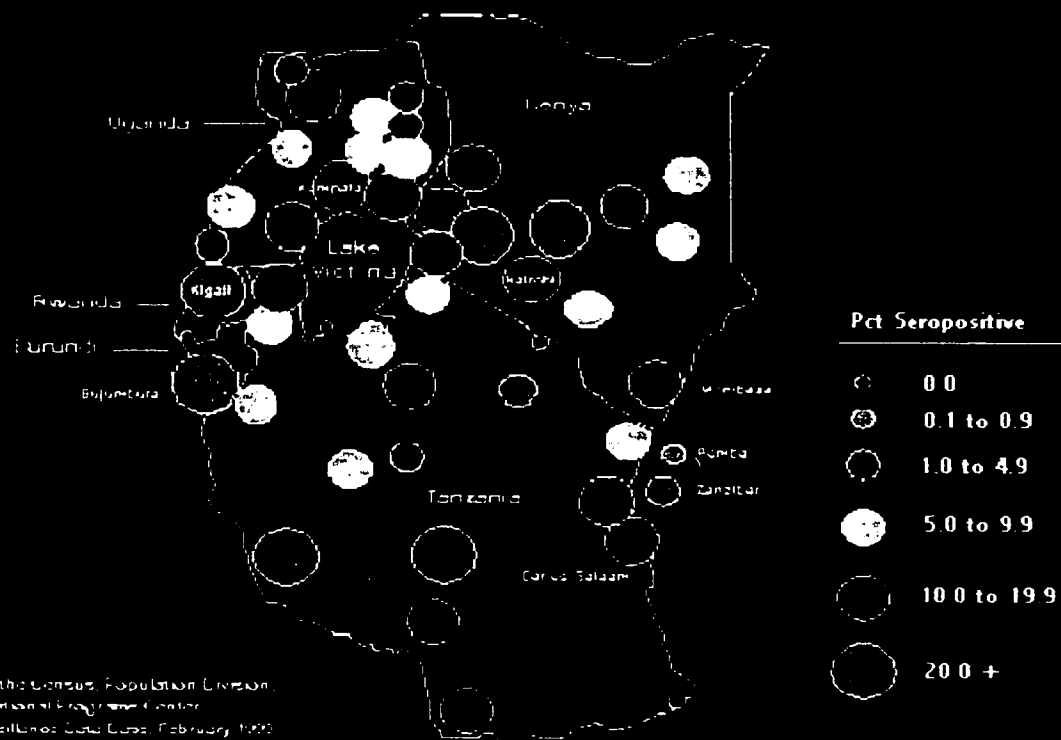
Annexe II – Représentation géographique de taux de prévalence en Afrique



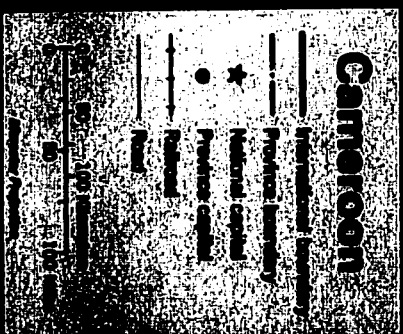
Seroprevalence of HIV-1 for Low-Risk Populations in Central Africa



Seroprevalence of HIV-1 for Low-Risk Populations in East Africa







Interventions de l'ACDI — Centre : Tous les secteurs / Équipe terrain ; Est et Sud : Environnement/Forêts ;
 Démocratie : Nord Ouest : Secteur privé, Démocratie ; Littoral : Secteur privé, Démocratie ; Adamaoua :
 Secteurs humains fondamentaux, Démocratie ; Extrême-Nord, Nord, Sud Ouest, Ouest : Démocratie.

.....

Annexe IV – Groupe Thématique des Nations Unies et Groupe Technique de travail sur le VIH/SIDA

Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA au Cameroun

Membres : FNUAP (présidence), UNESCO (vice-présidence), PNUD, Banque mondiale, OMS, UNICEF.

Membres associés : ONUDI, BIT, FAO.

Périodicité des rencontres : Trimestrielle

Mandat du groupe :

- Coordonner l'élaboration, la mise en oeuvre et le suivi des activités en rapport avec le VIH/SIDA des membres du Groupe thématique et ce, dans le cadre du Plan stratégique national ;
- Informer les autres partenaires (coopérations bilatérales et multilatérales, ONG, ministères, etc.) des activités de l'ONUSIDA et veiller à leur application par les autres membres du Groupe thématique ;
- Mener un plaidoyer auprès de tous les partenaires (Gouvernement, leaders d'opinion, coopérations multilatérales et bilatérales, ONG, secteur privé) afin d'obtenir une mise en œuvre multisectorielle et décentralisée du Plan stratégique national ;
- Promouvoir le respect des droits de l'Homme auprès des homologues nationaux et internationaux et des autres membres du Groupe thématique ;
- Contribuer aux côtés du Gouvernement à la mobilisation coordonnée des ressources en faveur de la mise en œuvre de Plan stratégique national.

Groupe technique de travail sur la VIH/SIDA

Membres : PNUD (Présidence), Banque mondiale (Vice-présidence), UNICEF, FNUAP, UNESCO, OMS, CNLS, FAO, BIT, AFSU, ROSACAM, SFPS, GTZ, Coopération française, Union Européenne, PMSC, Conférence Épiscopale, Fédération des Églises Adventistes, Coopération canadienne, Centre Pasteur.

Périodicité des rencontres : Deux fois par trimestre

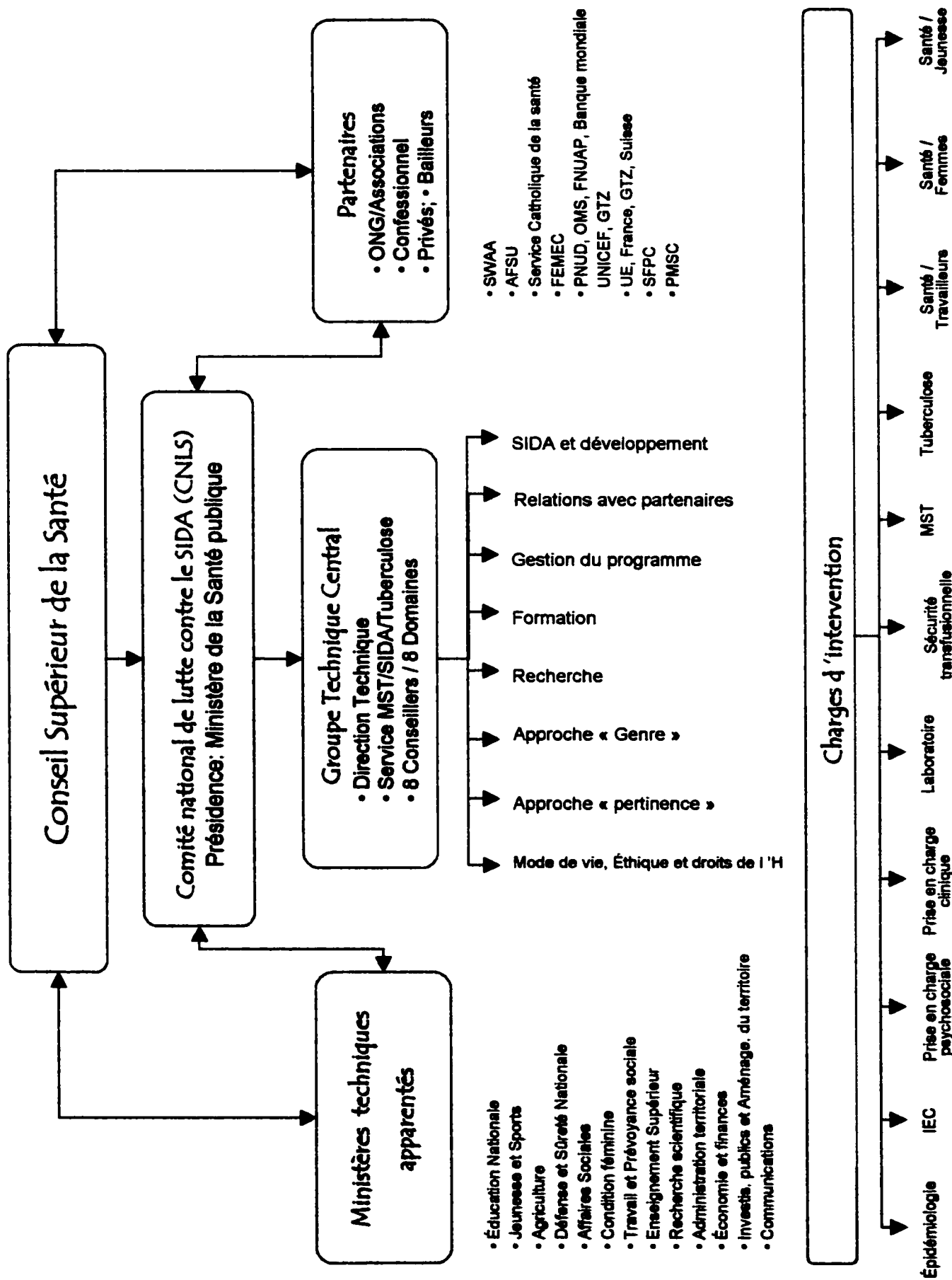
Mandat :

- Sous la supervision du Groupe thématique, élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer les activités du plan de travail annuel du Groupe thématique ;
- En étroite collaboration avec le Groupe technique central du Comité national de lutte contre le SIDA (GTC/CNLS), élaborer, mettre en œuvre et suivre les activités en rapport avec la Campagne mondiale SIDA ;
- Contribuer au renforcement de la capacité technique du GTC/CNLS à gérer et coordonner la mise en œuvre des interventions et activités du Plan stratégique national ;
- Contribuer à la mise à jour périodique des données relatives à l'épidémie du VIH/SIDA et des MST : données épidémiologiques, socio-anthropologiques, socio-économiques, inventaire des partenaires et des expertises nationales.

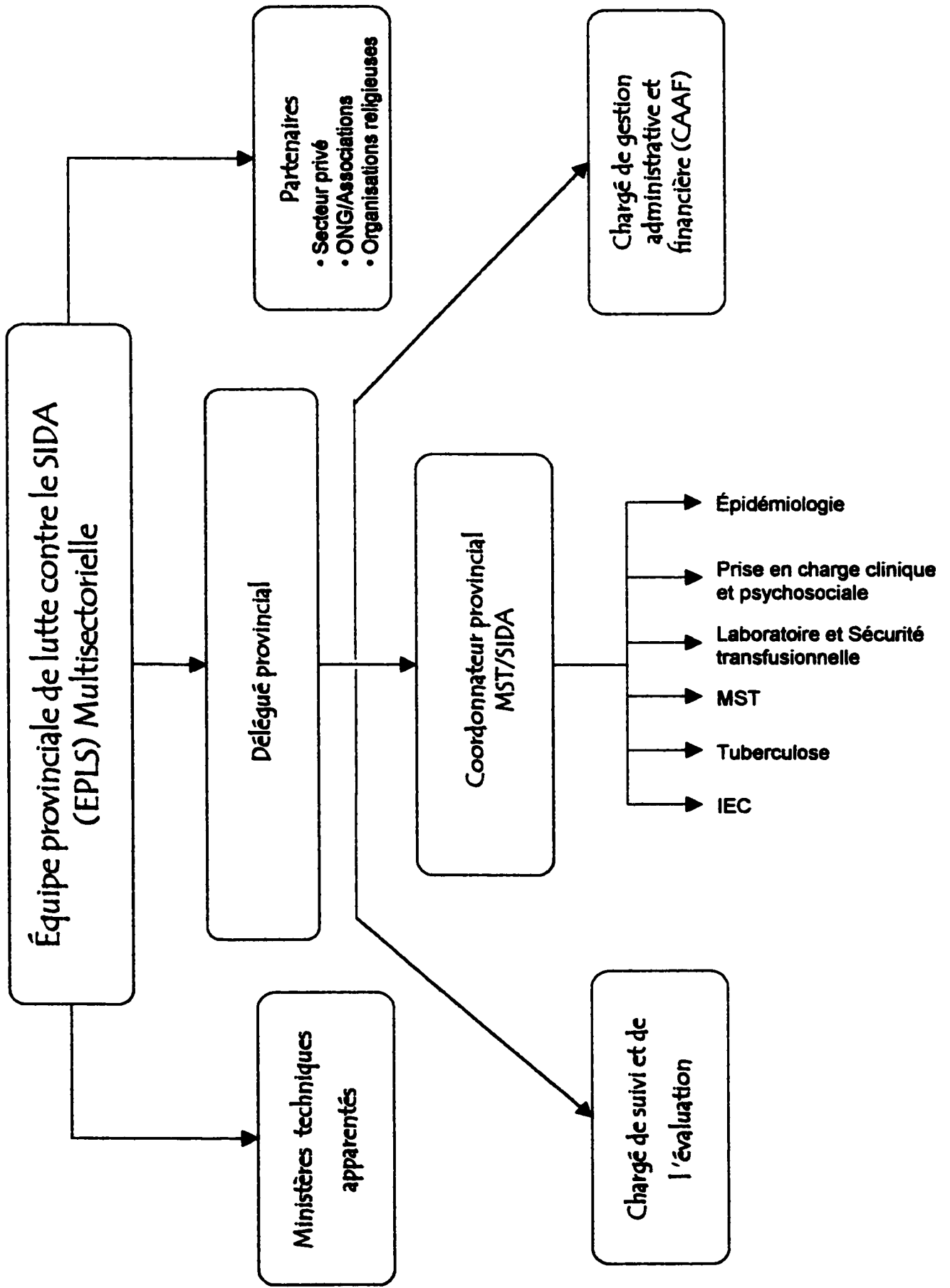
.....

Annexe V – Organigrammes du CNLS

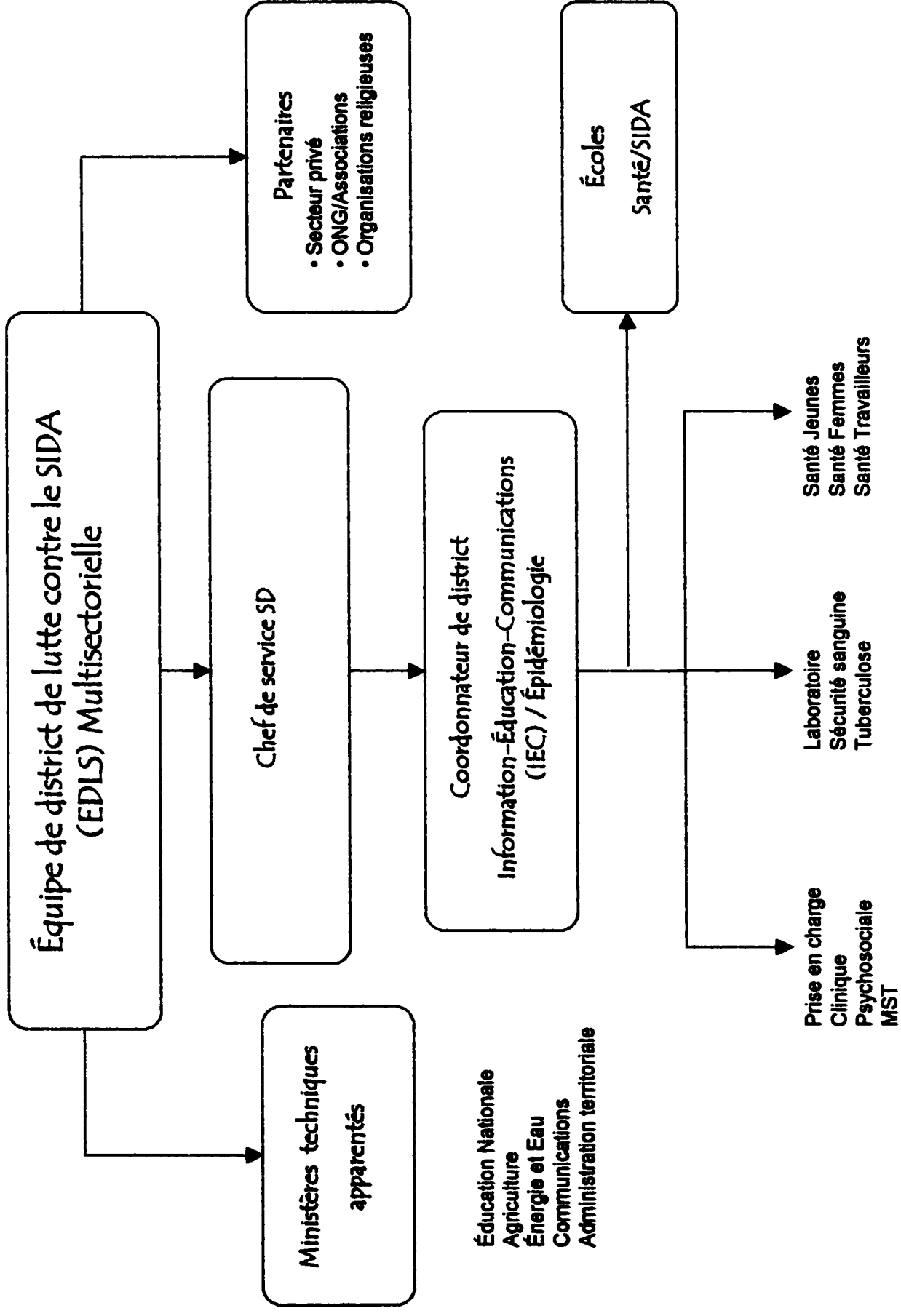
Organigramme CNLS – Niveau Central



Organigramme CNLS – Niveau Provincial



Organigramme CNLS – Niveau de District



Annexe VI- Fiche signalétique de la province de l'Adamaoua³⁶

Répartition de la population par tranche d'âge et par sexe (1987)

Tranches d'âge	Secteur urbain		Secteur rural		Secteurs urbain et rural	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0-14 ans	63 599	67 279	103 024	94 555	166 623	161 834
15-34 ans	49 559	49 219	53 426	68 478	102 985	117 697
35-54 ans	22 847	21 143	36 202	35 058	58 849	56 201
55 ans et plus	18 066	14 702	21 828	14 723	39 894	29 245
Ensemble province	153 871	152 343	214 480	211 814	368 351	364 977

La population de l'Adamaoua constitue 5 % de la population nationale. La population de la région se compose de 11 groupes ethniques. La religion musulmane y est prédominante (Peuls) et la langue la plus répandue est le foulfouldé. C'est une province particulièrement jeune où près de 44 % ont moins de 15 ans. C'est une province qui relève du secteur primaire (secteur minier, agricole, potentiel halieutique) et où les gens vivent surtout en milieu rural (58 % de la population). Toutefois, les projections de l'accroissement démographique démontrent une hausse considérable de la population urbaine.

La situation de la population active estimée à 46 % s'est détériorée au cours des dernières années et plusieurs salariés subissent des arriérés de salaire de plus de dix mois. C'est pourquoi, le secteur informel est florissant et enregistre un taux considérable de produits de contrebande. Certains projets pourraient modifier cette situation (tannerie, production de peinture, construction axe routier).

Le taux de scolarisation est faible s'élevant à peine à 38 % en 1997-98 et est en partie attribué à la religion musulmane qui n'est pas particulièrement favorable à l'éducation des enfants encore moins à celui des filles ainsi qu'à la précarité des revenus des parents.

La province de l'Adamaoua compte 7 districts de santé et 71 aires de santé couvertes par 72 formations sanitaires dont 56 publiques, 15 confessionnelles et 1 clinique. Les formations sanitaires publiques sont constituées d'un hôpital provincial, de quatre hôpitaux de district, de sept centres médicaux d'arrondissements et de 44 centres de santé et dispensaires. Les formations sanitaires privées comportent deux hôpitaux protestants et treize centres de santé et dispensaires. En terme de ratio, la province compte en moyenne une formation sanitaire pour 8 785 habitants. Cette répartition est meilleure en zone rurale qu'en zone urbaine mais l'enclavement de la province, le manque de moyen de transport et la dispersion des populations posent un important problème d'accès.

Le personnel médical accuse un déficit et sa répartition est inégale à travers les districts de santé. Elle compte en moyenne un médecin pour plus de 13 000 habitants et un infirmier pour 2 700 habitants.

D'après les services provinciaux de la santé publique, le taux de fécondité a été de 21 % en 1998. Ce qui ne représente que les naissances déclarées ; d'après les mêmes sources, près de 50 % des naissances en zone rural ne

³⁶ Études socio-économiques régionales du Cameroun, Province de l'Adamaoua, février 2000. Programme des Nations Unies pour le développement.

sont pas déclarées. Le service de planning familial éprouve d'énormes difficultés pour sensibiliser les femmes aux méthodes contraceptives, notamment dans les milieux musulmans qui reste également peu sensibles aux programmes de vaccination.

Pour l'année 1998, les causes de morbidité ont été essentiellement le paludisme, les vers intestinaux, les MST, les maladies de la peau. Quant à la mortalité, les premières causes ont été les suivantes : pneumonies, diarrhées, paludisme et broncho-pneumonie³⁷. En dehors des problèmes endémiques comme le paludisme, l'ensemble de ces causes de mortalité relèvent davantage des conditions d'hygiène générale et de l'hygiène de vie consécutives à la paupérisation.

Le nombre de séropositifs et de malades du SIDA est croissant dans la province. De juillet 1998 à juin 1999, un centre hospitalier jugé sérieux a enregistré 26,8 % de tests positifs parmi 770 malades, un taux de 24,8 % de tests positifs chez 915 donneurs de sang et un taux de 15,2 % de tests positifs parmi 585 tuberculeux. Ce qui pourrait signifier une prévalence provinciale nettement supérieure à la prévalence nationale (personne âgées de 15 à 49 ans) établie à 7,73 %.

En ce qui concerne la distribution des médicaments, la moitié des districts n'a pas de pharmacie. La province dispose de sept pharmaciens d'officines privées répartis dans trois districts de santé. Pour surmonter cette insuffisance, il a été créé dans les formations sanitaires publiques des pro-pharmacies dont la gestion est assurée par des Comités de Gestion issus des Comités de santé. Ces pro-pharmacies sont alimentées par le Centre d'approvisionnement des produits pharmaceutiques de Ngaoundéré en fonction de leurs besoins mais surtout de la disponibilité des produits.

Orientations stratégiques de développement régional de la province de l'Adamaoua	
Facteurs de blocage	Facteurs de progrès
Équipements socio-collectifs :	
Santé :	
▢ Province enclavée, vaste et populations dispersées ▢ Vétusté et/ou mauvais état des infrastructures ▢ Absence de structures sanitaires dans certaines aires de santé ▢ Mauvais état ou absence des moyens de communications et transport ▢ Insuffisance du personnel en zones rurales ▢ Insuffisance des moyens financiers et logistiques ▢ Insuffisance d'équipements et manque d'entretien du minimum existant	▢ Personnel qualifié et compétent ▢ Intervention des ONG et bailleurs de fonds en faveur de la santé
Éducation :	
▢ Sous scolarisation ▢ Insuffisance des enseignants qualifiés ▢ Précarité des revenus des parents ▢ Manque d'engouement de certains parents pour l'éducation des enfants ▢ Taux de déperdition élevé en zone rural	▢ Volonté accrue de l'administration en faveur de l'éducation des enfants ▢ Sensibilisation permanente des parents pour la scolarisation des enfants
Autres équipements socio-collectifs :	
▢ Insuffisance des dotations budgétaires ▢ Insuffisance des moyens de transport ▢ Absence d'équipements/établissements de fonction/d'animation des jeunes ▢ Insuffisance des aires de jeux aménagées pour jeunes ▢ Sous scolarisation comme handicap de promotion de la femme ▢ Insuffisance de centres sociaux pour handicapés et personnes âgées	▢ Volonté des autorités publiques pour la promotion de la femme, l'encadrement des jeunes et l'assistance aux indigents.
Volet institutionnel :	
▢ Insuffisance des moyens financiers ▢ Mauvaise gestion des ressources ▢ Personnel peu qualifié ▢ Absence des moyens de transport ▢ Esprit participatif limité chez les populations	▢ Volonté du personnel de développement communautaire à promouvoir les projets d'intérêt commun

³⁷ La morbidité étant l'ensemble des causes qui peuvent produire une maladie et la mortalité correspond aux personnes qui succombent à la maladie.

Dr Mbena, Santé scolaire

- **Ministère de la Jeunesse et des Sports**
M.Ncharé Mama, Chef de service éducation extrascolaire, Direction de la jeunesse
- **Ministère des Finances**
M. Sylvain Bodj Zogo
- **Ministère de la Santé**
Dr Cécile Bomba Nkolo, Chef de division de la coopération
- **Ministère de l'Enseignement supérieur**
Dr Fouda et M. Bitomo, Direction de l'Assistance et de l'orientation
- **OMS**
Dr Nkembou, Programme SIDA
- **ONUSIDA**
Dr Emmanuel Gnaoré, Coordonnateur
- **Plan International**
Dr Esther Tallah, Responsable du programme santé
- **Programme de Marketing Social du Cameroun (PMSC)**
M. Degrand Dipoko Embola, Chargé de projets
- **PNUD**
M. Bétima, Responsable de la santé
- **Union européenne**
Mme Béatriz Sanz-Corella, Spécialiste
- **UNESCO**
M. Sissoko
- **UNICEF**
M. Pascal Villeneuve, Représentant résident ; Dr Roberto Bernadi, Responsable du programme santé
- **En plus d'une visite terrain dans l'Adamaoua incluant la visite de centres de santé, des discussions informelles sur le suivi de la maladie, le rôle de la femme, les pratiques traditionnelles, etc..**



Bibliographie

Centres de recherche

Bureau Central des Recensements et des Études de Population, Ministère des Investissements Publics et de l'Aménagement du Territoire ; Demographic and Health Surveys, Macro International Inc. Mars 1999. Enquête Démographique et de Santé 1998, Maryland USA.

Institut de recherche et des Études de Comportements (IRESCO), juillet 1996. Projet de prévention de la transmission sexuelle du VIH/SIDA auprès des forces de maintien de l'ordre du Cameroun, (pour USAID, MINSANTÉ), Yaoundé, Cameroun.

Communauté internationale

Agence canadienne de développement international (ACDI), mars 2000. CIDA's Action Plan on HIV/AIDS, Hull, Canada.

AGGLETON, Peter, juin 2000. Rapporteur's Report – Social Science, 13th International Aids Conference, Durban, South Africa.

Centre de Recherche Clinique, Centre Universitaire de Santé de l'Estrie, décembre 1999. Organisation de la prostitution féminine au Ghana et programme d'intervention de SIDA 2, Projet "Appui à la lutte contre le SIDA en Afrique de l'Ouest", Canada.

Coopération française, 1999. Album photo - MST/Infection au VIH/SIDA.

ONUSIDA, septembre 1999. Différences dans la propagation du VIH dans quatre villes d'Afrique subsaharienne, Lusaka.

ONUSIDA, décembre 1999. L'intensification de la lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun : Il faut agir au plus vite.

ONUSIDA - Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, décembre 1999. Le point sur l'épidémie de SIDA.

ONUSIDA - Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, décembre 1998. Le point sur l'épidémie de SIDA.

ONUSIDA. Partenariat ONUSIDA : agir ensemble.

ONUSIDA, 1999. Rapport annuel du Groupe thématique - Exercice 1999, Yaoundé, Cameroun.

ONUSIDA, juin 2000. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA.

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), février 2000. Études socio-économiques régionales au Cameroun, Province de l'Adamaoua.

Union Européenne, janvier 2000. Prévention du sida et prise en charge des malades et de leurs familles dans les régions de l'Ouest - Cameroun, L'appel, Paris, France.

The World Bank, Marsh 2000. World Development Indicators, Washington D.C., USA.

UNAIDS, June 1998. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases - Cameroon.

UNAIDS, June 1998. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases - Ghana.

UNAIDS, June 1998. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases - Zimbabwe.

UNAIDS. What is the International Partnership Against AIDS in Africa,
<http://www.unaids.org/africapartnership/whatis.html>

Ministères

Ministère des Affaires sociales, mars 2000. Plan d'action de lutte contre le SIDA 2000-2005, Yaoundé, Cameroun.

Ministère des Affaires sociales, mars 1998. Programme de lutte contre le SIDA, Yaoundé, Cameroun.

Ministère de la Condition féminine, 2000. Programme du Ministère de la Condition féminine pour la lutte contre le SIDA, Yaoundé, Cameroun.

Ministère de la Défense, novembre 1999. Analyse de la réponse de la lutte contre le VIH/SIDA au sein des forces armées et police, Yaoundé, Cameroun.

Ministère de la Défense, 1999. Coût socio-économique du SIDA dans les forces armées et police, Yaoundé, Cameroun.

Ministère de la Défense, 1999. Renforcement et pérennisation de la prévention de la transmission du VIH/SIDA au sein des forces armées et police du Cameroun, Yaoundé, Cameroun.

Ministère de l'Enseignement supérieur, mars 2000. Le rôle du Ministère de l'Enseignement supérieur dans la lutte contre le VIH/SIDA, Yaoundé, Cameroun.

Ministère de la Santé publique, Décembre 1998. Analyse situationnelle du système de prestation de services de santé de la reproduction au Cameroun, Yaoundé, Cameroun.

Ministère de la Santé publique, 1998. Décision N° 209/D/MSP/CAB du 2 déc. 1998 Portant réorganisation de la lutte contre le SIDA, Yaoundé, Cameroun.

Ministère de la Santé publique, 1998. Décision N° 282/D/MSP/CAB... Portant création, organisation et fonctionnement du Groupe Technique central de Comité national de lutte contre le SIDA, Yaoundé, Cameroun.

Ministère de la Santé publique, Ministère de l'Éducation nationale, 2000. Le SIDA une maladie mortelle - Questionnaire pour les élèves, Yaoundé, Cameroun.

Ministère de la Santé publique, avril 1999. Plan cadre de lutte contre le SIDA au Cameroun, Yaoundé, Cameroun.

Ministère de la Santé publique, Février 2000. Politique des services de la santé de la reproduction, Yaoundé, Cameroun.

Ministère de la Santé publique, Organisation Mondiale de la Santé, janvier 2000. Profil épidémiologique du Cameroun, Yaoundé, Cameroun.

Ministère de la Santé publique, Comité national de lutte contre le SIDA, 1999. Programme national de lutte contre le VIH/SIDA, Yaoundé, Cameroun.

Ministère de la Santé publique, Comité national de lutte contre le SIDA, mars 2000. Résumé d'orientation - Plan stratégique national du Cameroun, Yaoundé, Cameroun.

Ministère de la Santé publique, Comité national de lutte contre le SIDA, octobre 1999. Synthèse de la situation épidémiologique nationale du VIH/SIDA, Yaoundé, Cameroun.

Ministry of Health and Child Welfare, Ministry of Foreign Affairs - Danida, July 1999. Study on HIV/AIDS as part of the formulation of the Danida Health Sector Programme Support, Phase II, Zimbabwe.

ONG internationales

Decosas, Josef and Jean-Paul Tchupo, June 1999. STD - AIDS Prevention Among Truckers and their Partners in the Littoral and East Provinces (AIDSPAT), CARE International Cameroon, Accra-Ghana/Yaounde-Cameroon.

CARE International Cameroun, Août 1997. Étude sur les MST/SIDA chez des groupes en situation de risque à Douala et dans la province de l'Est, Yaoundé, Cameroun.

Médecins Sans Frontière, octobre/novembre 1999. Rapport de mission d'exploration au Cameroun.

Plan International, 1999. Annual Program Communication: Promoting Increased cross-cultural Awareness and Togetherness, Yaounde, Cameroon.

Plan International, mai 1999. Prévention des MST/SIDA et la lutte contre les grossesses précoces chez les adolescents du quartier Briqueterie : Rapport de formation des pairs éducateurs / Jean-Marie, Talom (Plan International), Yaoundé, Cameroun.

Plan International, avril 1999. Prévention des MST/SIDA et la lutte contre les grossesses précoces chez les adolescents du quartier Briqueterie : Résultats des entretiens et interviews avec les adolescents et les leaders communautaires du quartier Briqueterie, Yaoundé, Cameroun.

ONG nationales

Association des Frères et Sœurs Unis, 1999. Pamphlet d'information.

Care and Health Program, 1999. Cameroon Health Programme, Yaounde, Cameroon.

Care and Health Program, 1999. Synthèse des activités de prévention des MST/SIDA au sein des Forces armées et Police du Cameroun, Yaoundé, Cameroun.

Programme de Marketing Social au Cameroun, 1999. Pamphlet d'information.

Society for Women Against Aids in Africa, janvier 2000. Bulletin de liaison de l'Association des Femmes Africaines contre le SIDA - Section Cameroun.

Recherche scientifique

Andreasen, Alan R., 1995. Marketing Social Change - Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

Bouquet, Cyril ; Hénault, Georges, 1998. **Commerce international dit équitable, logique marchande et marketing des causes sociales : vers une symbiose ?**, Revue Française de Marketing, N° 166 - 1998/1.

Crompton, John L. ; Lamb, Charles W. Jr, 1986. Marketing Governemnt and Social Services, John Wiley & Sons, USA.

Dunfee, Thomas W. ; Smith, N. Craig ; Ross Jr, William, 1999. **Social Contracts and Marketing Ethics**, Journal of Marketing, Vol 63 (July 1999), pp 14-32.

Gélinas, Jacques B., 1994. Et si le Tiers Monde s'autofinçait, De l'endettement à l'épargne, Les Éditions Écosociété, Montréal.

Kotler, Philip, Filiatreault, Pierre, Turner, Ronald E., 1994. Le management du marketing, Gaétan Morin Éditeur, Paris.

Lipovetsky, Gilles, 1995. **Le Marketing en quête d'âme**, Revue Française du Marketing, N° 153-154, 1995/3-4, pp.11-15.