

APAD



Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie
du Changement Social et du Développement

*Euro-African Association for the Anthropology
of Social Change and Development*

Un système de santé en mutation:
le cas du Cameroun
*Changing a Health System:
the Cameroon case*

Marc-Eric Gruénais (Ed.)

BULLETIN N° 21

LIT

APAD



Association Euro-Africaine pour l' Anthropologie
du Changement Social et du Développement

Euro-African Association for the Anthropology of Social Change and Development

Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun

*Changing a Health System :
the Cameroon case*

Marc-Eric Gruénais (Ed.)

**BULLETIN N°21
JUN 2001**

RAPPEL/REMINDER

- * Le secrétariat de l'APAD est basé à Marseille en France. Veuillez donc adresser votre courrier à l'adresse suivante (*The APAD secretariat is currently based in Marseille, France. Please address your correspondence to:*)

APAD
Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales
Centre de la Vieille Charité
2, rue de la Charité
13002 Marseille (France)
Tel. : +(33) 04.91.14.07.77
Fax. : +(33) 04.91.91.34.01
Courriel: apad@ehess.cnrs-mrs.fr

- * Il est possible de s'acquitter du montant de ses cotisations de la manière suivante (voir formulaire d'adhésion en fin de bulletin/ *membership fees are indicated on our registration form at the end of this bulletin and can be paid as follows:*)

REGLEMENT

Règlement par chèque bancaire en Euros de préférence (*preferably by check in Euros*) payable sur une banque française ou mandat postal (*or by postal order*) encaissable sans frais (compte CCP Marseille n°1072 26P (La Poste).

AUTRES PAYS / OTHER COUNTRIES

Mandat postal (*by postal order*) encaissable sans frais.

- * Tout règlement doit se faire à l'ordre de l'APAD et à l'attention de / *to the attention of:*

APAD
Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales
Centre de la Vieille Charité
2, rue de la Charité
13002 Marseille (France)

- * Afin de nous faciliter la tâche et de gagner du temps sur l'édition des bulletins, nous vous demandons de nous faire parvenir vos articles, notes de lectures, courrier à publier, etc. sur disquette, accompagnée d'un exemplaire imprimé du texte (Word sous Windows). (*In order to help us editing our bulletin, please send us your papers, notes, mail etc, on disk (Word for Windows) as well as a printed version of your work*).

SOMMAIRE / CONTENTS

Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun

Changing a Health System : the Cameroon case

THEME

- Editorial. 1
par Marc-Eric Gruénais
- Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire. 11
par Raphaël Okalla, Alain Le Vigouroux
- Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun. 23
par Jean-François Médard
- L'organisation de la lutte contre le sida au Cameroun : de la verticalité à la dispersion. 49
par Fred Eboko
- La difficile mise en place des districts sanitaires urbains. 69
par Eric Gauvrit, Raphaël Okalla
- Le district de santé d'Akonolinga. 93
par Raphaël Okalla
- L'État à la conquête de son territoire national. L'exemple de la réforme du système de santé dans la province de l'extrême nord du Cameroun. 107
par Marc-Eric Gruénais
- La prise en charge de la santé par les associations du quartier Biyem Assi (Yaoundé). 123
par Séverin Cécile Abega, Noël Solange Ngo Yebga
- Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville. 133
par Eliwo Mandjale Akoto, Paulette Béat Songue, Samson Lamlenn, Jacques Pokam Wadja Kemajou, Marc-Eric Gruénais

Chronique Scientifique / *Scientific Diary*

- Colloques/Seminars 149
- Revues et Réseaux/*Journals and Networks* 150
- Annonces / *Announcements* 152

Lu et à lire / *Reviews of publications*

- Lu pour vous 161
- A lire 166

Annexes / *Appendix*

- Sommaires des numéros précédents 171
- Composition du bureau de l'APAD / *APAD Board Members* 177
- Bulletin d'adhésion / *Registration Form* 179
- Publications Lit Verlag 181

Un système de santé en mutation:
le cas du Cameroun

*Changing a Health System :
the Cameroon case*

Editorial

Marc-Eric Gruénais¹

L'amélioration de l'état de santé des populations a toujours été et continue d'être au cœur du projet global de développement des pays africains. Les initiatives dans le domaine de la santé – comme celles en faveur de la scolarisation – ont souvent structuré les premiers contacts des populations rurales africaines avec les représentants des valeurs de la société coloniale et de la "modernité" d'alors, en particulier au travers de l'action missionnaire chrétienne qui mettait volontiers en avant son œuvre sanitaire comme vecteur de conversion. La mise en valeur des colonies a pu susciter des réflexions et des dispositifs, de la part d'administrateurs coloniaux, de médecins militaires, voire d'entrepreneurs privés, en faveur de l'entretien de la forme physique des travailleurs ; et la constitution de corps d'infirmiers et de médecins africains était volontiers conçue comme filière d'émergence d'une élite africaine. La santé – gratuite – pour tous a figuré parmi les revendications des leaders politiques avant les indépendances, et les États indépendants l'ont affiché comme politique avec l'effet désastreux sur les systèmes de santé que l'on connaît aujourd'hui. Depuis la fin des années 1970, les agences multilatérales puis bilatérales réaffirment combien la santé est une des composantes du Développement : des systèmes de santé peu "rationalisés" et des personnes peu ou mal soignées ont un coût social et économique qui obère le développement des pays du Sud. Désormais, la Banque Mondiale est devenue le principal acteur de la "scène sanitaire internationale", et, plus récemment, l'allègement de la dette des pays les plus endettés (dans le cadre notamment de "l'Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés") est lié à la mise en œuvre de projet en faveur de l'amélioration de l'offre de soins. C'est dire combien, du début de la colonisation jusqu'à nos jours, l'amélioration de l'offre de soins et la réorganisation des systèmes de santé en Afrique ont été et continuent d'être parcourus par toutes les idéologies (populiste, communautaire, religieuse, libérale, néo-libérale, etc.), et sont soumises à toutes les hésitations et soubresauts des politiques en faveur du Développement. Dès lors, les systèmes de santé en Afrique, à l'instar des autres secteurs d'intervention des projet de développement et des politiques publiques, font l'objet, depuis plusieurs années, de mesures de décentralisation et de redéfinition des relations entre le centre (l'État, ici représenté par les administrations centrales des ministères de la santé), et la périphérie (les structures de soins de première ligne et les acteurs locaux du développement).

En 1978, l'Assemblée Mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé adopte la stratégie des soins de santé primaires qui officialise la prégnance du "local" et l'importance de l'engagement des "communautés" en vue de l'amélioration de l'état de santé des populations. Ainsi à un modèle initial d'un État censé être providentiel assurant sa fonction de protection de sa population notamment en offrant des soins gratuits, on répond en premier lieu la politique de soins de santé primaires mettant l'accent sur la prévention et la participation communautaire. En dépit de quelques

1 IRD/Shadyc, Centre de la Vieille Charité, 13002 Marseille, e-mail : gruenais@chess.cnrs-mrs.fr.

expériences heureuses, et d'une impulsion incontestablement salutaire quant à un renouvellement de la réflexion de santé publique, le "tout local" des soins de santé primaires dans leur version initiale n'a guère donné les résultats escomptés : la prévention coûte cher et n'est pas susceptible de produire des recettes (contrairement à la vente de médicaments ou aux consultations), les "communautés" ne s'engagent pas spontanément pour la promotion de la santé en tant que bien commun, bien souvent les relais communautaires entre la population et les structures de soins (agents de santé villageois, pharmacies villageoises, notamment) ce sont révélés inopérants, difficilement contrôlables, lorsqu'ils n'étaient pas dangereux (ainsi de ces agents de santé villageois qui dispensaient des actes médicaux pour lesquels ils n'étaient pas formés). Aussi, la faible performance du modèle populiste des soins de santé primaires n'a pas permis de pallier la faillite de systèmes de santé d'États qui étaient d'autant moins capables d'assurer cette fonction protectrice qu'ils entraient dans une zone de turbulence économique et politique qui s'amplifiait à partir des années 1980.

Les premières mesures d'ajustement structurel qui ont conditionné toute poursuite de l'aide au développement à une réduction des déficits publics, ont par la suite touché en priorité les secteurs de la santé et de l'éducation, et se sont entre autres traduites par un arrêt du recrutement dans la fonction publique et un gel, voire une réduction des salaires des fonctionnaires. Finalement, elles ont accéléré le dysfonctionnement des systèmes de santé : dégradation des plateaux techniques, absence de produits de première nécessité et de médicaments dans les structures de soins, démotivation des personnels de santé qui cherchaient à compenser la baisse de leur niveau de vie par des stratégies de "débrouillardise" (*coping strategies*) allant de l'absentéisme pour s'adonner à une autre activité (commerce, agriculture, etc.) pour compenser la perte de revenu au racket des usagers et au détournement. Le constat du peu d'efficacité de systèmes de santé qui continuaient d'être dominés par le modèle curatif et hospitalier, a conduit à une importante évolution des conceptions relatives à l'organisation des systèmes de santé nationaux.

L'Initiative de Bamako (1987), qui préconise le recouvrement des coûts, et les résolutions de la Conférence de Harare (1987), qui constituent le district sanitaire en clef de voûte des systèmes de santé, sont devenus les textes princeps pour une rationalisation des systèmes de santé en Afrique. Désormais, le poids relatif accordé à la prévention en vue de l'amélioration de l'état de santé des populations se réduit au profit de la délivrance de soins de santé de qualité, curatifs, dans des structures de première ligne, les centres de santé, qui doivent être capables de référer les patients, en cas de nécessité, à une structure de soins mieux équipée, l'hôpital de district, qui peut poser des actes techniquement plus complexes. L'enjeu des réformes est donc de mettre en place, sur l'ensemble du territoire national, des *systèmes* de santé locaux autonomes et dispensant des soins de qualité, organisant notamment la référence entre des structures de soins situées à différents niveaux de la pyramide sanitaire, et qui gèrent eux-mêmes les recettes provenant des consultations, des examens et de la vente des médicaments génériques. Ce modèle se développe dans un contexte général où l'offre de soins a été largement libéralisée, et les recommandations des agences de coopération vont dans le sens d'une réflexion globale sur le système de soins qui doit intégrer tous les dispensateurs de soins, publics et privés. Les efforts déployés en faveur du recouvrement des coûts dans les structures de soins publiques, ainsi que les projets plus récents de mutualisation des frais de santé, et qui confèrent une autonomie certaine aux

structures sanitaires, tendent d'ailleurs à introduire des règles de gestion privées dans des structures étatiques.

Peu ou prou, tous les États africains, à partir de fin des années 1990, sous la pression des agences de coopération multilatérales et bilatérales, et face à la dégradation de leur système de santé, se sont engagés à mettre en œuvre ce nouveau modèle dans le cadre de réformes spécifiques qui précisent alors les modalités de leur application en tenant compte des particularités nationales. Décentralisation, autonomie financière et de gestion, participation communautaire, sont devenus les maîtres mots des nouveaux systèmes de santé à développer. Or, la mise en œuvre effective de ces nouvelles politiques de santé requiert une redéfinition des rôles et des relations entre différents types d'acteurs : administration centrale de la santé, bailleurs de fonds, secteur privé et en particulier secteur privé non lucratif (représenté par les ONG et les associations, mais surtout par un secteur confessionnel particulièrement influant dans le domaine de la santé en Afrique centrale), représentants des administrations régionales, notables locaux, "communautés", représentants des recours populaires de proximité (tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles, cabinets d'infirmiers privés, notamment). Le nouveau modèle vient *a priori* contrarier un contexte politique qui, en Afrique, a été dominé par une centralisation extrême contrôlée par un appareil d'État dirigé par un parti unique autoritaire. Comment, concrètement, à l'échelle locale, l'ensemble des composantes constitutives des districts sanitaires, désormais l'unité privilégiée des systèmes de santé, se positionnent-elles ?

Pour éclairer les dynamiques (ou parfois les absences de dynamiques) à la fois centrifuges et centripètes qui parcourent la mise en œuvre des réformes des systèmes de santé nationaux, le Cameroun semble fournir un exemple particulièrement éclairant. Un des principaux promoteurs du modèle du district sanitaire en Afrique, le professeur G. Monekosso, lorsqu'il fut directeur de l'Organisation mondiale de la santé pour la région Afrique, a été par la suite ministre de la santé du Cameroun ; tout "naturellement", en tant que ministre de la santé, il s'est tout particulièrement attaché à affirmer le nouveau modèle dans son pays. Le Cameroun a par ailleurs bénéficié d'un important soutien, notamment de la Banque Mondiale, pour réformer son système de santé et manifeste sans doute une volonté politique plus clairement affichée qu'ailleurs de mettre en place les districts sanitaires.

Ce pays a par ailleurs fait l'objet de redécoupages de son territoire liés notamment au changement de régime (le passage du régime Ahidjo au régime Biya a été entre autres marqué par une modification importante de la carte administrative), alors que nombre de notables (les "élites", pour reprendre le terme consacré au Cameroun), diversement liés à l'appareil du parti dominant, qui fondent leur pouvoir sur leur position politique et/ou sur leur réussite économique, restent souvent des acteurs essentiels du développement local avec une légitimité peut-être plus développée qu'ailleurs : ainsi, par exemple, les messages officiels invitent les élites originaires de telle ou telle zone à se mobiliser pour un projet régional. Rappelons également que le Cameroun a établi deux records dans les années récentes : il occupa pendant plusieurs années la tête de la liste des pays les plus corrompus, et figura comme le pays africain à s'être le plus appauvri pendant la période 1985 et 1993 (le salaire des fonctionnaires a notamment été divisé par deux, et, à titre d'exemple, le montant du salaire actuel d'un médecin ou d'un infirmier en milieu de carrière est souvent inférieur à celui de la bourse dont il bénéficiait lorsqu'il faisait ses études). Le Cameroun constitue alors sans doute

un bon exemple pour appréhender les tensions entre le niveau central et le niveau local dans le contexte d'une réorganisation des systèmes de santé.

A l'analyse, il n'est pas aisé d'apprécier aujourd'hui quel type d'option a été choisi au Cameroun entre une véritable décentralisation, dotant les structures locales d'une réelle autonomie de gestion et de décision, une délégation de pouvoir de gestion des affaires courantes au niveau local mais sans véritable autonomie avec des secteurs importants qui continuent de relever de l'autorité centrale (J.F. Médard), ou une simple installation d'un relais local supplémentaire permettant de réaffirmer la présence de l'État dans des zones sous-administrées mais sans pouvoir réel de décision. Aussi, il est loin d'être sûr que la dynamique engagée contribue à redéfinir réellement les relations entre le centre et la périphérie. Ainsi, les affectations des personnels, et l'attribution de quelques rares crédits de fonctionnement aux structures de soins restent gérées par le niveau central. Toutes sortes de tractations, où l'on voit apparaître des intermédiaires officieux, des luttes d'influence, ou des mouvements de fonds incontrôlés, se développent pour que le niveau local agisse dans le sens souhaité par le niveau central. Par ailleurs, la survalorisation (qu'il s'agisse du prestige ou de l'importance des financements) des programmes de lutte contre des pathologies spécifiques, comme le sida (F. Eboko), permet de maintenir les dynamiques centripètes de programmes verticaux sur lesquels les plus hautes autorités des administrations centrales gardent la mainmise. Enfin, l'autonomisation des structures périphériques peut également être instrumentalisée par les pouvoirs centraux pour se désintéresser de ce qui se déroule à la périphérie. Dès lors, on peut se demander si parfois les politiques de décentralisation ne contribuent pas à renforcer de fait les structures centrales : tout ce qui relève de la "communauté", des consultations préventives classiques, du fonctionnement et du financement ordinaire des activités et structures de soins, n'entrent plus du tout dans le champ des fonctions de régulation de l'État qui, désormais débarrassé des préoccupations relatives à la routine des niveaux périphériques, peut pleinement s'occuper de gérer les projets importants, du haut en bas de la pyramide sanitaire, sans que les niveaux intermédiaires et périphériques ne soient nullement concernés par ces projets ; dès lors, le niveau central se réaffirme en tant qu'interlocuteur incontournable et exclusif, voire en tant que stratège, sur l'ensemble du territoire national de la mise en œuvre des réformes importantes.

Cependant, la mise en œuvre d'une politique établie au niveau national peut venir se heurter aux logiques de puissants acteurs institutionnels intervenant au niveau local. Ainsi, aujourd'hui, toute initiative dans une région particulière requiert un financement spécifique dont le complément, voire la majorité des financements, est recherché auprès de bailleurs de fonds internationaux parmi lesquels la Banque Mondiale a pris une place prééminente dans le financement de la santé. Or les agences d'aide au développement ont leur propre rythme administratif et de contrôle qui ne s'accorde pas toujours avec celui du pays ; elles choisissent des zones d'intervention pilote selon des critères souvent difficiles à évaluer, ce qui imprime une dynamique de balkanisation du pays selon les projets et les bailleurs de fonds ; elles peuvent également vouloir infléchir certaines directives ou certaines dynamiques nationales (cf. les contributions de R. Okalla et A. Le Vigouroux). Eventuellement, comme c'est le cas au Cameroun, le secteur confessionnel, très puissant dans le domaine de la santé, qui est souvent l'intervenant principal dans les zones les plus reculées, peut venir s'opposer aux décisions des administrations nationales (M.E. Gruénais). En d'autres termes,

l'application d'une politique nationale, potentiellement valable sur l'ensemble du territoire, est très difficile à mettre en œuvre étant donné les options et les dynamiques spécifiques des différents partenaires de l'État camerounais (les coopérations multilatérales et bilatérales, les œuvres médicales confessionnelles, les associations locales, les "représentants de la communauté", etc.), d'autant plus difficile que le territoire est parfois largement sous-administré dans certaines régions et que l'État s'y montre alors en position de faiblesse face aux intervenants du Nord. C'est alors bien souvent un "service minimum" de l'État que l'on observe dans certaines régions.

Une autre difficulté rencontrée pour la mise en œuvre de districts sanitaires autonomes ressortit aux confrontations entre une rationalité technique – voire technocratique – de santé publique essentiellement préoccupée de la viabilisation des districts, et des dynamiques politiques et administratives locales. Ainsi, les normes techniques reconnues comme devant être réalisées pour un fonctionnement efficace d'une structure de soins (critères démographique et géographique pour définir le bassin de desserte d'une structure périphérique, par exemple) ne sont pas nécessairement réalisables localement eu égard aux spécificités géographiques d'une région, aux conflits entre autorités locales, au découpage électoral, etc. Un des instruments essentiels de ces nouvelles politiques de santé est l'établissement d'une carte sanitaire au sein de laquelle on identifie des aires de santé, devant être desservies par des centres de santé dits "intégrés", regroupés au sein d'un district de santé dont la structure de référence est l'hôpital de district. La mise en place de cette carte sanitaire doit alors composer avec l'inégalité d'équipement selon les régions : parfois aires de santé, voire même districts de santé identifiés ne bénéficieront pas des prestations des structures de santé souhaitées, dans d'autres cas, notamment en milieu urbain, aires et districts de santé apparaîtront suréquipés en structures de soins rendant difficile une organisation satisfaisante de la référence. Mais au-delà de cette question d'équipement, il faut aussi compter avec les élites locales déjà évoquées, soit ces notables qui doivent souvent leur entree à leur proximité vis-à-vis des plus hautes instances de l'État, et qui peuvent très aisément contrarier de ce fait toute initiative prise pour des raisons techniques : leur accès direct aux plus hauts responsables leur permet de court-circuiter les différents niveaux de la hiérarchie sanitaire, par exemple pour modifier la composition de telle ou telle instance, ou pour parvenir à obtenir un équipement spécifique contre toute prévision arrêtée par les responsables locaux de la santé, au risque de déséquilibrer totalement la dynamique enclenchée. Soulignons aussi que la rationalité technique qui préside au découpage des districts sanitaires conduit parfois au développement d'unités territoriales sanitaires qui ne coïncident pas avec les unités administratives existantes. Ainsi, par exemple, à Yaoundé, un des districts sanitaires est réparti sur deux arrondissements, ce qui ne laisse pas de compliquer les relations des autorités sanitaires vis-à-vis des autorités administratives, contraintes par exemple de procéder deux fois à la même démarche pour se concilier les autorités administratives des deux arrondissements (R. Okalla et E. Gauvrit).

Le niveau local, c'est aussi ce qu'il est convenu d'appeler "la communauté" (telle qu'elle peut s'exprimer à partir des associations de quartier), et d'autre part les différents spécialistes populaires (accoucheuses traditionnelles, guérisseurs traditionnels, mais aussi infirmiers de quartier, spécialistes de médecines alternatives). Théoriquement, la gestion des structures périphériques, et en particulier des centres de santé, doit se faire sous l'œil vigilant de représentants de la communauté. Ces

représentants de la communauté n'ont guère été dotés d'un véritable statut, ni bénéficié de formations ; or, en raison de la défiance des professionnels de santé exerçant dans les structures de soins à l'égard de ces "profanes", c'est-à-dire les membres des comités de santé et comités de gestion locaux, censés participer au fonctionnement des centres de santé, ces représentants de la communauté ont bien du mal à trouver leur place. Une situation récurrente est le détournement des fonds provenant des recettes de la structure gérée par ces représentants de la communauté et leur remplacement autoritaire par les personnels du centre de santé. On a pu fonder quelque espoir pour une amélioration de la prise en charge des patients grâce à la solidarité observable dans les associations de quartier, d'originaires, etc. Cependant, à Yaoundé notamment, ces associations sont beaucoup plus préoccupées par les enjeux financiers qui pourraient permettre à un de ses membres de monter un petit commerce, par exemple, ou par les manifestations de solidarité face au décès d'un de leur membre ou d'un parent de leur membre, que par une mutualisation des dépenses de santé (S.C. Abega et N.S. Ngo Yebga).

Enfin, les dispositifs envisagés depuis Alma Ata se sont montrés plutôt favorables à l'actualisation de liens avec des spécialistes de la communauté dont on pense qu'ils peuvent rendre des services ; parmi ceux-ci, on trouve en premier lieu les tradipraticiens et les accoucheuses traditionnelles. Cependant, dans les faits, il semble que tant en milieu rural qu'en milieu urbain, les spécialistes de la communauté qui se réclament le plus d'une légitimité traditionnelle aient de moins en moins d'audience, tant ils incarnent le passé. En revanche, surtout en milieu urbain, les tradipraticiens se réclamant d'une "véritable tradition africaine", ayant pignon sur rue, inscrits dans des associations, ayant été éventuellement formés au Ghana ou au Nigéria, et empruntant largement aux symboles de la pratique médicale (conditionnement des remèdes dans des flacons, prescription, utilisation d'une blouse, etc.) rencontrent un certain succès. Dans ce domaine des soins "populaires", l'offre est pour le moins très diversifiée : infirmiers, auxiliaires de santé, aides-soignants dont on ignore parfois tout de la formation, exerçant à titre privé dans des cabinets de soins qui n'ont aucune reconnaissance légale et qui posent toute sorte d'actes pour lesquels ils ne sont pas nécessairement formés ; médecines alternatives (aromathérapie, naturothérapie, etc), médecine asiatique et en particulier médecine chinoise, rencontrent temporairement un réel succès. Nombre de ces cabinets exercent illégalement, et les infirmiers qui dispensent des soins de proximité le font bien davantage comme un pis-aller, pour survivre, grâce à une clientèle rare, tant la concurrence est rude (P. Béat Songue, E.M. Akoto, S. Lamlenn, J. Pokam Wadja Kemajou, M.E. Gruénais).

L'application du modèle du district sanitaire dans le cadre d'une dynamique générale souhaitée – par les bailleurs de fonds et les États – de décentralisation se heurte, au bout du compte, au minimum à trois grands obstacles. Une force centripète imprimée par une "tradition politique" étatique autoritaire et centralisatrice et qui perdure en dépit de la dégradation des services des administrations centrales. Des forces centrifuges exercées par l'intervention de différents intervenants extérieurs engagés, avec leur logique propre, dans l'aide au développement dans le domaine de la santé. Enfin, une dissémination peu contrôlée des offres de soins de toute nature, officielles ou non, au niveau local dans un milieu où les "communautés" sont parfois peu soucieuses de "participer". La mise en place des districts sanitaires, qui suppose le développement d'une véritable organisation, au sens fort du terme, souffre souvent d'une sous-administration des systèmes de santé, en particulier, et surtout, en général, du territoire

national. L'adaptation aux réalités nationales des mesures et normes techniques qui constituent le référent des réformes ne peut devenir effectif en l'absence du développement d'une administration de la santé, surtout au niveau périphérique. Cependant, à l'heure actuelle, il semble bien que les États en Afrique ne sont pas, ne sont plus, ou ne veulent plus être suffisamment forts, face aux principaux acteurs et bailleurs de l'aide publique au développement. Ces États, ou plus exactement certains de leurs représentants, souvent incapables de prendre la mesure des enjeux et conflits locaux pour la mise en œuvre de réforme, sont loin de toujours manifester la volonté politique nécessaire pour le développement d'une politique de santé centrée sur les districts sanitaires.

Les travaux présentés dans ce numéro sont le fruit d'un programme de recherche intitulé "L'organisation locale des politiques de santé en Afrique centrale" qui a bénéficié d'un soutien de la Mission Recherche (MiRe) de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris).

Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire

Raphaël Okalla¹ et Alain Le Vigouroux²

La population du Cameroun est estimée à 14.305.000 habitants en 1998 dont 45 % vivent dans les villes. L'espérance de vie est de 53 ans pour les hommes et de 56 ans pour les femmes. Il est classé au 125^e rang mondial selon l'Indice de développement humain avec un PIB par habitant estimé à 1.573 \$ EU pour l'année 1999³. L'économie camerounaise a subi comme celle de tous les pays de la région les revers de la crise économique mondiale. Les effets de cette dernière se sont particulièrement aggravés en 1992 avec les opérations "villes mortes"⁴, la dévaluation du franc CFA en 1994, et les conséquences des plans d'ajustement structurel conduits sur instructions du FMI. La population a dû faire face aux licenciements massifs dans les entreprises privées et même dans la fonction publique ; ceux dont l'emploi a été maintenu ont dû composer avec deux baisses de salaires en 1993 (la baisse cumulée sur l'année était supérieure à 50 %) salaires par ailleurs, versés irrégulièrement. L'État fut contraint de réduire son budget, entraînant de facto une diminution des ressources publiques allouées au secteur de la santé. La situation économique globale semble s'améliorer depuis peu à en croire les indicateurs économiques ; le PIB, qui avait chuté de 2,6 % en 1994, a recommencé à croître de 4,7 % en 1998. Cependant, la population s'est appauvrie pendant la période 1987-1996 et la croissance retrouvée n'a pas encore effacé les signes de cette pauvreté. Les salaires, de nouveau versés régulièrement, sont restés gelés à des niveaux très bas. La capacité d'investissement de l'État reste faible, et la mise en oeuvre des réformes du système de santé ne peut être effective que pour des zones bénéficiant d'aides extérieures.

Depuis 1990 plusieurs partis sont autorisés à exercer leurs activités dans le pays. La constitution de 1996 consacre le principe de décentralisation avec l'organisation du pays en collectivités territoriales décentralisées (régions et communes). Chaque région est censée être compétente pour organiser son développement économique, social, sanitaire, éducatif, culturel et sportif. Cependant, certaines institutions prévues par la constitution de 1996 n'ont pas encore été mises en place. De plus, la décentralisation n'est pas encore effective, si les communes fonctionnent déjà, ce n'est pas le cas des régions pour lesquelles la constitution prévoit une importante autonomie dans certains domaines. Mais ce processus devrait à terme aboutir au renforcement de la décentralisation des services de santé. Récemment, la vie politique a été marquée par plusieurs élections (municipales, en 1996 ; législatives et présidentielles, en 1997), avec pour conséquence des remaniements fréquents au sein de l'administration, et en particulier au sein du Ministère de la Santé Publique (six remaniements en six ans).

1 Ministère de la Santé Publique, BP 13690, Yaoundé - Cameroun, e-mail : rokalla@icnet.cm

2 Service de coopération et d'action culturelle, BP 2105 Libreville Gabon, e-mail : alv@internetgabon.com

3 UNDP, *Human Development Report 2001*.

4 Ces opérations ont entraîné l'arrêt des activités économiques à Douala en particulier, porte d'entrée non seulement du Cameroun, mais aussi de la RCA et du Tchad.

LES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE

La nécessité de disposer de cadres en santé, et la réduction des personnels de l'assistance technique étrangère à partir de l'Indépendance, a conduit à la mise en place d'un vaste programme de formation dans le pays, mais aussi à l'étranger grâce à des bourses d'études. En 1969 le Centre universitaire des sciences de la santé (CUSS) est créé pour la formation d'équipes polyvalentes de personnels de santé avec des compétences en santé publique⁵. Parallèlement, on assiste au développement des constructions des structures sanitaires, aussi bien publiques que privées, mais la récession des années 1990, et le souci de recherche d'efficience du système de santé remettront en cause le fonctionnement, voire l'existence même de certaines de ces structures.

A partir du début des années 1980, guidé par des expériences de santé communautaires locales⁶, et par les résolutions des conférences internationales (Alma Ata, Bamako, Harare), le Cameroun a mis en place plusieurs réformes du système de santé gardant comme cadre général le développement des soins de santé primaires. Cette politique attira les bailleurs de fonds internationaux qui financeront des projets de développement sanitaires dans des régions différentes, contribuant par là à une certaine balkanisation de l'organisation du système de soins dans le pays associée à un recul du rôle de l'État. Trois étapes sont identifiables dans le processus de réforme actuel pour le renforcement du système de santé de district : la préparation de la Réorientation des soins de santé primaires (RSSP) ; la RSSP en elle-même, et le Plan national de développement sanitaire (PNDS).

Dès 1989, une réflexion s'est engagée à la Direction de la médecine préventive pour améliorer la politique nationale de santé à partir des résolutions internationales et des expériences nationales ; elle aboutit à l'élaboration d'un document pour réorienter les soins de santé primaires, en concertation avec des partenaires de la coopération bilatérale et multilatérale. Ce document ne sera paraphé officiellement au Cameroun qu'en mai 1993, sous la forme d'une "Déclaration Nationale de la Politique des Soins de Santé Primaires". Cependant il est largement diffusé et commenté dans les séminaires dès 1990. En 1992, le séminaire de Bertoua travaille sur la délimitation des districts et des aires de santé en zone rurale : il propose la division du territoire en 120 districts. Cette réunion, qui a trait principalement aux zones rurales, relève notamment les difficultés à appliquer aux pieds de la lettre les recommandations de l'OMS, surtout en considérant le critère démographique. Puis l'intervention de la Banque Mondiale dans le cadre de la politique sectorielle appliquée au milieu urbain sera à l'origine de l'identification des districts de santé à Yaoundé et Douala. Longtemps avant d'être officielle, la réforme a donc été mise en œuvre par différents partenaires dans leurs zones de compétences entre 1990 et 1993.

Cette réforme consistait tout d'abord à instaurer le centre de santé comme structure de premier contact du malade avec le système de santé, pour répondre aux nombreuses critiques dont les agents de santé communautaire et les postes de santé faisaient l'objet. Il s'agissait ensuite de décentraliser la gestion vers une structure opérationnelle – le

5 Aujourd'hui la faculté de médecine et des sciences biomédicales (FMSB) a remplacé le CUSS ; cette institution forme une soixantaine de médecins par an.

6 Notamment les projets d'Acha Tugi dans la province du Nord-Ouest et de Tokombéré dans l'Extrême Nord

district de santé – qui puisse intégrer les besoins de la population et les orientations et stratégies du niveau national. Il s'agissait enfin de renforcer les principes d'équité, de participation communautaire et de collaboration intersectorielle, et plus précisément d'intégrer toutes les activités des SSP du centre de santé et renforcer le rôle de la communauté en l'impliquant dans le financement et la gestion du système.

Depuis 1993, le gouvernement a mis en place des réformes successives dont celle supportée par la loi n°96/02 dite "loi-cadre" stipulant que "la rationalisation du système de gestion et du financement du secteur se fait par le développement de la gestion décentralisée des ressources humaines, financières et matérielles affectées au secteur santé, à travers le développement du partenariat entre les pouvoirs publics, les communautés bénéficiaires et tous les autres intervenants en matière de santé ; le renforcement et l'appui à la recherche opérationnelle en matière de santé ; la mobilisation des ressources supplémentaires et la maîtrise des dépenses de santé".

En 1997, le Gouvernement camerounais s'est engagé dans un programme économique et financier à moyen terme en vue de rétablir les équilibres macro-économiques et financiers du pays⁷. Le Cameroun est devenu alors éligible à "l'Initiative d'allègement de la dette des pays pauvres très endettés", et c'est dans ce contexte que sont élaborées des stratégies sectorielles dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'agriculture et des infrastructures. Les allègements consentis doivent en effet être consacrés aux réformes structurelles et au développement des secteurs sociaux afin de rendre les administrations des secteurs concernés plus opérationnelles notamment pour la gestion des ressources humaines, matérielles et financières.

En 1999, lors d'une mission conjointe de la Banque Mondiale et du FMI de revue du document cadre de politique économique et financière, le Gouvernement s'est engagé à élaborer avant mars 2000 un document de stratégie sectorielle pour la santé accompagné d'un plan d'action pluri-annuel chiffré. Cette stratégie doit prendre en compte les orientations actuelles de la politique nationale de santé exprimées dans le Plan national de développement sanitaire 1999-2008 dont les trois principaux objectifs sont :

- rendre les districts de santé fonctionnels et performants
- maîtriser la progression de l'infection à VIH/sida à travers un programme de lutte centré sur le district de santé
- développer et mettre en place au niveau des districts des mécanismes décentralisés de financement des soins de santé ainsi qu'un système performant de mutualisation du risque maladie

Cependant la question des ressources nécessaires à la réalisation de ce plan n'est pas abordée. Recherchant un consensus plus large que pour le PNDS, l'approche sectorielle du développement en santé doit offrir de meilleures perspectives de réussite que celles pouvant résulter de la poursuite de projets dispersés et financés séparément, mais ce document a tardé à être paraphé officiellement.

7 Accord triennal de facilité d'ajustement structurel renforcé conclu avec le FMI en août 1997.

L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

La Déclaration Nationale de la Mise en Oeuvre de la Réorientation des Soins de Santé Primaires (1993), puis une modification de l'organigramme du Ministère de la Santé à la suite du décret n°95/040 du 7 mars 1995, définissent la réorganisation du système en trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Chaque niveau dispose de trois types de structures : les structures de gestion institutionnelle du Ministère de la Santé, les formations sanitaires et les structures de représentation des populations.

Tableau 1 : La pyramde sanitaire du Cameroun

Niveaux	Structures administratives	Compétences	Structures de soins
Central	Services centraux	Direction politique, élaboration de la politique et des stratégies	Hôpitaux généraux de référence, centre hospitalier et universitaire
Intermédiaire	Délégations provinciales	Appui technique aux districts et programmes	Hôpitaux provinciaux
Périphérique	Districts de santé / aires de santé	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de districts, centres médicaux d'arrondissement, centres de santé.

Le niveau central élabore les politiques, les normes et les stratégies nationales ; il conçoit et propose au gouvernement les textes réglementaires, et il coordonne, contrôle et ventile les ressources vers les niveaux opérationnels. Le niveau central est représenté par le ministère de la Santé avec ses cinq directions, la direction de la Santé communautaire, la direction de la médecine hospitalière, la direction de la pharmacie, la direction des ressources humaines, la direction des ressources financières ; et ses deux divisions, la division de la coopération, la division des études et de la planification. Les formations sanitaires à ce niveau sont : les hôpitaux généraux de Yaoundé et de Douala, l'hôpital Central de Yaoundé, l'hôpital hospitalo-universitaire de Yaoundé, l'hôpital Laquintime de Douala. Ces hôpitaux servent de référence aux hôpitaux provinciaux.

Le niveau intermédiaire est représenté par les 10 délégations provinciales de la Santé publique (DPSP). Chacune suit les délimitations et la dénomination de sa province administrative. Elles ont pour rôle la traduction en programmes de la politique élaborée au niveau central. Toutes les directions du niveau central sont représentées par les services provinciaux correspondants. La province est dotée d'un comité de gestion provincial (COGEPRO) composé des cadres de la Santé, des représentants de la population et de l'administration et qui gère le Fonds spécial de solidarité pour la Santé de la province (FSPS). Ce fonds est alimenté par des subventions et des aides, par les participations des districts de santé ainsi que par les bénéfices de la vente des médicaments essentiels par le Centre d'Approvisionnement Provincial des Produits

Pharmaceutiques (CAPP) dont la mission est l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments essentiels. Les membres du FSPS sont élus par les Comités de santé du district (COSADI). Les Comités de santé du district sont composés de professionnels de santé du district, de représentants de chaque aire de santé du district ainsi que d'élus locaux ; pour l'instant ils restent embryonnaires. Le délégué provincial de la santé, pour sa part, se trouve sous l'autorité du Gouverneur de la province administrative, province sanitaire et province administrative coïncidant.

Le district de santé constitue le niveau périphérique ou opérationnel. Le service de santé du district est dirigé "par une équipe multidisciplinaire supervisée par un médecin de santé publique" qui "coordonne et supervise toutes les activités de santé de district, y compris celles des tradipraticiens et du secteur privé moderne". Le district de santé est desservi par un hôpital de référence. Il est chargé d'élaborer un Plan d'action sanitaire, d'assurer son suivi, et de superviser les aires de santé. Le système de santé de district dispose de deux niveaux d'établissements de soins : l'hôpital de district, hôpital de première référence, et les centres de santé. Un comité de gestion veille notamment à l'utilisation des fonds dit de "recettes affectées", c'est-à-dire ceux provenant de la vente de médicaments et de la facturation de toutes les prestations sanitaires ; ces recettes sont réparties entre la motivation du personnel, le fonds de solidarité provinciale, la caisse de supervision du district, et le Trésor public.

Le Cameroun est divisé en 135 districts de santé. Les textes précisent que la délimitation géographique du district se fera selon le découpage administratif en vigueur et "peut, en cas de besoin, couvrir un ou plusieurs arrondissements limitrophes selon les critères d'opérationnalité d'un district de santé", ces critères sont d'ordre "démographiques, socioculturels, économiques et techniques" mais aussi d'accessibilité géographique. Depuis 1972, le pays est notamment subdivisé administrativement en 58 départements, 269 arrondissements et 53 districts, chaque arrondissement étant placé sous l'autorité d'un chef d'arrondissement référant à un sous-préfet. Dès lors, certains districts de santé correspondent à un ou deux arrondissements administratifs, d'autres sont à cheval sur plusieurs arrondissements ou même sur plusieurs départements. Dans la hiérarchie administrative, le chef du district de santé dépend du sous-préfet ou de plusieurs sous-préfets selon la manière dont le district de santé a été délimité, tout litige à ce niveau pouvant être porté devant le préfet du département. En fait, la mise en œuvre des districts de santé se heurte fréquemment à des problèmes de découpages administratifs effectués à partir de considérations politiques plutôt que techniques.

Le district de santé est lui-même subdivisé en aires de santé ; l'aire de santé est constituée par un village ou un ensemble de villages avec une population totale de 5.000 à 10.000 habitants, avec un territoire bien défini, et desservi par un centre de santé qui a la responsabilité des activités de santé. Chaque centre de santé met à la disposition des populations le "paquet minimum d'activités"⁸ en stratégies fixe et avancée : la réforme propose un renforcement de la capacité technique des centres de santé (personnels qualifiés, matériels techniques et logistiques adéquats) ; le personnel des centres doit

8 Selon la déclaration d'Alma Ata, le "paquet intégré de santé" comprend :

- les soins de santé de base : soins médicaux, santé maternelle et infantile, lutte contre la maladie
- les interventions prioritaires de santé : vaccination de base, planning familial, médicaments essentiels
- les interventions liées à la santé : alphabétisation des adultes (sur le plan sanitaire), sécurité alimentaire des ménages, approvisionnement en eau et assainissement

alors non seulement proposer le "paquet minimum d'activités" au centre pour la population centrale de l'aire de santé (stratégie fixe) mais également se rendre dans les villages éloignés du centre pour proposer certaines activités, surtout préventives (stratégie avancée). Les malades dont les problèmes n'ont pu trouver de solution au niveau du centre de santé sont théoriquement référés à l'hôpital de district. Ces formations sanitaires sont appelées "centres de santé intégrés" (CSI), la notion de poste de santé villageois étant abandonnée, et sont censés être dirigés par un infirmier diplômé d'État. Chaque village désigne deux représentants au sein du comité de santé de l'aire de santé ; ce comité élit en son sein un comité de gestion qui participe à la gestion du centre de santé au côté de l'équipe des professionnels de la santé. Chaque comité de santé de l'aire désigne à son tour deux personnes qui représenteront l'aire de santé au sein du comité de santé de district.

Les comités de santé et les comités de gestion, au niveau des aires de santé, du district et de la province, n'ont d'autre support juridique que la loi sur les libertés d'association de 1990, qui n'était pas spécifique à la santé. Le décret présidentiel N° 95/013 du 7 février 1995 sur l'organisation des services de santé de base en districts de santé stipule en son article 2 que les structures de dialogues et de participation communautaire font partie du district de santé. Dès lors, placés sous la seule tutelle du ministère de la santé, ces comités voient donc leur liberté d'action limitée, alors que l'administration de la santé ne devrait être qu'un de leurs partenaires.

Au niveau périphérique, subsistent des structures de soins qui ne peuvent être rangées ni dans la catégorie des CSI, ni dans celle des hôpitaux de district. C'est le cas notamment des centres médicaux d'arrondissement (CMA), nouvelle appellation des hôpitaux des arrondissements administratifs, et qui sont les premières formations sanitaires qui bénéficient des services d'un médecin, avant l'hôpital de district. Avant la réforme, chaque unité administrative pouvait être desservie par un hôpital d'arrondissement, et pendant la période de mise en œuvre des SSP selon les directives d'Alma Ata (1980-1988), plusieurs structures de ce type ont été construites pour améliorer l'accessibilité géographique aux structures de soins ; la crise économique a contraint le ministère de la santé d'arrêter la construction de ces centres devenus CMA. Avec la réforme, certains de ces établissements sont devenus hôpitaux de district, d'autres devaient disparaître, la réforme ne prévoyant pas un autre niveau de soins dans les districts de santé. Or, ces établissements, outre leurs fonctions sanitaires, jouaient un rôle politique important : les hôpitaux d'arrondissement étaient la manifestation de la présence de l'État, et surtout de l'importance que celui-ci accordait à un arrondissement donné ; et les populations jugeaient de l'intérêt que leur portait un candidat aux élections par les dons qu'il pouvait faire à ce centre médical. Des compromis ont été nécessaires, et un troisième niveau de soins (entre le CSI et l'hôpital de district) a été créé dans certains districts : les centres médicaux d'arrondissement. Il existe 92 CMA au Cameroun qui posent un problème pour le système de référence/contre référence envisagé, les CMA rompent en fait la continuité des soins en créant des formations sanitaires d'un niveau ambigu par rapport au nouveau système.

Le pays dispose d'un hôpital pour 45.000 habitants et d'un centre de santé pour 12.000 habitants. Dans ce maillage du territoire en structures de soins, il faut également compter avec les 539 établissements du secteur privé qui, pour la plupart (95 %), relèvent du secteur confessionnel. Les formations sanitaires privées sont *de facto* intégrées dans le système de santé de district, et plusieurs formations sanitaires privées

confessionnelles sont responsables soit d'une aire de santé, soit d'un hôpital de district. Le secteur confessionnel (catholique et protestant) dispose de sa propre carte sanitaire. Ainsi, le service catholique de la santé épouse la division du territoire en diocèses autonomes, dispose d'un important réseau de formations sanitaires opérationnelles, et bon nombre d'activités, telles la formation du personnel, les commandes de médicaments auprès des grossistes, ou encore les négociations avec le Ministère de la santé, se déroulent sous le contrôle d'un bureau national dépendant de la Conférence épiscopale. Tous secteurs confondus, il existe un lit d'hospitalisation pour 400 habitants⁹.

LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé est financé par trois sources principales : les clients, l'État et les financements extérieurs (organismes de coopération bilatéraux et multilatéraux, et ONG). Le tableau ci-dessous présente l'évolution du budget national affecté à la santé. On remarquera que le budget de 1997 est revenu au même niveau que celui de l'exercice 1984 en valeur absolue, avec cependant une baisse très sensible du ratio budget de la santé/budget national qui passe de 5,14 % à 2,8 %. Signalons cependant que d'autres ministères que le ministère de la santé financent des activités de santé : l'éducation nationale, qui dispose d'une direction de la santé scolaire ainsi que des structures de soins scolaires dans toutes les provinces ; le ministère des forces armées, qui gère plusieurs structures de soins sur l'ensemble du territoire ainsi qu'un hôpital de référence à Yaoundé ; le ministère de l'enseignement supérieur, qui gère son "système de santé universitaire". Certaines structures de soins bénéficient par ailleurs de subsides du ministère des affaires sociales et du ministère de la condition féminine (comme le centre des Handicapés d'Etoug-Ebé , et la PMI de Tsinga à Yaoundé).

Tableau 2 : Evolution du budget national et du budget du ministère de la santé
(en milliers de FCFA)

Années	Budget national	Budget MSP	% budget national	% croissance
1980	246 000 000	12 403 702	5,04	17
1981	310 000 000	14 930 829	4,82	28
1982	410 000 000	20 761 986	5,06	16
1983	520 000 000	24 705 737	4,75	22
1984	620 000 000	31 848 632	5,14	14
1985	740 000 000	36 848 534	4,98	3
1986	800 000 000	38 081 585	4,76	-24
1987	650 000 000	30 636 420	4,70	-12
1988	600 000 000	27 471 176	4,58	11

9 Pour l'Afrique subsaharienne la moyenne s'établit à 1 lit pour 900 habitants.

1989	600 000 000	30 964 340	5,16	-11
1990	550 000 000	28 011 574	5,09	-12
1991	572 000 000	25 087 000	4,39	16
1992	573 600 000	29 886 000	5,21	- 6
1993	576 000 000	28 169 093	4,89	- 25
1994	581 000 000	22 523 000	3,88	-1
1995	682 000 000	22 230 000	3,26	7
1996	727 280 000	24 018 000	3,30	23
1997	1 214 750 000	31 322 000	2,80	23

Source : documents des MINEFI / MSP

La procédure d'engagement des fonds publics est longue et complexe. Les médecins responsables des services de santé de district ou d'hôpitaux de district ainsi que les infirmiers qui gèrent les centres de santé sont de fait ordonnateurs des dépenses de la structure qu'ils dirigent ; or ils sont loin d'être toujours formés à la gestion des finances publiques. C'est ainsi qu'en dehors des malversations (factures fictives, surfacturation), les contrôleurs du ministère de la santé se sont rendu compte que l'ignorance participe de beaucoup aux erreurs de gestion identifiées sur le terrain¹⁰. De plus, l'insolvabilité de l'État pendant des années a rendu difficile la recherche d'un fournisseur compétitif. Il reste difficile dans un district d'apprécier réellement la contribution du budget de l'État au moment de la planification, car il est difficile de savoir d'avance, sur les 1.500.000 FCFA de dotation alloués en moyenne à un district de santé, ce qui va effectivement servir au fonctionnement après les différents "pourboires", et autres frais de procédures à verser pour entrer en possession de son budget. Dans la pratique, un district ne pourra utiliser qu'une partie de la dotation budgétaire, et il est impossible de connaître ce qui reviendra effectivement à la structure au moment où elle élabore son plan d'action.

D'après le PNDS, "les ménages arrivent largement en tête du financement du secteur de la santé", mais en fait, en raison d'un système d'information peu satisfaisant, il est très difficile d'avoir une estimation de la "participation communautaire". Par ailleurs, tout comme l'État, l'usager a subi les contrecoups de la crise économique et sa capacité à financer les soins a certainement chuté. Par ailleurs, le Cameroun n'échappe pas aux détournements des fonds provenant du recouvrement des coûts par les membres des comités de gestion ou les professionnels de la santé. Dès lors, on comprendra que les membres de la communauté qui achètent leurs médicaments et payent leurs prestations sont peu disposés à continuer de verser de l'argent sachant que leur contribution sera détournée en toute impunité. D'autant que le cadre institutionnel et réglementaire des comités de santé ne prévoit pas de sanctions en cas de détournement. La solution la plus souvent envisagée est la démission des membres du comité de

¹⁰ Un inspecteur nous soulignait au cours d'un séminaire de formation des équipes cadres des districts urbains de Douala en mars 1999 que "nous nous sommes rendu compte qu'ils ignorent la procédure des engagements et la gestion des finances publiques. Ils ne connaissent même pas l'existence de certains textes réglementaires nécessaires à l'exercice de leur fonction".

gestion issus de la communauté, et la mise en place d'un comité provisoire composé uniquement des personnels de santé.

Les différentes organisations de coopération, bilatérales et multilatérales, financent le système de santé par des aides et des prêts. Les financements du secteur privé à but non lucratif sont mal connus, mais on les estime à 10 milliards, les financements des aides extérieures, toutes sources confondues, seraient passés de 3 milliards en 1990 à une moyenne de 6 milliards ces dernières années, après avoir atteint 9 milliards en 1992. Le tableau ci-dessous présente les estimations de ces financements :

Tableau 3 : Engagements financiers des principaux bailleurs de fonds
(en millions FCFA)

Bailleurs de fonds	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Multilatéraux	64	342	1147	1820	1866	2733	2729	2729	2224
Bilatéraux	2121	4884	7010	6159	5302	4325	3639	3433	2750
ONG	826	1042	1226	365	170	18	9	--	--
Total	3011	6268	9383	8344	7338	7076	6381	6168	4974

Source : document de projet du Programme "santé, fécondité, nutrition", Banque mondiale)

Depuis 1990, le financement des organismes multilatéraux augmente constamment. Jusqu'en 1998, alors que le financement par les ONG baisse. Cette baisse est difficilement explicable, il convient de la considérer avec prudence : il est vraisemblable que l'acceptation du terme ONG ait changé entre 1990 et 1999.

La coordination des activités des différents partenaires est problématique, et il est très difficile de concilier les objectifs de visibilité¹¹ des donateurs, les priorités du ministère de la santé, et les exigences de gestion des ministères des finances et du plan. C'est ainsi que la coopération chinoise a pu faire don d'un hôpital pédiatrique, construit à Yaoundé comme l'exige le donateur, dont un des murs d'enceinte est mitoyen de celui de l'Hôpital général de Yaoundé qui dispose d'un service pédiatrique dont le taux d'utilisation est inférieur à 40 %. La Banque Mondiale a restructuré trois fois en deux ans le Projet Santé Fécondité Nutrition qu'elle finance. En premier lieu, il s'agissait de commencer la réforme en favorisant les campagnes qui avaient été négligées par les politiques précédentes ; mais la situation dans les villes se dégradait. Puis il s'est agi d'étendre le projet aux deux principales villes du pays, Yaoundé et Douala. Mais la Banque Mondiale refusait de financer un projet qui ne couvre pas aussi une zone rurale, et obtint alors que les neuf districts urbains soit couplés avec neuf districts ruraux. Modifié trois fois à l'initiative de la Banque Mondiale, le projet ne concerna plus que deux districts urbains.

¹¹ Les organismes de coopération ont une préférence pour les projets aux résultats visibles à court terme, mais souvent peu durables.

LES PERSONNELS

Le Cameroun dispose d'un potentiel humain important dans les divers domaines de la santé (médecine curative dans les diverses spécialités, professionnels de la médecine préventive, professionnels de santé publique, administrateurs de santé, planificateurs, etc.). Le Cameroun compte un médecin pour 11.000 habitants, 1 infirmier pour 2.000 habitants, et 1 aide-soignant pour 3.000 habitants¹² ; ces chiffres se situent dans la moyenne observée pour l'Afrique subsaharienne. L'effectif est stable depuis plusieurs années et les personnels vieillissent. Les recrutements à la fonction publique se sont arrêtés pour toutes les catégories de professionnels de la santé en dehors des médecins diplômés de la Faculté de médecine et de Yaoundé. Les postes libérés du fait des départs en retraite et des décès ne sont pas maintenus. De plus, la gestion du personnel au niveau central n'est pas très rationnelle : à titre d'exemple, si l'insuffisance des spécialistes en santé publique dans les districts est reconnue au niveau central, des médecins formés dans cette spécialité attendent une éventuelle affectation pendant une année ; sans compter que les personnels formés pour la gestion des districts est principalement en poste au niveau central, pendant que du personnel non formé pour cette fonction assure tant bien que mal la gestion des districts sur le terrain.

La détérioration du cadre de travail, la non-reconnaissance du travail accompli, le gel des salaires à un niveau très bas contribuent par ailleurs à la démotivation du personnel. Une partie du personnel s'est tournée vers un mode d'exercice plus lucratif que la médecine, ou cumule avec des activités externes à l'hôpital. D'autres trouvent, grâce aux détournements et au racket des usagers, des moyens de maintenir leur niveau de vie.

Des problèmes aigus de formation se posent. Moins de 20 % des médecins chefs de district disposent d'une formation professionnelle en management de la santé. Toutes les provinces sont dotées d'une école de formation, cependant ces structures sont délabrées, manquent de matériel pédagogique, et dispensent des formations désuètes. Les programmes de formation initiale ne sont guère pris en compte dans les politiques nationales de santé, et la formation continue et complémentaire du personnel n'est pas organisée.

LE MARCHÉ PHARMACEUTIQUE

En 1993, le marché pharmaceutique camerounais était estimé à 35 milliards de FCFA répartis entre le secteur privé commercial (80 %) et l'approvisionnement des structures publiques et privées à but non lucratif. Le secteur pharmaceutique comprend trois groupes d'acteurs :

- le secteur public financé par l'État avec l'aide de la communauté internationale qui fournit des médicaments génériques

¹² Source : "Quelques données statistiques sur les personnels médical et médico-sanitaire au Ministère de la santé publique", Yaoundé, 1999.

- le secteur privé qui vend des spécialités importées ou fabriquées localement, et des médicaments génériques
- le secteur privé confessionnel (catholique et protestant) qui met à disposition des médicaments génériques avec un système de un recouvrement des coûts

Initialement gratuits, les médicaments disponibles dans les formations sanitaires publiques devenaient de plus en plus rares, les centres étant approvisionnés très irrégulièrement en raison des modes de financement de l'État et d'une mauvaise gestion. Pour remédier à cette situation, l'Office national pharmaceutique (ONAPHARM) fut alors créé en 1986 pour remplacer la Pharmacie centrale d'approvisionnement. Mais l'ONAPHARM n'a pu remplir les fonctions qui lui étaient dévolues. En 1997, la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (CENAME), centrale nationale d'achat et de distribution des médicaments essentiels génériques aux formations publiques et privées, a été créée avec l'appui de l'Union Européenne. En 1999, son chiffre d'affaires était en pleine progression.

Toujours grâce à l'appui de l'aide internationale, des centrales d'approvisionnement ont été créées dans les provinces qui se sont vu doter de Centres d'approvisionnement pharmaceutique provinciaux (CAPP), mais qui n'avaient alors aucun statut juridique. Leur gestion était à la fois publique et communautaire ; ils peuvent parfois bénéficier de l'appui de bailleurs de fonds. Ces centres approvisionnent les formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif.

Le secteur privé s'est beaucoup développé au Cameroun sous l'effet conjugué des carences du secteur public et de la croissance économique. Cependant la dévaluation monétaire de 1994, puis la création de la CENAME ont réduit le marché des importateurs privés. Trois types d'acteurs se partagent ce marché privé : les grossistes importateurs, les producteurs locaux, les officines dont le nombre s'élevait à 308 en 1994¹³. Les structures privées à but non lucratif, c'est-à-dire essentiellement les structures confessionnelles, dont les activités pharmaceutiques s'élèveraient à 40 % de l'offre de médicaments dans les structures de première ligne, s'approvisionnent à la CENAME ou directement à l'étranger.

Il faut aussi compter avec un marché parallèle illicite, qui s'est beaucoup développé, et qui met à disposition des médicaments, conditionnés ou en vrac, sur les marchés ou la voie publique. Mais ces médicaments se retrouvent aussi dans les structures du service public avec la complicité du personnel soignant. Cependant la limite entre attitudes licites et illicites est ici difficile à poser : les importations autorisées peuvent être écoulées illégalement sur les marchés à la suite de détournements, tandis que les importations illégales se retrouvent dans les structures publiques. Les médicaments illicites représenteraient 40% du marché pharmaceutique national ; les importations sauvages se font notamment à partir du Nigeria voisin.

Une politique pharmaceutique nationale a été élaborée et retenue par consensus national en 1999. Une liste de médicaments essentiels a été établie, et une commission est chargée de la réactualiser tous les deux ans. La CENAME s'approvisionne sur appel d'offres restreint après présélection des fournisseurs. Il existe un laboratoire national de contrôle de la qualité qui est fonctionnel. Des projets d'appui en équipement, notamment de l'OMS et de l'Union européenne, existent. Mais la libéralisation des tarifs, dont ceux

13 Direction des Services Pharmaceutiques, Yaoundé, Ministère de la Santé Publique, 1994.

des médicaments, réclamée par les institutions financières internationales, entre en contradiction avec l'application d'une réglementation des prix publics. En fait, l'absence d'une politique tarifaire du médicament et la libéralisation de la vente ne favorisent pas l'accessibilité financière aux médicaments génériques. La CENAME n'a pas le monopole de l'approvisionnement du médicament dans le secteur public. On peut alors observer une disparité des prix de vente dans une proportion pouvant aller de un à quatre selon les sites de vente.

CONCLUSION

Le Cameroun met en place depuis 1990 une politique de santé qui correspond aux recommandations de l'initiative de Bamako et aux résolutions de la conférence de l'Organisation mondiale de la santé de Harare. Si beaucoup a été fait pour la rationalisation de la carte sanitaire et de la décentralisation au niveau des districts de santé, beaucoup reste à faire pour l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des urgences, pour l'organisation du système de référence-contre référence, la coordination des financements extérieurs et bien d'autres domaines. La sous-utilisation des formations sanitaires de soins primaires et des structures hospitalières du secteur public est à l'origine d'un coût d'acte curatif très important. Les structures sanitaires sont peu entretenues, et la réduction des ressources contribue au manque de maintenance, avec pour conséquence une réduction importante de la proportion des structures sanitaires fonctionnelles. Il est bien difficile alors de parler de qualité des soins et services, surtout dans un système de recouvrement des coûts qui semble exclure la partie de la population la plus démunie, et où la participation communautaire est faible.

Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun¹

Jean-François Médard²

Depuis les années soixante-dix, sous l'inspiration de l'O.M.S. et plus récemment sous l'impulsion de la Banque mondiale, le Cameroun est engagé dans un processus de réforme quasi permanente de son système de santé. Suite à la conférence d'Alma Ata en 1978, le Cameroun avait ratifié la Charte de développement sanitaire de l'Afrique, charte qui faisait des soins de santé primaires, la stratégie essentielle en vue d'atteindre l'objectif de la "Santé pour tous en l'An 2000". Ce fut un échec. Le Cameroun s'est associé par la suite à un certain nombre d'initiatives prises ultérieurement en Afrique, avec les conférences de Lusaka (1985), d'Hararé (1987) et surtout celle de Bamako (1987) qui a jeté les bases du recouvrement des coûts. La politique actuelle de Réorientation des Soins de Santé Primaire, officiellement adoptée en 1992, vise à restructurer le système de santé national à partir du district de santé. Pour la période de 1998 à 2008, le ministère de la Santé publique (MSP) a mis sur pied un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Les principales orientations stratégiques retenues sont de réduire la morbi-mortalité des groupes les plus vulnérables d'un tiers, de mettre en place une structure sanitaire délivrant le Paquet Minimum d'activités (PMA) à une heure de marche pour 90 % de la population, et de pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90 % des structures sanitaires, d'ici à 2008.

Au coeur de ce processus de réforme, a été lancée une politique de décentralisation de plus en plus poussée qui, si elle parvenait à son terme, devrait transformer le système de santé d'une façon radicale³. Cela s'est traduit par toute une série de mesures légales et réglementaires⁴ encore incomplètes. Plus récemment, en juillet 1999, lors de la mission

¹ Ce travail s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche sur les politiques de santé en Afrique centrale (IRD-CEAN-CIESPAC). Je tiens à remercier les personnels du ministère de la Santé Publique pour leur accueil et leur disponibilité. Plus particulièrement, je tiens à remercier les docteurs Alain Vigouroux et Chevalier pour leur aide à la fois matérielle, intellectuelle et amicale. Ils m'ont introduit au domaine, nouveau pour moi, de la santé publique, mais ils ne sont pas responsable de mes erreurs

² Institut d'Études Politiques, Domaine universitaire BP 101 33405 Talence, medard@cean u-bordeaux.fr.

³ Pour situer le cas camerounais dans son contexte africain, voir Wim Van Leberghe et Vincent de Brouwere, "État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne", in Marc-Eric Gruénais et Roland Pourtier dir., *La Santé publique en Afrique, Anciens et nouveaux défis*, Afrique contemporaine, La Documentation française, N°195, juillet-septembre 2000, p.175-190; et Joseph Brunet-Jailly, "La politique publique en matière de santé dans les faits en Afrique de l'Ouest", *ibidem*, p.191-203. Pour situer le cas africain dans une perspective comparative, voir Sonia Fleury, "Pluralisme, iniquité et gouvernance. Dilemmes de réformes en soins de santé en Amérique latine, *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol.5, n°2, 1998. Voir aussi, Joseph Brunet-Jailly dir., *Innovations dans les systèmes de santé, expériences de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 1997.

⁴ Mentionnons simplement certaines étapes récentes et significatives du processus : la loi n°90/062 du 19 décembre 1990 accordant dérogation spéciale aux formations sanitaires publiques en matière financière; en décembre 1992, la Déclaration de politique sectorielle de santé du Cameroun, qui affirme clairement la volonté du gouvernement d'assurer une décentralisation réelle du pouvoir de décision en vue d'une gestion efficace; le décret n°93/228/PM du 15 Mars 1993, fixant les modalités

conjointe Banque Mondiale-FMI de revue du cadre de politique économique et financière, le gouvernement s'est entendu avec ses partenaires pour élaborer un document de stratégie sectorielle pour la santé. Un comité de pilotage réunissant tous les partenaires, a été mis en place par le MSP, pour élaborer cette stratégie. Le document n'a pu être approuvé à la date prévue (mars 2000) et l'échéance a dû être repoussée à plusieurs reprises. Une nouvelle mouture, encore provisoire, a été rédigée en février 2001. Dans la meilleure des hypothèses, le document ne devrait pas être opérationnel avant deux ou trois ans. Ce document s'inscrit dans le contexte de l'accord triennal au titre de la Facilité d'Adjustement Structurel Renforcée signée avec le F.M.I. le 20 Août 1997. Par ailleurs, le Cameroun est devenu éligible à l'Initiative Révisée de l'Allègement de la Dette des Pays Pauvres, et le gouvernement a décidé d'inscrire, l'élaboration des stratégies sectorielles dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'agriculture et des infrastructures, au cours de la 3ème année de son programme d'ajustement structurel. Comme mesure préalable à la remise des dettes extérieures, les allègements consentis devront être consacrés aux réformes structurelles et au développement des secteurs sociaux⁵.

Etudier le processus de décentralisation du système de santé au Cameroun pose un problème particulier, puisqu'il qu'il ne s'agit pas de faire le bilan d'une réforme déjà réalisée mais d'étudier, à un moment donné, la dynamique d'une réforme en cours de gestation, et qui ne sera peut être jamais achevée. L'élaboration législative et réglementaire est en cours et les textes d'application ne sont pas tous sortis. Une pratique est pourtant en train de s'esquisser à partir de directives et d'initiatives non coordonnées, sans s'appuyer toujours sur une base juridique précise. Cette confusion est aggravée de surcroît par la balkanisation des aides internationales qui se partagent le territoire. Les bailleurs de fonds ont déjà lancé, à l'intérieur des provinces qu'ils se sont réparties, chacun de leur côté et sans coordination, des projets qui vont dans le sens de la décentralisation. Il en résulte une situation dont il est impossible de faire le point exact. Il n'en reste pas moins que se développe une dynamique de réforme qui fait de la décentralisation son principe directeur, et dont il est intéressant de mettre à jour la logique.

d'application de la loi précitée et permettant sa mise en oeuvre effective; la déclaration de mise en oeuvre de la réorientation des soins de santé primaires(1993); le décret présidentiel autorisant l'organisation du territoire national en districts de santé; le décret du 7 janvier 1995 portant organisation des services de santé de base en districts de santé; la loi n°96/03 du 4 janvier 1996 portant loi-cadre dans le domaine de la santé. Cette loi met en avant l'idée de "rationalisation du système de gestion sanitaire et du financement du secteur, notamment par le développement de la gestion décentralisée des ressources humaines, financières et matérielles affectées au secteur santé, à travers le développement du partenariat entre les pouvoirs publics, les communautés bénéficiaires et tous les autres intervenants en matière de santé"; l'arrêté du 21 septembre 1998, fixant les modalités de création des structures de dialogues et de participation communautaire dans les district de santé ..La constitution de 1996, par ailleurs a prévu une décentralisation des collectivités locales qui n'a pas été encore mise en application Enfin, certaines mesures de libéralisation du régime permettent la création d'associations, ce qui va aussi dans le sens de la décentralisation. Ajoutons le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS 1999-2009).

⁵ Sur les implications de ces mesures sur les États africains, voir Gérard Chambas et François Kerhuel, "La Réforme de l'État : implications des Cadres Stratégiques de Réduction de la Pauvreté", in Jean de Gaudusson et Jean-François Médard, dir. *"L'État africain entre le local et le global"*, à paraître dans l'Afrique contemporaine, 4ème trimestre 2001.

Il nous faut préciser au préalable la notion de décentralisation dont il est question ici, car elle ne correspond pas tout à fait à la notion classique française qui oppose décentralisation et déconcentration. En suivant les suggestions d'Anne Mills et al.⁶, il faut voir la centralisation et la décentralisation comme des mouvements entre deux pôles extrêmes, et non les aborder comme s'il s'agissait de situations rigoureusement antinomiques et exclusives l'une de l'autre. Dès le départ, il faut bien distinguer la décentralisation géographique et la décentralisation fonctionnelle.

— Dans la "décentralisation géographique", on transfère la responsabilité des grandes fonctions publiques à des organismes locaux ayant compétence sur un territoire bien défini. C'est ce qui correspond, en gros, au sens français de décentralisation. Cela débouche sur la création de collectivités territoriales autonomes et dirigées par des autorités élues. C'est de cela dont il s'agit normalement, lorsqu'on évoque les réformes de décentralisation.

— Dans la "décentralisation fonctionnelle", il y a transfert d'autorité d'une fonction particulière, à un bureau local spécialisé. C'est le cas de ce qui est entrepris dans le domaine de la santé publique. L'opposition classique en droit administratif entre décentralisation et déconcentration s'avère ici peu pratique pour aborder la décentralisation sectorielle de la santé. Mieux vaut plutôt partir de la distinction entre quatre niveaux de décentralisation : la déconcentration, la dévolution, la délégation et la privatisation.

— On parle de "déconcentration" à propos d'un "transfert partiel de l'autorité administrative aux bureaux locaux d'un ministère central."⁷ Elle implique le transfert de pouvoirs administratifs plus que politiques, c'est donc la forme la moins poussée de la décentralisation. L'organisme central et l'organisme déconcentré constituent une seule et même personnalité juridique, et ce dernier n'a aucun pouvoir réglementaire ou fiscal⁸. La déconcentration implique la "création d'un ou plusieurs niveaux administratifs supplémentaires dotés d'un pouvoir gestionnaire"⁹. Dans le cas de la santé publique, elle touche le développement et/ou le renforcement d'unités administrative locales (directions régionales ou provinciales de santé) qui sont rattachées directement au Ministère de la Santé.

— La "dévolution" consiste dans la "création ou le renforcement de niveaux administratifs infra-nationaux qui bénéficient d'une large indépendance vis-à-vis de l'échelon national"¹⁰. Elle correspond à la vision stricte de la décentralisation, avec pouvoirs de réglementation et de taxation, élection des titulaires, et transfert substantiel de pouvoirs¹¹. La dévolution, du point de vue de la santé publique, suppose un transfert des compétences en matière de santé aux collectivités locales décentralisées qui disposent ainsi d'une autonomie vis à vis de l'administration centrale de la santé.

— La "délégation" implique "le transfert de responsabilités gestionnaires pour des fonctions bien définies à des organisations qui se situent en marge de l'administration

⁶ Anne Mills et al., *La décentralisation des systèmes de santé, concepts, problèmes et expériences dans quelques pays*, O.M.S., Genève, 1991, p.11-12.

⁷ *ibid.* p.17.

⁸ Jean Turgeon, Vincent Lemieux, La décentralisation : panacée ou boîte de Pandore ?, in *Le système de santé québécois*, pp.173-193.

⁹ Anne Mills et al., *op cit.* p.17-20.

¹⁰ *ibid.* p.21-23.

¹¹ Turgeon et Lemieux, *op. cit.* p 177.

centrale et font seulement l'objet d'un contrôle indirect"¹². Elle fait référence à des organismes spécialisés dotés d'une personnalité juridique propre et dirigés par des personnes nommées¹³. La délégation se rattache au développement de l'autonomie de gestion des établissements hospitaliers, des centrales d'achat de médicaments, d'écoles de santé, ou la constitution d'entreprises parapubliques se situant en marge de la structure administrative centrale.

— Enfin, on parle de "privatisation". Elle implique "le transfert de fonctions administratives à des organismes bénévoles ou à des entreprises privées, à but lucratif ou non, dans le cadre d'une réglementation officielle, poussée ou non"¹⁴. Elle concerne le développement d'initiatives non gouvernementales, à but lucratif ou non, émanant d'individus, d'associations, de groupes et de communautés, qui visent à assurer des services de soins. La privatisation apparaît ainsi comme le stade ultime, la forme extrême de la décentralisation. Il faut distinguer les situations où l'État continue d'assurer pleinement le financement des soins et des services de santé, de celles où ce financement n'est que très peu ou pas assumé par l'État. Le premier cas, correspond plutôt à une délégation vers le secteur privé. Ce n'est que lorsque l'État ne participe plus au financement que l'on peut parler de véritable privatisation. Dans ce cas, l'usager supporte lui-même la totalité du coût des soins. Dans le cas de la privatisation au sens strict, la décentralisation se fait au profit du secteur marchand, c'est-à-dire privé à but lucratif¹⁵. Cette typologie est utile, mais ne doit pas être utilisée d'une façon rigide, car dans la pratique nous verrons qu'on n'évite pas les chevauchements entre les différentes formes de décentralisation.¹⁶

La décentralisation est introduite dans le système de santé public au Cameroun comme un ensemble de techniques visant, par l'autonomisation des structures de santé, à transformer profondément le comportement dysfonctionnel du personnel sanitaire, médical et paramédical, qui est considéré comme étant à la source de la crise du système de santé. Le secteur public de la santé, souffre, comme toutes les administrations au Cameroun, des effets additionnés et combinés du bureaucratisme et du patrimonialisme. Le bureaucratisme, expression qui vise à recouvrir l'ensemble des effets pervers de la bureaucratie, a pour effet, par un déplacement des buts, une appropriation corporative et collective de l'administration par son personnel. C'est une situation que nous connaissons bien en France. Le patrimonialisme, qui se caractérise par la confusion du public et du privé, a pour effet une appropriation privée et personnelle de

¹² *ibid.* p.24-25.

¹³ Turgeon et Lemieux, *op. cit.*, p.176.

¹⁴ AMills et al., *op. cit.*

¹⁵ *ibid.*, p.177-8.

¹⁶ Turgeon et Lemieux proposent de distinguer les fonctions de la décentralisation. La fonction de gouverne renvoie aux décisions impératives prises par les autorités d'un système politique. Les fonctions de gestion sont plus ou moins soumises aux fonctions de gouverne dont elles assurent la mise en oeuvre et la spécification. Les fonctions de financement concerne l'obtention des recettes nécessaires au financement des autres fonctions. Les fonctions de production de services ont pour objet de fournir des prestations de services auprès de prestataires. Chaque type de fonction va se caractériser par certains avantages et inconvénients. La déconcentration permet une meilleure coordination et une meilleure équité. La délégation permet davantage d'efficacité, d'équité, et de représentativité. La dévolution : permet la coordination, l'efficacité, la responsabilité, et l'équité. La privatisation favorise l'efficacité, l'efficience, et la responsabilité. Turgeon et Lemieux, *op. cit.*, p.178.

l'administration par son personnel. Il se manifeste par une corruption systémique et généralisée. Il résulte de ces deux maux cumulés et combinés un dysfonctionnement structurel du système de santé, car c'est le personnel et non le malade qui devient la raison d'être de l'organisation. On espère par la décentralisation, parvenir à modifier le comportement du personnel sanitaire et recentrer le système de santé sur son objectif, la santé publique, c'est-à-dire la santé de la population. L'idée fondamentale qui se dégage c'est que le problème, avant d'être une simple question de financement, une question de "gros sous", est d'abord un problème de ressources humaines. L'objet de cet article est donc d'aborder la réforme au niveau de l'articulation entre la décentralisation et les ressources humaines après avoir examiné la crise du système de santé publique au Cameroun¹⁷.

LA CRISE DU SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE AU CAMEROUN¹⁸

Au Cameroun, le système de santé publique comprend le secteur public, qui trouve son origine dans la médecine coloniale hospitalière et militaire, traditionnellement gratuite, qui est géré par le Ministère de la Santé publique, le secteur parapublic qui est géré par des organismes publics qui ne sont pas rattachés au MSP, le secteur privé lucratif et le secteur privé confessionnel. Le secteur quantitativement dominant, par son personnel et son équipement, est le secteur public. Le secteur privé lucratif est relativement marginal. Mais le secteur confessionnel occupe pour des raisons historiques, une place très particulière dans le dispositif. Globalement, le bilan négatif de la situation sanitaire au Cameroun sur lequel s'accorde tous les observateurs reflète une crise profonde du système de santé camerounais.

La situation sanitaire du Cameroun : un bilan négatif

La population est passée de 7,4 millions d'habitants en 1975 à 15.1 millions en 2000. Le taux de croissance annuel se situe à 2,7 %, et le taux de croissance urbain à 4,9 %. Plus de 45 % de la population réside actuellement en ville. Les indicateurs de santé, qui avaient progressé depuis l'Indépendance accusent, sous l'influence de la crise

¹⁷ Notre travail n'aborde donc pas l'ensemble de la réforme, ni même l'ensemble de la question des ressources humaines.

¹⁸ Le terme de santé publique, selon Julio Frenk, comporte traditionnellement cinq connotations. La première associe l'adjectif public à l'action gouvernementale, c'est à dire le secteur public. La seconde plus large, inclue aussi la participation de la communauté organisée, c'est à dire du public. La troisième identifie la santé publique aux services de santé non personnels. Selon un autre usage on ajoute des services préventifs destinés aux groupes les plus vulnérables. Enfin, dans un langage non technique, on associe les problèmes de santé publique à des maladies qui sont particulièrement dangereuses. La notion de santé publique apparaît alors comme un sous-système séparé de services fournis par l'État et parallèle à la médecine curative à haute technologie dominante. Plus récemment, est apparue une conception plus large où "L'adjectif public ne désigne pas un ensemble particulier de services, une forme de propriété, ou un type de problème, mais plutôt un niveau spécifique d'analyse : le niveau de la population". Le système de santé publique équivaut alors au système de santé concernant la population d'un pays donné. Julio Frenk, "The New Public Health", 1963, 14, p.472.

économique, un net fléchissement depuis 1991¹⁹. Si l'espérance de vie à la naissance est passée de 45.8 en 1960 à 54.3 ans en 1991, et à 59 ans en 1998, et le taux brut de mortalité de 12.8 en 1991 à 10.1 en 1998, l'état sanitaire de la mère et de l'enfant s'est dégradé. Les femmes et les enfants demeurent les groupes les plus exposés aux risques de mortalité infantile et maternelle encore très élevés : le taux de mortalité infantile qui était descendu de 170 pour 1000 en 1960 à 65 en 1991 est remonté à 77 en 1998 et le taux de mortalité neo-natale est passé de 33,1 à 37,2. Aussi, n'est-il pas surprenant que l'indice de développement humain soit passé du 124ème rang en 1996 sur 173, au 132ème rang sur 175 en 1998. 38,5 % des habitants sont touchés par la pauvreté, selon l'Indice de Pauvreté Humaine (IPH) %.

Les indicateurs de moyens concernant l'encadrement sanitaire sont supérieurs aux indicateurs de santé, ce qui dénote une mauvaise productivité du système. Le réseau d'infrastructure est bien développé et couvre assez bien les besoins du pays. L'encadrement médical et sanitaire est, d'un point de vue quantitatif, relativement satisfaisant. La croissance économique des années 70, et surtout le boom pétrolier de la première moitié des années 80, avaient favorisé un développement appréciable des structures de santé. En 1960, il y avait 1 lit d'hôpital pour 315 habitants et un médecin pour 20.000 habitants. En 1997, selon Joseph Tsangsi, le pays comporte 1031 structures publiques de santé appuyées sur un personnel de santé de 14.292. En 1996, on estime le nombre de médecins à 1007 et d'infirmiers à 4.363²⁰. Une autre évaluation du Ministère de la santé publique avance le chiffre d'1 lit d'hôpital pour 456 habitants et en ville, d'un médecin pour 11.000 habitants, 1 infirmier pour 2081 habitants et un aide-soignant pour 3.000 habitants. On compte un hôpital pour 45.000 habitants et un centre de santé pour 12.000 habitants, soit 1 lit pour 400 habitants (moyenne pour l'Afrique subsaharienne, 1 pour 900 habitants). Mais ces équipements quantitativement importants ne sont pas entretenus, on estime que 20 à 25 % d'entre eux sont réellement opérationnels, alors que le taux d'utilisation des hôpitaux est de seulement 30 %. Quant au personnel, sous la pression de la crise, des plans d'ajustement structurels et la dévaluation, les recrutements ont été stoppés, et plutôt que de diminuer le nombre des fonctionnaires, on a préféré amputer leur déjà maigres salaire de façon considérable. Ceci a entraîné une démotivation accentuée du personnel dont le vieillissement s'accélère au point que beaucoup vont prendre la retraite dans les années qui viennent. Le secteur privé, quant à lui comporte 539 établissements qui appartiennent pour la plupart au secteur confessionnel : Le service de Santé Catholique opère 190 équipements²¹ dont 8 hôpitaux avec un personnel de 1,315 personnes. Le Département de la santé de la FEMEC, qui regroupe les églises protestantes, gère 147 formations dont 28 hôpitaux avec un personnel de 2,474 employés dont 78 médecins et 90 expatriés²². Mais le secteur non lucratif se débat dans des difficultés économiques considérables : les écoles de formation d'infirmiers du secteur privé confessionnel ont du fermer leurs portes depuis 1986 et le personnel vieillissant s'en va sans être remplacé.

¹⁹ Tous ces chiffres sont à manier avec précaution et ne sont donnés qu'à titre indicatifs. La comparaison est difficile entre les diverses sources, en raison de certaines contradictions.

²⁰ Joseph Ntsangsi, *An Analysis of Health Sector Expenditures in Cameroun Using a National Health Accounts Framework*, papier non publié.

²¹ Responsable du Service Catholique de Santé

²² Rapport général, Fédération des Eglises et Missions Évangéliques du Cameroun (FEMEC), non daté

Selon une enquête non publiée, 48 milliards de FCFA des dépenses de santé sont allés aux établissements publics (28 %), 30 milliards au secteur privé confessionnel, 6,5 milliards au secteur privé lucratif et 9,3 milliards aux guérisseurs. En 1996, on estime, qu'en raison de l'informalisation de fait du secteur public, les ménages assurent en réalité 75 % des dépenses médicales, contre 11 % le secteur public et 7 % l'aide extérieure. Près des 3/4 des dépenses des ménages se font dans le secteur informel. Plus de 60 % de la population camerounaise utilise le secteur privé pour les soins curatifs. Les dépenses publiques consacrées à la santé sont faibles et la dépense publique de santé se monte à 2000 FCFA par habitant. Le budget public représente 4 % du budget national en 1999-2000, ce qui est bien loin des 10 % fixé comme cible par l'O.M.S.. Cinquante pour cent des ressources sont affectées au secteur central et 80 % des dépenses sont absorbées par le personnel. Dans les années 90-96, le pourcentage consacré à la santé dans le budget de l'État ne se montait qu'à 2,5/3 %. Mais le budget exécuté est lui-même beaucoup plus faible que le budget prévisionnel. Aussi, en définitive, ce sont les ménages qui supportent l'essentiel des dépenses de santé. On ne peut qu'être frappé par la faiblesse du financement public par rapport au financement privé. Cela est dû, en partie, à la crise économique qui a entraîné la chute du revenu par tête depuis 1986 de \$1020 à \$635. Son impact, en raison des plans d'ajustement structurel, a été plus élevé sur les dépenses publiques de santé que sur les dépenses privées. La dévaluation de 1994 a de plus doublé le prix des médicaments et des fournitures importées. Du point de vue financier, ce sont les apports des malades qui constituent la principale source de recettes (94,70 %), les principales lignes de dépenses étant les frais de personnel (53,19 %) et l'achat des médicaments (27,58 %).

L'iniquité du système de santé camerounais est extrême : on estime ainsi que les 10 % les plus pauvres de la population ne dépensent que \$5,4 contre \$90,4 pour les 10 % les plus riches, et que 20 % de la population est pratiquement exclue des soins de santé. Ces chiffres révèlent l'existence de sérieux dysfonctionnements.

Les dysfonctionnements du secteur public

Le secteur public de la santé se trouve dans un état déplorable. On rend généralement la crise économique responsable d'une telle situation. Cependant, le problème est qualitatif avant d'être quantitatif et s'il est incontestable que la crise l'a aggravé considérablement comme le montre l'évolution des indices, il faut garder à l'esprit que la mauvaise gestion de l'administration de la santé, comme des autres administrations, a toujours existé. Le problème est récurrent et véritablement structurel.

Un problème ancien

Contrairement à ce qu'on dit souvent, il ne s'agit pas là d'un phénomène récent ou simplement conjoncturel. En raison de la crise économique persistante, les gens ont tendance à idéaliser le passé et les années Ahidjo. Or la mauvaise gestion et la corruption qui en est la manifestation la plus caractéristique, étaient déjà à l'époque, généralisées et systémiques. Ce qui est vrai, c'est qu'elles se sont considérablement aggravées avec la crise. "Au Cameroun, la corruption a été corrompue", selon l'expression d'un observateur, sous l'effet des plans d'ajustement structurel, des

réductions massives de salaires et de la dévaluation. Les contraintes de survie sont devenues quasi insurmontables. Curieusement, il y a vingt-cinq ans, nous formulions précisément le même diagnostic de corruption et de mauvaise gestion au sujet du système politico-administratif camerounais. Nous fondions alors notre diagnostic en nous appuyant en particulier sur les domaines de la santé publique et de l'éducation que nous pouvions observer directement²³. Les cas de mauvaise gestion et de corruption étaient alors choquants et innombrables : on pourrait multiplier les exemples. Dans les années 1970, les abords de l'hôpital central de Yaoundé étaient couverts d'ordures, les rats y grouillaient, et les infirmiers urinaient dans la cour. Pour être effectivement soigné, il fallait, soit connaître quelqu'un, soit payer un pot-de-vin. Il n'y avait pas de service d'urgence digne de ce nom : ainsi un originaire de Douala qui avait été empoisonné, s'était vu refuser le soir l'entrée de l'hôpital. Ses amis n'eurent d'autre solution que de le véhiculer sur des pistes défoncées jusqu'à Douala, où il put être pris en charge. Les malades, une fois admis à l'hôpital, pouvaient passer une semaine sans recevoir la visite du médecin. Il y avait toujours des problèmes de rupture de stocks pour les médicaments et les diverses fournitures, pas seulement en raison des vols, mais par simple absence de prévision. Un témoin nous a raconté que lorsque les responsables s'étaient réunis pour réfléchir à l'équipement du nouvel hôpital universitaire, on avait pensé aux voitures de service et à l'équipement des bureaux des professeurs avant de se préoccuper des lits des malades... Le sort des malades n'était pas la priorité, alors que le problème de la survie matérielle du personnel ne se posait pas dans les mêmes termes qu'aujourd'hui. Ainsi en 1977, nous écrivions : ...qu'il fallait renoncer à l'illusion...de penser que ces institutions sont d'abord là pour remplir leur fonction manifeste. Il faut abandonner l'idée qu'au Cameroun, un hôpital public est d'abord là pour soigner des malades. Des malades sont "soignés" certes, mais il ne s'agit là que d'une fonction secondaire et accessoire... Nous avons pu constater que des progrès sensibles avaient été réalisés depuis : nous ne pourrions plus aujourd'hui réécrire ce que nous avions écrit sur l'hôpital central de Yaoundé : il s'est agrandi, il a été repeint et réhabilité. Mais, si l'on en croit les usagers, on peut douter que les problèmes fondamentaux de gestion, d'inefficacité et de corruption aient été véritablement résolus. Le tableau, peint un peu plus tard par Bernard Hours au moment de l'apogée de la croissance économique, n'est pas bien différent, sauf que c'était alors le personnel para médical plus que le personnel médical qui était mis en question²⁴. Il est frappant de constater que ce sont fondamentalement les mêmes problèmes qui sont évoqués vingt-cinq ans après : la corruption certes, et d'une façon plus générale, une crise de l'autorité qui se manifeste par l'absence de toute discipline et d'autorité hiérarchique ; une absence généralisée de conscience professionnelle et d'esprit de service public ; des interférences de toute nature, et notamment politiciennes, dans la gestion des établissements.

L'effondrement du système de santé

La croissance économique accélérée par le boom pétrolier a pu faire illusion un temps. Mais la croissance économique exceptionnelle, effectivement inscrite sur le terrain par des constructions multiples, était fragile. Elle était liée à la rente pétrolière. L'économie

²³ J-F Médard, "L'État sous-développé au Cameroun", Paris, Pédone, *L'Année africaine 1977*, pp.35-84.

²⁴ Bernard Hours, *"L'État sorcier. Santé publique et Société au Cameroun"*, Paris, L'Harmattan, 1985

camerounaise s'est brutalement effondrée en 1986. Les plans d'ajustement structurel subséquent en ont aggravé les effets sociaux, car ce sont les secteurs de la santé et de l'éducation qui ont été sacrifiés en premier. Les salaires du secteur public ont été largement amputés en 1993 et 1994 : un médecin qui était payé 180.000 FCFA, n'est plus payé que 90.000 FCFA. Les crédits des emprunts en cours n'ont pas été aménagés pour autant, ni les impôts diminués. Au MSP, on a simplement aménagé les horaires pour que le personnel puisse cumuler avec une autre activité ! La dévaluation de 1994 a entraîné une hausse des prix des denrées importées, notamment des médicaments pour la plupart achetés en France. Si l'on ajoute à cela, la déception liée à une transition démocratique ratée, le pays s'est trouvé en état de choc. Depuis la dévaluation, la croissance économique a repris avec un certain retard, mais les salaires sont toujours aussi bas et la vie reste difficile. Même si le moral s'est quelque peu amélioré, économiquement, rien n'a changé en profondeur. Mais ce marasme n'est pas explicable seulement par des causes économiques indéniables, comme la diminution de la rente pétrolière, elle s'explique en grande partie aussi par la mauvaise gestion de l'économie, et de l'État, et notamment le patrimonialisme, générateurs de gaspillage, de mauvaise allocation des ressources, d'iniquité et d'inefficacité dans tous les domaines²⁵.

L'état sanitaire déplorable du Cameroun, unanimement constaté, ne fait que refléter les dysfonctionnements du système de santé publique. Les documents officiels, les rapports de consultants, les témoignages des professionnels et des usagers convergent pour dénoncer impitoyablement les tares du système. L'heure n'est plus à la langue de bois. Ce sont donc les politiques publiques de la santé et leur mise en oeuvre qui sont mises en cause. Le diagnostic n'est d'ailleurs pas spécifique au Cameroun, mais peut être, avec des nuances, étendu aux autres pays d'Afrique²⁶. Il n'est pas non plus propre à la santé publique, mais concerne tous les domaines d'intervention de l'État. C'est un problème général de gouvernance ; il n'est pas d'abord de nature économique, même si la dimension économique reste primordiale. Au-delà des inégalités régionales, des inégalités entre la ville et la campagne, des inégalités sociales, il ne s'agit pas fondamentalement d'un problème d'infrastructure et de manque d'équipement, ou même de manque de personnel. Ces équipements sont en fait sous utilisés puisque, nous le savons, seuls 30 % des lits sont occupés dans les hôpitaux publics. Par contre, ils sont délabrés, ne sont pas entretenus et la maintenance fait défaut, comme d'ailleurs dans tous les autres secteurs. La réhabilitation des équipements existants coûterait la somme énorme de 200 milliards de francs CFA. Une telle dépense ne serait envisageable que si l'on avait la garantie que les équipements ainsi rénovés seront entretenus. D'ailleurs, en raison même de son mauvais fonctionnement, l'administration ne parvient même pas à dépenser le budget d'investissement. Au 9ème mois de l'année, il arrive que le tiers seulement des dépenses soit débouqué. Avant d'augmenter le montant de l'aide, encore faudrait-il qu'il soit dépensé : il semble que l'aide n'intéresse vraiment que si elle peut être détournée. De même en ce qui concerne le personnel de santé, le problème est qualitatif plus que quantitatif. Tous les diagnostics s'accordent à mettre en cause le

²⁵ Pour une synthèse sur l'évolution du Cameroun d'Ahidjo à Biya, voir J-F Médard, "État, démocratie et développement : l'expérience camerounaise", in Sophia Mappa, dir. *Développer par la démocratie ?* Karthala, 1995

²⁶ Pour une analyse d'ensemble trait pour trait applicable au Cameroun, voir par exemple, J. Brunet-Jailly, "Quels systèmes de santé pour l'Afrique à l'aube du troisième millénaire ?" in UCAC, *Citadins et ruraux en Afrique sub-saharienne*, Cahiers de l'UCAC 1999, UCAC et Karthala, 1999, pp.325-350.

comportement du personnel médical et paramédical, qui se caractérise par l'absence de conscience professionnelle, la mauvaise qualité des soins qui en découle et le recours systématique à des pratiques de corruption, tant dans la gestion administrative et financière que dans les soins et l'attribution des médicaments. Il s'agit moins d'une absence de compétence technique, que de l'ignorance la plus élémentaire de la déontologie. Cette absence de professionnalisme s'observe dans tous les secteurs de l'administration, mais elle est particulièrement choquante dans celui de la santé, où la vie humaine est en jeu²⁷.

L'ampleur de la corruption constitue, avec la mauvaise qualité des soins, l'illustration la plus flagrante de ces dysfonctionnements. Elle entraîne de facto une privatisation informelle du secteur public de la santé. La corruption est devenue véritablement systématique, en ce sens qu'elle est la règle plutôt que l'exception. Elle est coutumière et organisée, et on l'observe à tous les niveaux du fonctionnement du système de santé, qu'il s'agisse des marchés publics, du paiement des factures aux fournisseurs, des médicaments qui sont vendus sur le marché, ou de la relation entre le personnel soignant et les patients. Toute opportunité de corruption est systématiquement exploitée, puisque rien de s'y oppose, ni la peur des sanctions, ni la déontologie ou l'esprit de service public. Ainsi, le budget approuvé excède les revenus réels de 40 % en 1994-95, en raison des factures impayées pendant des années. Les fonctionnaires du Trésor et des différents niveaux de l'administration en profitent pour extorquer aux fournisseurs jusqu'à 60% de la valeur nominale des factures. Parce que les dépenses publiques non salariales engendrent de tels coûts de transaction, il faut distinguer les dépenses pour la santé et les dépenses effectives pour les soins de santé²⁸. Le personnel, pour survivre, rançonne systématiquement les patients. Les médicaments subtilisés sont vendus au marché noir. On nous a décrit la façon dont la corruption est pratiquée dans l'hôpital le plus réputé du pays, pourtant cité en exemple pour sa bonne gestion et la meilleure qualité de ses soins. Cela permet d'imaginer comment cela se passe ailleurs. A son arrivée à l'hôpital, avant même de se rendre au service des admissions, le patient est contacté par une sorte de courtier, un démarcheur mandaté par un médecin pour lui apporter de la clientèle. Ces démarcheurs se trouvent dans la cour d'entrée. Une fois le contact établi, le courtier envoie le patient à la caisse pour acheter un billet de cession qui se monte à 1.800 FCFA, sur lequel le médecin inscrira son diagnostic. Le courtier introduit le malade auprès de l'infirmière secrétaire du médecin. Elle pose des questions en vue d'un diagnostic préalable et demande 3.000 FCFA de commission pour l'accès au médecin. Le médecin délivre une ordonnance, après un diagnostic sur la base du pré-diagnostic, et propose au patient de le rejoindre en consultation privée, pour un examen plus approfondi où il paiera encore 5.000 FCFA. Le patient sera alors soigné dans de meilleures conditions. Quant au médecin, il met à profit sa relation avec l'hôpital public pour alimenter sa clientèle privée, phénomène qu'on rencontre d'ailleurs aussi dans notre pays. Dans ce cas, le malade qui a les moyens de payer est soigné convenablement. En cas d'urgence, s'il est accompagné par des proches, il est admis directement par le service des urgences en payant les 1.800 francs, sinon, il faut qu'une bonne âme avance

²⁷ Il ne s'agit pas ici de jeter la pierre au personnel sanitaire en le prenant pour bouc émissaire, mais on est bien obligé de constater la gravité du phénomène. Pour une excellente et honnête description des conditions concrètes d'exercice de la médecine par une femme médecin, voir, Marie Badaka, "Profession 'médecin'", in M-E Gruenau et R. Pourtier dir., op. cit., p.250-258.

²⁸ Joseph Tsangi, art. cit.

l'argent. L'infirmier de garde percevra alors son pot-de-vin en allongeant la liste de médicaments et se constituera ainsi une pharmacie personnelle. Sur la base de ce stock, il propose des médicaments, dont le prix peut doubler en raison de l'urgence. Ce genre de pratiques peut se retrouver dans le secteur privé confessionnel, mais de façon moins systématique. C'est l'une des raisons de la supériorité relative du secteur privé non confessionnel.

La supériorité relative du secteur privé confessionnel

La productivité du secteur privé non lucratif est supérieure à celle du secteur public, et les patients manifestent une très nette préférence pour le secteur privé confessionnel où, à niveau technique égal, la qualité des soins et l'accueil sont meilleurs. Il faut tenir compte cependant du fait que le plateau technique des hôpitaux centraux publics est plus développé. Ainsi les clients choisissent en fonction du meilleur rapport qualité/prix, lorsqu'ils en ont la possibilité suivant l'accessibilité géographique. S'il est difficile de ne pas diaboliser le secteur public de la santé, il ne faut pas pour autant idéaliser le secteur privé confessionnel. Si la qualité des soins y est meilleure, elle laisse parfois à désirer, en particulier en raison du manque de moyens. Quant à la corruption, il ne faut pas croire que, parce qu'il s'agit d'établissements religieux, la corruption soit absente²⁹. Mais il semble qu'on y trouve quand même davantage de gens honnêtes et bien motivés et que l'ampleur de la corruption y soit moindre.

Quelle est la raison de cette supériorité du secteur confessionnel ? Le pasteur responsable du département de la santé au sein de la FEMEC, et par ailleurs ancien secrétaire d'État à la santé publique, insiste beaucoup sur la dimension morale, religieuse et même théologique. Selon lui, le personnel bénéficie d'avantages dans le secteur public qu'on ne peut lui offrir dans le secteur confessionnel. Il met en avant le fait qu'il s'agit d'abord d'un ministère, et que "l'esprit de service est au-dessus du gain". Le responsable du service catholique de la santé, un docteur de formation et un ancien directeur d'hôpital, est plus précis. Il insiste en particulier sur la discipline et l'autorité qui règne dans les formations de santé. Les chefs d'établissement sanctionnent tout manquement aux règles, et exercent une véritable autorité sur leur personnel qui est jugé sur ses actes. Le personnel est recruté d'abord en fonction de ses qualités professionnelles, à partir d'appels d'offre. Le médecin confessionnel est mieux payé, 290.000 FCFA au lieu de 100.000. Mais, nous dit le responsable, "cela paraît trois fois plus, mais le fonctionnaire gagne 100.000 francs à ne rien faire, il est payé, même s'il n'est pas à son poste, et il va travailler ailleurs dans une structure privée à temps plein". Un de nos interlocuteurs, en fonction de son expérience personnelle, met en avant trois facteurs pour expliquer la préférence du public pour le secteur privé confessionnel. Le premier, c'est le coût : selon lui, mais tout le monde n'est pas d'accord sur ce point. Le deuxième, c'est l'accueil : "l'accueil est meilleur, il est plus humain, moins bureaucratique, on manifeste plus de considération pour la personne, l'environnement familial est accepté, et le cadre est plus agréable. Enfin, il y a davantage de déontologie et de conscience professionnelle chez les médecins et infirmiers : il y a un "souci de guérir le malade". Le secteur privé confessionnel n'est donc pas géré comme une administration publique. Par rapport au privé lucratif, l'intérêt du malade prime sur les

²⁹ Voir le numéro spécial de Politique africaine sur "l'Eglise et l'argent".

objectifs financiers, alors que dans le secteur public, en l'absence de toute notion de l'intérêt du public et de conscience professionnelle, il ne reste plus que les intérêts privés du personnel. Il semble ainsi que le facteur moral, enraciné dans les convictions religieuses, doit être pris en considération pour expliquer la différence de comportement.

La crise du système de Santé publique au Cameroun reflète ainsi une crise générale de la gouvernance qui se traduit par une incapacité dans la gestion publique. Face à un tel constat, toute réforme du système de santé publique doit avoir pour premier objectif une véritable rectification du comportement des personnels médicaux, para médicaux, en mettant au premier plan l'intérêt des malades. Ceci exige une réforme radicale du système de santé dans ses diverses dimensions, l'objectif final étant l'amélioration de l'état sanitaire de la population.

LA DECENTRALISATION DU SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE AU CAMEROUN : AUTONOMISATION DES STRUCTURES, INTERESSEMENT ET RESPONSABILISATION DU PERSONNEL

La constitution de 1996 prévoit un processus de décentralisation qui s'accompagnera d'un transfert de compétences aux collectivités territoriales, désormais responsables de la gestion et du fonctionnement des services de santé. En raison du retard dans la mise sur pied effective des collectivités locales décentralisées, la réflexion et la mise en oeuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé publique, sont beaucoup plus avancées que pour les collectivités locales. Aussi n'apparaît-il pas clairement comment s'articuleront la décentralisation géographique et la décentralisation fonctionnelle. La décentralisation sectorielle, telle qu'elle est envisagée actuellement, correspond grosso modo à l'idée de recours à la délégation au sein du secteur public, et à certains éléments de privatisation dans le partenariat à établir avec le secteur privé. Nous partirons des fondements de la stratégie de décentralisation, puis nous exposerons les modalités de la délégation dans le secteur public de santé, le partenariat avec le secteur privé tel qu'il est envisagé, et enfin le nouveau rôle de l'administration centrale qui doit se dessiner au sortir des réformes.

Les fondements de la stratégie de décentralisation

La stratégie sectorielle de décentralisation part d'un certain nombre de constats³⁰. Le secteur public est faiblement utilisé en raison de son délabrement, des ressources humaines insuffisantes en quantité et qualité, d'une faiblesse institutionnelle, notamment en matière d'exécution des crédits d'investissement inscrits au budget. La plupart des actes de soins sont dispensés dans le secteur informel. En conséquence, une réforme du seul secteur public est insuffisante si elle ne se traduit pas par une réduction significative de la part du secteur informel. D'autre part, les mauvaises habitudes prises par le personnel de santé, qui résultent en partie de l'insuffisance des salaires, ne sont

³⁰ Ces constats étaient plus clairement énoncés dans le chapitre 2 du "draft" sur la stratégie sectorielle de santé de février 2000 que dans la version de 2001.

pas susceptibles d'être modifiées par la seule réforme du secteur public. Les ménages financent directement l'essentiel des activités de santé ; l'intervention majeure devra de ce fait se fonder sur les changements d'attitude des ménages en tant que consommateurs de santé. Il s'agira d'une part de les informer et de les sensibiliser, d'autre part d'instaurer un système de normes de qualité et de les contrôler, tant dans le public que le privé. Une part considérable de l'activité informelle est réalisée par le personnel fonctionnaire à l'intérieur et à l'extérieur des structures publiques. Le MSP doit donc développer une politique des ressources humaines qui aboutisse à disposer des personnels compétents aux postes sensibles. Ceci passe par une évaluation régulière des compétences, par une motivation des personnels, par un système de formation continue et une amélioration de la formation initiale. Le secteur public est géré d'une façon administrative sans tenir compte des réalités économiques du secteur. La qualité des soins n'y est pas systématiquement évaluée. Le MSP devra donc mettre en place un système national de normalisation des actes et des prestations de soins, préalable à une nouvelle tarification des soins de santé. Les grands problèmes de santé publique ne sont pas pris en charge d'une manière satisfaisante. Aussi, l'adaptation des programmes prioritaires devra tenir compte de l'évolution de l'offre en matière de soins de base. L'insuffisance de régulation et d'encadrement du secteur conduit à une faible disponibilité du médicament essentiel de qualité. Le MSP devra développer des outils de régulation en particulier une politique tarifaire des médicaments essentiels génériques (MEG), et d'assurance de qualité. L'instance de concertation multisectorielle existante a été jusque-là peu productive.

La crise du système de santé publique renvoie en premier lieu au comportement non professionnel des personnels médical et paramédical et administratif. C'est ce comportement qu'il s'agit de redresser, en autonomisant les formations sanitaires, en responsabilisant le personnel et en le remotivant sur un plan matériel, dans une action globale et multidimensionnelle de décentralisation. C'est en plaçant le client au premier plan qu'on parviendra à améliorer la qualité des prestations.

Le système de santé publique, comme l'ensemble des administrations publiques au Cameroun, cumule les effets pervers classiques de la bureaucratie et de la centralisation, comme toute administration publique centralisée, et ceux du patrimonialisme, c'est-à-dire de la privatisation informelle du domaine public. L'État doit renoncer à ce mode de gestion dont l'échec est patent. En tant que garant de la santé de la population, il doit de plus instaurer une relation nouvelle de complémentarité avec le secteur privé, notamment confessionnel. Cette décentralisation implique que l'État, loin d'abdiquer ses responsabilités, les exerce différemment, en passant d'un rôle de gestion directe des services santé, non pas à une privatisation de la santé au sens habituel du terme, mais à une régulation plus indirecte, s'appuyant sur la rationalité économique, tout en élaborant un système de normalisation et de contrôle. Par là même, l'État rétablira un contrôle plus effectif, parce que plus souple, sur le système de santé. Dans la réalité, en raison de la corruption ambiante et de l'informalisation du système de santé, ce sont bien les logiques du marché et du profit qui font la loi aux dépens de l'utilisateur, bien que ce dernier assure effectivement la majeure partie des dépenses.

La délégation dans le secteur public de santé

Face à l'incurie du secteur public de la santé, la solution préconisée n'est pas la privatisation au sens classique comme on procède pour les entreprises publiques, mais la décentralisation dont la privatisation n'est que le stade ultime. Si la notion de rentabilité est à juste titre réintroduite, c'est en vue d'une meilleure efficacité et efficacité du système de soins, et l'amélioration de l'état de santé de la population reste le but ultime. L'autonomisation des structures sanitaires, qui est au coeur du procédé de la délégation, débouche sur une nouvelle conception de la gestion des ressources humaines

L'autonomisation des structures

La distinction entre les niveaux central, intermédiaire et périphérique, correspond grosso modo à une distinction entre les niveaux stratégique, technique et opérationnel. Si l'on trouve au niveau provincial, des hôpitaux de province, et au niveau central, des hôpitaux centraux et de référence, c'est autour du district de santé que se concrétise véritablement la politique de décentralisation.

L'administration du district de santé est en cours de restructuration. Elle doit comprendre des structures de dialogue comme le Comité de Développement, et de décision comme le Comité de Santé du district. Le Service de santé du district, placé sous la responsabilité d'un médecin-chef de district, assisté d'un chargé d'affaires administratives et financières et d'un responsable du partenariat, est chargé de la gestion. Le Service de Santé du district sera responsable des activités de l'hôpital de district dirigé par un responsable formé en gestion hospitalière, des activités de santé communautaire, des activités de promotion de la santé dans les secteurs apparentés et des équipes de districts chargées de tâches plus spécialisées, comme la lutte contre le VIH/SIDA. Cet organigramme est censé résoudre le problème de la dualité à la tête du district de santé, qui existe actuellement entre le Chef de santé du district et le Médecin-chef de l'hôpital de district.

Le niveau intermédiaire de la Province est chargé d'assurer l'appui technique au district de santé. Il sera de plus responsable du recrutement et de la gestion des carrières du personnel. Il comprend des structures de dialogue, à savoir le Comité Provincial de Développement, et de décision avec le Fonds Spécial pour la Promotion de la Santé. La Délégation Provinciale de la Santé, est placée sous la responsabilité du Délégué provincial qui est chargé de la planification, de la gestion et de l'évaluation des activités de santé de la province sanitaire. Elle est responsable des activités de l'hôpital provincial, de la santé publique, de la promotion de la santé, ainsi que des équipes provinciales spécialisées. Le Fonds Spécial pour la Promotion de la Santé devient le véritable organe de direction de la province sanitaire dont le délégué provincial constitue le bras exécutif.

En ce qui concerne les moyens, une décentralisation progressive de la gestion du personnel, des matériels, des finances et de la logistique est prévue, ainsi qu'un programme d'appui à la gestion administrative et financière. La décentralisation se traduira sur le plan financier par une nouvelle ventilation des ressources de l'État. Actuellement, la plus grande partie, soit plus de 50 %, est affectée à l'échelon central.

Cette tendance sera progressivement corrigée de façon à ce que, par des augmentations bisannuelles de 10 %, on parvienne à la grille de répartition suivante : 20 % pour le niveau central, les grands hôpitaux disposant de leur budget autonome, 30 % pour le niveau intermédiaire et 50 % pour le niveau périphérique. (85 % des ressources mises à disposition des services extérieurs, soit 30 % à l'échelon intermédiaire et 55 % à la périphérie). Pour lutter contre la lourdeur des procédures, le secteur de santé devra être exempté des procédures budgétaires traditionnelles. L'octroi des finances n'obéissant à aucun critère de performance basé sur des objectifs précis, ni sur une planification concertée, un système de budgets autonomes sera mis en place, accompagné de mesures visant à assurer la transparence et l'efficacité : allocations budgétaires sur plans d'action budgétisés, allocations séquentielles sur présentation des résultats, contrôle de l'exécution de budget avant l'allocation de la tranche subséquente. Les financements annuels seront requis du niveau central, en fonction du plan d'action de chaque district et des services provinciaux, comprenant une budgétisation exhaustive. Il faudra obtenir la mise en place directe des financements de l'État afin d'assurer une plus grande transparence dans la gestion, et éviter les déperditions incontrôlables, suivre de manière régulière la gestion financière des services de santé, et effectuer une évaluation annuelle de l'utilisation des fonds dans le cadre d'un contrôle général. Des primes et des sanctions seront mises en place pour encourager la bonne gestion et décourager la mauvaise. Les collectivités locales devront contribuer au financement du secteur santé à hauteur de 10 %.

Depuis 1992, les formations sanitaires sont autorisées à retenir 50 % des recettes générées sur les prestations médico-sanitaires. Cette somme a été portée à 100 % depuis le 1er juillet 1998. Certains remarquent cependant que cela ne change pas grand chose pour l'administration centrale, dans la mesure où les recettes remontaient difficilement vers le centre en raison de la corruption. Ces recettes permettent non seulement de recouvrir les coûts, (médicaments, achats de petit matériel et équipement hospitalier, réhabilitation de l'infrastructure physique) mais, nous y reviendrons, de "motiver" le personnel. Cette mesure facilite considérablement la gestion des formations sanitaires, en dépit de son aspect quelque peu anarchique et une augmentation considérable du prix des médicaments.

L'obtention de certains types de matériels, qui serait aisée au niveau intermédiaire, continue à être effectuée au niveau central, et les lenteurs empêchent l'exécution des programmes. Il faudra donc assurer la mise en place de certains types de matériels dans les districts de santé. Des mesures précises sont prévues pour la gestion du matériel et la logistique.

Des réformes sont en cours pour rendre les médicaments plus accessibles par la création de systèmes provinciaux d'approvisionnement et la mise en place progressive d'un système national, et la généralisation des médicaments essentiels sous forme générique. L'accessibilité financière des populations aux médicaments reste faible. Les missions assignées aux FNSP (?) sont entièrement financées par le médicament, ce qui renchérit son coût.

Une nouvelle conception de la gestion des ressources humaines.

La décentralisation introduite par la stratégie sectorielle permet de mettre en oeuvre une nouvelle conception de la gestion des ressources humaines. Elle introduit des mécanismes, qui par l'autonomisation des formations sanitaires, vise à transformer radicalement le comportement du personnel de santé, en modifiant le contexte institutionnel dans lequel il fonctionne. L'action est menée sur deux plans complémentaires : la responsabilisation du personnel et l'intéressement (ou motivation) du personnel.

La responsabilisation du personnel

L'idée de responsabilité (accountability) du personnel recouvre deux dimensions : la responsabilité vis-à-vis des autorités (par le haut), la responsabilité vis-à-vis du public, c'est à dire par le bas³¹, auxquelles pourraient être ajoutée la responsabilité morale vis à vis de sa conscience, c'est à dire la responsabilisation par le dedans.

— La restauration de la discipline

La centralisation extrême de l'administration de la santé publique, combinée avec l'informalisation de son fonctionnement, sous ses aspects les plus divers, a ruiné, à tous les niveaux de la pyramide administrative, l'autorité et la discipline, sans lesquelles aucune organisation ne peut fonctionner. Paradoxalement, alors que l'autorité hiérarchique est au fondement même de toute autorité de type bureaucratique, les responsables des formations sanitaires, ne parviennent pas à exercer l'autorité qui leur est impartie sur leur personnel. Les procédures disciplinaires sont lourdes et leur échappent en grande partie. Elles remontent via le MSP jusqu'au Ministère de la Fonction Publique. De plus, les interférences politiques court-circuitent les procédures et les rendent inopérantes, quand elles ne se retournent pas contre ceux qui les ont initiées. La gestion centralisée du personnel au niveau national empêche toute maîtrise de ce personnel, dans son déploiement comme dans sa gestion quotidienne.

En décentralisant le recrutement au niveau intermédiaire, on veut rompre avec le système actuel de l'affectation décidée au niveau central, en fonction de logiques administratives centrales ou d'interférences politiques, sans se préoccuper des priorités locales. On veut contribuer par là à restaurer l'autorité hiérarchique au niveau local. On prévoit donc de commencer par recenser le personnel de la province et procéder à un état des besoins en fonction des normes nationales et locales. A partir de là, on définira les postes de travail au niveau des districts de santé pour chaque service. On effectuera un plan de mise en place du personnel sur plusieurs années afin de combler les effectifs manquants. On organisera des formations et des recyclages d'appoint pour obtenir les compétences désirées en fonction des postes ainsi définis. Le personnel, attribué en bloc à partir du niveau central, sera déployé localement. Certains types de personnels seront recrutés localement.

La gestion des personnels et de leur carrière, leur avancement et les sanctions en cas de manquements, seront décentralisés, ce qui permettra aux responsables

³¹ Dans le cadre de la formation du personnel, est prévu de surcroît une formation déontologique et éthique, qui correspond à une responsabilisation par le dedans, vis à vis de sa propre conscience.

administratifs de rétablir leur autorité. Cette gestion sera organisée en fonction de normes définies et contrôlées centralement, et non en fonction de l'arbitraire des responsables administratifs. Une gestion transparente et objective du personnel sera instituée, avec un système d'incitations clairement défini : statut particulier, profil de carrières, primes, moyens de travail, mais aussi des sanctions applicables sans discriminations en cas de manquements. On organisera une politique transparente de perfectionnement et de recyclage du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

— La participation communautaire³²

En introduisant la participation communautaire dans la gestion des formations et structures sanitaires, on espère aussi responsabiliser le personnel médical par le bas. Il s'agit de créer un contre-pouvoir du public face au pouvoir médical, de façon à mieux le contrôler. Cette participation communautaire est envisagée à tous les niveaux, mais elle se précise lorsqu'on passe du niveau central au niveau des districts de santé. Elle débouche alors sur la cogestion et éventuellement sur l'autogestion. En introduisant ainsi des représentants élus du public au sein même des structures sanitaires, On se situe ici au-delà de la notion stricte de délégation qui suppose que les responsables soient nommés et non élus.

C'est au niveau du district et des aires de santé que la participation communautaire est organisée de façon plus directe. Les Comités de Développement de l'aire de santé et du district qui les englobe, sont composés de représentants des communautés concernées, des secteurs apparentés et des professionnels de santé. Il est chargé d'assurer l'implication des populations dans les activités de développement socio-économique, de participer à la mobilisation des ressources pour la croissance et de participer aux interventions pour la promotion du développement humain. Les Comités de Santé du District (COSADI) et de l'Aire de Santé (COSA) sont constitués de représentants élus provenant des villages et des quartiers, des représentants des services de santé et autres services, des représentants des ONG et des autres partenaires³³. Sont prévus des sous-comités chargés de la gestion de l'hôpital de district, de la santé publique et des secteurs apparentés. Le comité est chargé d'assurer l'implication de tous à l'action sanitaire, de mobiliser les ressources nécessaires, et de suivre l'évolution des indicateurs de la santé communautaire. Au niveau des aires de santé, les comités de gestion des centres de santé comprennent quatre membres des différentes communautés

³² Sur la participation communautaire au Cameroun, voir Remo Meloni et Flavien Ndonko, De la santé à la responsabilité communautaire : enjeux de la participation communautaire, Projet germano-camerounais, (GTZ), document de travail n,3, avril 1999; Fonkwo Peter Ndeboc, Remo Meloni et Ndonko Flavien, Community participation for health in Cameroun : What form and what for ?, Projet germano-camerounais (GTZ), working document n,4, avril 1999.

³³ L'Assemblée générale du COSA est composée du responsable sanitaire de l'aire, un infirmier ou aide-soignant de l'équipe de santé de l'aire de santé, le président du comité de gestion de l'équipe de santé, deux représentants des associations et ONG, un représentant des oeuvres à but non lucratif, un représentant du secteur privé à but lucratif, deux représentants élus de chaque village de l'Aire, les représentants d'autres administrations. L'Assemblée générale du COSADI est composée du chef de service de santé de District, le médecin-chef de l'hôpital de district, le responsable sanitaire de chaque aire, le Président du comité de gestion de l'hôpital de district, deux représentants de chaque COSA, Quatre représentants par oeuvre médicale à but non lucratif, quatre représentants des associations et ONG et des représentants du secteur privé à but lucratif.

de l'aire intéressée, sur six membres, donc la majorité des membres³⁴. En ce qui concerne les formations sanitaires elles mêmes, un décret du 15 Mars 1993 prévoit que les comités de gestion des hôpitaux de district comprennent comme membres, un des maires des communes du lieu d'implantation élu par ses pairs et quatre représentants de la communauté issus du comité de santé du district³⁵. A noter que les fonctions de membre du comité de gestion ne sont pas rémunérées, ce qui pose quelques problèmes.

Au niveau des provinces, le Comité Provincial de développement est la structure de dialogue local, au sein de laquelle les services de santé et les autres secteurs apparentés, ainsi que les communautés, sont impliqués dans la préparation, la mise en oeuvre et l'évaluation des plans de santé. Le Fonds Spécial pour la Promotion de la Santé (FSPS)³⁶ qui est devenu le véritable organe de direction de la province sanitaire est composé pour partie de représentants de la population. Il est au niveau intermédiaire, l'organe par excellence du partenariat local entre les services publics et privés de santé, les partenaires bilatéraux et multilatéraux, les ONG locales et/ou extérieures de santé, la société civile et les communautés. Ses membres sont recrutés, par représentation successive, à partir des Comités de Santé du district, recrutés eux-mêmes à partir des comités de santé des aires de santé. Ceci permet une représentation équitable de l'ensemble des districts de santé de la province. Ce comité doit, à terme, devenir le véritable organe de gestion des problèmes de la santé de la province sanitaire, l'intervention de l'État dans cette gestion devenant moindre au fil des années. Ils n'existent aujourd'hui que dans certaines provinces, mais leurs statuts sont mal définis et ils ne s'occupent que de la gestion du Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Provincial (CAPP). Les représentants parfois élus, sont le plus souvent cooptés par le pouvoir médical qui est hostile à cette forme de participation dont l'objectif est de les contrôler et de leur faire rendre des comptes. Dans les comités de gestion des hôpitaux de province et centraux, on trouve trois représentants des différents comités de santé du chef-lieu de province.³⁷

Au niveau central, est prévu une structure de dialogue, le Conseil Supérieur de la Santé qui est chargé d'assurer la coordination des différentes administrations en vue de promouvoir la santé. Il est placé sous la présidence du Premier Ministre.

³⁴ Ainsi que le chef de service de santé du district, et l'infirmier-chef du district

³⁵ Ainsi que le chef du service de santé publique, le responsable des affaires administratives et financières de l'hôpital, le médecin-chef de l'hôpital, un représentant du personnel médico-sanitaire élu par ses pairs

³⁶ Sur l'expérience des Fonds spéciaux de province, voir Fonkwo Peter Ndebo et Remo Meloni, The experiences of the Provincial Spécial Fends fo of the Littoral, Souchets and Northwest provinces of Cameroon : what lessons for the Health District System ?, Projet germano-camerounais, (GTZ)working document n,5, april 1999.

³⁷ Ainsi qu'une personnalité nommée par le Ministre, le TPG du ressort, un représentant de la communauté urbaine, un des maires des communes du lieu d'implantation élu par ses pairs, un représentant du personnel médical élu par ses pairs; un représentant du personnel médico-sanitaire élu par ses pairs, le Directeur de l'hôpital assurant le secrétariat.

La "motivation" et l'intéressement du personnel.

Dans la mesure où ce sont les ménages qui, de fait, assurent la part principale des dépenses de santé, il faut qu'ils puissent influencer l'offre dans le sens de leur intérêt. Par l'intéressement financier du personnel, on espère jouer sur la demande. C'est dans ce sens d'intéressement que le mot "motivation" est couramment utilisé au Cameroun, alors qu'il se réfère aussi à d'autres types d'incitations que les incitations seulement financières. La motivation au sens large englobe alors le statut, le profil de carrière, les primes, les moyens et le cadre de travail, mais aussi la motivation personnelle. Nous nous référons ici au sens précis de l'incitation financière liée à la performance sous la sanction du marché. L'idée est que si le personnel est intéressé financièrement aux résultats obtenus par la formation sanitaire, et par son travail dans cette formation, il sera incité à travailler mieux et plus. On ne joue donc plus seulement ici des incitations de type administratif, liées à la carrière dans le contexte de la fonction publique. Cela conduit à introduire, au sein d'une organisation publique, une logique de type marchand en jouant de la demande du consommateur comme incitatrice de l'offre. En bref, on introduit une logique économique de type privée, mais sans pour autant privatiser l'organisation publique. Le système de recouvrement des coûts qui est actuellement à l'oeuvre en est une des illustrations. Le consommateur manifestant, toutes les enquêtes le montrent, une capacité de choix entre les diverses offres de soins à sa disposition, du moins en ville où le problème de l'accessibilité géographique se pose moins, sait parfaitement choisir le meilleur rapport qualité/prix. Nous avons vu comment cela fonctionnait au profit du secteur privé non lucratif. En mettant en concurrence les deux secteurs et les formations publiques de santé entre elles, on incite par là les clients à fréquenter les meilleurs établissements. Ceci devrait entraîner un accroissement des ressources financières des formations les plus efficaces, ce qui leur permettrait de distribuer davantage de revenu au personnel. Le personnel devient ainsi directement intéressé à la bonne marche de la formation sanitaire. Dans l'état actuel des choses, on peut douter que la ristourne actuellement distribuée au personnel dans le cadre du recouvrement des coûts soit suffisante pour le "motiver". Mais quand le lien entre le revenu et le travail fourni sera réellement perceptible, on peut s'attendre à un autre type de comportement de la part du personnel.

C'est le même mécanisme qui est envisagé pour forcer les médecins à ordonner des médicaments génériques meilleurs marchés à leurs patients. Des ententes s'établissent entre pharmaciens et médecins aux dépens des clients qui n'ont pas accès au meilleur prix. Il est prévu, en favorisant la dissémination de l'information, de permettre aux clients de contourner cet obstacle³⁸. C'est aussi un autre moyen de responsabiliser le médecin.

Le partenariat avec le secteur privé

On n'observe pas de privatisation du secteur public de la santé au sens strict, dans la mesure où il n'y a pas transfert de la propriété des équipements et des personnels publics au secteur privé lucratif de la santé, comme ce serait le cas pour la privatisation d'une

³⁸ Entretien avec un responsable de la CENAME.

entreprise publique. Mais il y a privatisation dans un sens plus flou, non seulement par l'introduction dans la gestion publique de certaines techniques de gestion qui s'inspirent de la gestion privée, mais surtout dans la façon dont est conçu l'établissement d'un partenariat avec le secteur privé non lucratif. On est parvenu à un consensus sur l'aménagement des rapports avec le secteur privé sur la base d'un partenariat. L'idée directrice est de fonder la relation avec le secteur privé sur l'idée de complémentarité. Partant du constat de la supériorité du secteur privé confessionnel, le principe s'est dégagé, qu'il fallait s'appuyer d'abord sur ce qui fonctionne et le renforcer, plutôt que de l'ignorer. Le système de santé publique sera donc réorganisé suivant cette idée. Le MSP recherchera l'appui du secteur privé confessionnel pour mener sa politique de santé. Cela se fera par voie de contractualisation. Des conventions seront passées, dans la mesure du possible, avec le secteur privé à but non lucratif, concernant à la fois l'offre de soins et la concession des infrastructures publiques de santé. Nous avons mentionné la question du délabrement du patrimoine public de santé. On envisage ainsi la concession de certains de ces équipements au secteur privé non lucratif, en prévoyant des subventions pour la réhabilitation, le tout sur une base contractuelle. On envisage de même, de conventionner des structures privées à but non lucratif qui réalisent des activités du Paquet Minimum de Santé, en prévoyant une subvention tarifaire pour les actes normalisés. Cette réorganisation exige une normalisation des activités, de la qualité des actes et des tarifs appliqués à tous les niveaux de l'offre de soins (secteur privé, secteur privé conventionné), et pour ce qui concerne la qualité des soins, le secteur privé non conventionné. Cette réorganisation suppose ainsi une extension du rôle reconnu au secteur privé, mais cette extension se fait moins au détriment du secteur public que du secteur public informel³⁹. Plutôt que d'une privatisation, il s'agit donc d'une articulation des deux secteurs sur une base contractuelle, reposant sur une normalisation et un contrôle renforcé, effectuée par le MSP. On espère ainsi améliorer le rapport qualité/prix de l'offre de soins grâce à la normalisation des actes et le contrôle de la qualité par le MSP. On réalise ainsi la conversion de la dépense budgétaire d'une logique de moyens à une logique de résultats. Cette idée de complémentarité a pour corollaire paradoxalement celle de compétitivité. On souhaite faire d'une pierre deux coups, en incitant indirectement le secteur public à devenir plus compétitif. Ces mesures permettent d'illustrer la nature du nouveau rôle de l'administration centrale. Le MSP promouvra la compétitivité et la complémentarité entre les secteurs privés et publics en vue d'améliorer l'offre de soins.

Le rôle nouveau de l'administration centrale

La décentralisation, telle qu'elle est envisagée, implique un transfert de compétences du niveau central aux niveaux intermédiaire et périphérique. Ce transfert de compétence se fait au détriment des compétences du niveau central, ce qui se reflète clairement sur le contrôle des ressources financières. La réforme prévoit, nous le savons, une reventilation des ressources. Ce n'est pas seulement l'administration centrale de la santé publique, mais l'ensemble des administrations qui interviennent dans ce domaine qui sont ici concernées. En premier lieu, le Ministère des Finances qui perd une partie de

³⁹ Le procédé rappelle un peu l'aide à l'enseignement privé en France, mais le contexte en est tout différent.

son pouvoir financier, en second lieu, le Ministère de la Fonction Publique qui perd ses compétences sur la gestion du personnel. Bien que rien n'ait transparu directement dans notre enquête, on peut penser qu'il y a là une source larvée considérable de résistance à la réforme. Ceci pour deux raisons, la première formelle, la seconde informelle. Sur le plan formel, aucune administration ne se voit dessaisir volontiers de ses compétences, c'est-à-dire de son pouvoir, et en particulier des ressources matérielles qui sont à la fois l'instrument et le symbole de sa puissance. Mais derrière ces conflits de compétence, se cachent d'autres enjeux informels implicites, mais bien présents à l'esprit des acteurs, même s'ils échappent largement aux observateurs de l'extérieur. Il s'agit des opportunités de corruption qui sont restructurées, c'est-à-dire ouvertes, fermées ou déplacées par des réformes, dont c'est d'ailleurs l'objet principal. Certains membres de l'administration centrale devraient perdre des opportunités de corruption au profit des niveaux inférieurs. Ainsi, le type de corruption décrit plus haut et concernant les arriérés de factures, ne devrait plus être plus possible, si les factures sont payées directement.

Mais on peut voir aussi les choses sous un angle différent. La nature des compétences et des responsabilités de l'administration centrale va s'orienter vers les tâches nobles et régaliennes de la conception de la politique de santé publique et de son contrôle. En ce sens, il n'y a pas de "*capitis deminutio*", mais une tentative pour rendre cette politique plus effective par rapport aux objectifs formels explicitement assignés au MSP. L'administration centrale est réorientée dans son intervention, d'une implication directe dans la gestion des unités de santé vers une régulation indirecte. Fondamentalement, elle va être chargée de définir les droits et devoirs des personnes publiques et privées intervenant dans le domaine de la santé, et de veiller au contrôle de leur mise en oeuvre. Un cadre réglementaire sera mis en place qui intégrera et valorisera le secteur privé à but non lucratif et définira les modalités d'une collaboration entre le secteur privé à but lucratif et les entreprises dans un cadre contractuel. Cela permettra au MSP de diminuer progressivement son intervention directe dans l'offre de soins. Le premier volet d'intervention concerne les tâches de recherche des données et des informations, d'analyse et de réflexion stratégique, de conception, de planification, de normalisation et d'élaboration des règles. Ceci implique le respect de l'éthique, de la solidarité et de l'équité. Le second volet d'intervention concerne le contrôle de normes et règles établies qui devrait être renforcé, ce qui suppose un renforcement des corps de contrôle.

Le document sur la stratégie sectorielle redéfinit concrètement les missions du niveau central du MSP en les recentrant sur l'élaboration de la politique sanitaire et le suivi de son exécution, la définition et le contrôle des normes; la détermination d'une politique sanitaire appliquée au secteur; l'amélioration de l'accessibilité financière et géographique de soins de qualité aux plus pauvres; l'élaboration des programmes nationaux de santé publique; la mobilisation des ressources financières pour le financement d'activités sectorielles spécifiques; la formation des professionnels du secteur; la promotion de la recherche en matière de santé, et le développement de l'information sanitaire. Pour cette tâche, il s'appuiera sur ses directions techniques. Cette transformation radicale des tâches de l'administration centrale suppose une réaffectation des ressources financières et du personnel, mais aussi une autre conception de la formation et de la sélection du personnel de l'administration centrale, qui vise à l'émergence d'une sorte de technocratie de la santé publique. Cela impliquera aussi une restructuration de l'organisation administrative et un renforcement institutionnel sur

laquelle la réflexion ne semble pas encore bien engagée. Le rôle de l'État est alors de créer les conditions satisfaisantes pour assurer la santé des populations dans le contexte nouveau de la décentralisation. Pour ce faire, il se concentrera sur l'amélioration de la qualité des soins et l'incitation du secteur privé à prendre une place importante dans l'offre de soins, ce qui nécessitera un renforcement de ses capacités. Le cadre législatif sera complété, par l'élaboration des textes d'application de la loi cadre et des textes servant à mieux définir la politique nationale de santé au niveau opérationnel, pour préciser les points insuffisamment définis. Enfin, l'État et l'administration centrale à sa tête ont la responsabilité de veiller à l'équité en prévoyant des mesures financières afin de faciliter l'accès des plus pauvres, qui sont exclus du système de santé, et en encourageant toutes les formes de mutualisation. La décentralisation n'est donc pas conçue, comme on pouvait le craindre, comme un moyen pour l'État de se débarrasser des tâches qu'il n'a plus les moyens d'assumer et que d'ailleurs il n'exerce plus depuis longtemps. Il est prévu expressément que l'État, comme les collectivités locales, doivent augmenter très sensiblement leur contribution financière afin d'accompagner la réforme. L'État doit tendre ainsi à faire passer la dépense publique de santé à au moins 10 dollars par tête et par an, tout en assurant la décentralisation des fonds vers le district local et en renforçant le partenariat entre la santé et les populations en passant de la cogestion vers l'autogestion.

CONCLUSION : QUELQUES INTERROGATIONS

Cette réforme, est d'inspiration pragmatique plus qu'idéologique. Fondée sur un diagnostic lucide et réaliste de la situation, elle cherche à s'attaquer au problème dans sa multidimensionalité et sa complexité. Aussi, semble fondamentalement orientée dans la bonne direction. Elle n'en suscite pas moins quelques interrogations.

Une première question préalable, sans doute la plus sérieuse, est de savoir cette réforme parviendra un jour à son terme, et si elle se concrétisera dans la pratique. Le risque est gros que la réforme ne soit réalisée que de façon fragmentaire, alors qu'elle suppose d'être mise en oeuvre dans sa globalité pour être efficace. L'expérience du passé ne peut que rendre sceptique à cet égard. Jusqu'à présent, les réformes au Cameroun ont démarré en fanfare avec effets d'annonce, discours, séminaires et mises en scène, pour ensuite s'enliser et tomber dans l'oubli. Pour que l'histoire ne se répète pas une fois de plus, il faudrait que le contexte politique et économique se transforme en profondeur, ce qui n'est pas le cas. Dans l'ensemble, la transition démocratique a échoué, même si elle a apporté des changements appréciables qu'il faut reconnaître. Selon le discours officiel, le Cameroun d'aujourd'hui en serait au stade de "la démocratie apaisée". On observe effectivement une certaine pacification des esprits, mais il s'agit plutôt d'une sorte de résignation à la victoire et à la domination du camp des vainqueurs. Une réforme aussi radicale exige une volonté politique ferme et continue de la part des dirigeants. On peut sérieusement en douter, comme l'illustre, par exemple, la valse des ministres de la santé publique qui ont été davantage choisis en fonction de subtils dosages ethno-régionaux que pour réaliser des politiques publiques. C'est l'accumulation économique et non la santé publique qui constitue la priorité première de la classe dirigeante. La réforme doit d'abord surmonter l'opposition de ceux dont elle restreint les opportunités de corruption. En admettant qu'elle y parvienne, elle ouvre d'autres opportunités qui ne manqueront

pas d'être saisies. Des dépenses accrues sont prévues en faveur de la santé publique. Cela éveille bien des convoitises et on peut se demander ce qui restera aux malades. Les contrôles seront-ils suffisamment efficaces. Et si les contrôles sont efficaces, cela ne risque-t-il pas de démotiver et démobiliser les fonctionnaires, dans leurs efforts pour que l'aide attribuée soit effectivement versée ? Une grande partie de la population est totalement marginalisée par rapport au système de santé. Tout en encourageant toutes les formes possibles de mutualisation, l'État a la responsabilité, au nom de l'équité et de la solidarité, de prendre en charge les laissés pour compte. On peut douter là aussi que la classe dirigeante, engluée dans le court terme, s'implique dans une telle entreprise à moins qu'elle n'y soit poussée vigoureusement par le bas. Au-delà d'une volonté politique effective reste le problème du contexte économique.

La réussite d'une telle réforme suppose un rétablissement très sensible de la situation économique. Ce n'est parce que le diagnostic part du constat que le véritable problème est d'abord le comportement du personnel avant d'être celui de l'absence de moyens économiques, qu'on puisse se permettre de négliger la situation économique. Si aucun développement de la santé, comme du reste, n'est envisageable sans améliorer la gouvernance, il ne faut pas perdre de vue que c'est le sous-développement qui est à la racine des problèmes de gouvernance. Nous sommes confrontés à un véritable cercle vicieux dont la solution nous échappe. Il est inutile de dépenser de l'argent s'il est gaspillé, détourné, mal utilisé, inutile d'investir dans la construction d'équipements si l'on néglige les dépenses de fonctionnement et de maintenance et s'il n'y a pas de médicaments etc. Ce n'est pas non plus la peine d'accorder des aides si elles ne sont pas utilisées. L'administration préfère donner la priorité aux investissements lourds par rapport au budget de fonctionnement pour des raisons d'opportunité politique et aussi de corruption. Mais pour transformer le comportement du personnel sanitaire, il faut aussi des moyens économiques, car il faut "motiver" les gens, pas seulement financièrement, mais en leur donnant les moyens de travailler. Les revenus du personnel sont insuffisants, et la part du recouvrement des coûts qui y sont consacrés reste insuffisante pour "motiver". Ce n'est pas suffisant, mais c'est indispensable et une contribution de l'État reste indispensable. Le volet social, équité et solidarité, prévu par les textes, suppose une intervention accrue de l'État afin de compenser la marginalisation déjà existante d'une partie importante de la population vis à vis du système de santé publique. La limite d'un système qui cherche à orienter l'offre à partir de la demande, c'est qu'il ne s'agit que de la demande solvable. Or on ne peut confondre les besoins de santé avec la demande solvable. D'où la responsabilité prioritaire de l'État qui doit permettre un minimum d'équité et favoriser la solidarité. L'effort financier supplémentaire, dont la nécessité est reconnue, suppose un véritable redressement de la situation économique. Si une certaine croissance économique est de retour depuis la dévaluation de 1994, avec un certain retard dû aux blocages politiques, cela reste insuffisant. Ce retour provoque une certaine détente, mais les gens se plaignent toujours du manque de retombées concrètes, pour eux, de cette croissance. D'autre part, les bases structurelles de cette croissance restent inchangées. Rien n'est donc résolu en profondeur sur le plan économique.

La réforme en cours s'inscrit dans la continuité des réformes entreprises sous l'inspiration et l'impulsion de l'O.M.S. relayé par les bailleurs de fonds. Chaque bailleur de fonds bilatéral et multilatéral a sa vision propre, mais la Banque Mondiale et le F.M.I., en raison des conditionnalités, pèsent d'un poids croissant. Ce poids est accru en

raison du nouveau dispositif d'annulation de la dette qui est utilisée comme un moyen de réorienter les dépenses publiques vers la santé publique, l'éducation et les infrastructures. Des ressources importantes devraient être ultérieurement réinjectées dans ces secteurs, à condition que les différents partenaires internes et externes parviennent à un consensus. La réforme est ainsi poussée de l'extérieur. Les contraintes bureaucratiques mises en avant par la Banque Mondiale sont vécues comme extrêmement lourdes, pas seulement par les Camerounais, mais aussi par les autres bailleurs de fonds, qui ne se privent pas de critiquer ses diktats. Il semble cependant, au-delà des hauts et des bas, qu'un consensus se dégage entre les différents bailleurs et entre les bailleurs et leurs interlocuteurs respectifs, autour d'un minimum de principes. Sur un plan plus général, la Banque est revenue en partie sur son libéralisme extrême et son anti étatisme aveugle, alors que les autres bailleurs de fonds sont plutôt pragmatiques. Ce qui rend, comme toujours, le problème si difficile, c'est que les réformes sont fondamentalement impulsées de l'extérieur, et leur "appropriation" selon le jargon consacré, risque d'être d'autant plus ardue. Au sein du MSP, cette réforme est effectivement "réappropriée" par la plupart des spécialistes camerounais de la santé publique, mais qu'en est-il en dehors d'eux ?

Autre problème, il s'agit d'une réforme sectorielle. Comment changer en profondeur la santé publique ou l'éducation, si les autres secteurs ne bougent pas de leur côté ? Peut-on décentraliser un secteur, comme celui de la santé, sans décentraliser les autres secteurs, et sans procéder à une décentralisation véritable des collectivités territoriales fondée sur une véritable dévolution ? La question de l'articulation entre la décentralisation sectorielle et celle des collectivités territoriales se pose à plusieurs titres. La constitution de 1996 prévoit la décentralisation des collectivités locales. On attend toujours. Par ailleurs ces dernières devraient se voir attribuées des compétences en matière de santé. Elles sont censées par la suite participer au financement de la santé à concurrence de 10 %. Comment ces transferts de compétence s'ils voient le jour vont-ils s'articuler avec les transferts prévus dans le cadre de la politique sectorielle ? Se pose aussi le problème du découpage des districts de santé qui obéissent à une logique propre qui ne s'harmonise pas nécessairement avec le découpage administratif officiels en arrondissements et en départements. La question de l'harmonisation entre la dévolution et la délégation est donc posée.

La décentralisation très souhaitable à première vue n'est pas la panacée en soi. L'expérience française le montre bien : elle a eu pour effet d'accentuer la notabilisation et la corruption. L'expérience du Sénégal, déjà ancienne, montre le risque de décentraliser tout simplement la corruption⁴⁰. La décentralisation ouvre de nouvelles opportunités de corruption qui risquent d'être aussitôt saisies. On doit se poser la question de savoir quel est le moindre mal, de la corruption centralisée ou décentralisée. Dans quelle mesure pourra-t-on effectivement y remédier en créant, par la participation communautaire, un contre-pouvoir du public à l'égard du pouvoir médical . Si comme le souligne Jean-Pierre Olivier de Sardan, la participation communautaire n'est pas toujours la panacée non plus, il reconnaît, son analyse n'est pas entièrement négative⁴¹. Dans le cas du Cameroun, les travaux mentionnés montre que cela fonctionne mieux

⁴⁰ Voir, Giorgio Blundo, "Décentralisation, participation and corruption in Sénégal", communication, 14th International Congress of Anthropological and Ethnological Sciences, July 26-August 1, 1998, Williamsburg, Virginia.

⁴¹ Art.cit.

dans certaines régions que dans d'autres. C'est le cas de la province anglophone du Nord Ouest. La raison pourrait en être la tradition décentralisatrice britannique, ou encore la capacité des populations de cette région à se mobiliser collectivement. Dans le reste du Cameroun, le bilan est mitigé, les structures de participation ne se réunissent pas assez souvent pour être effectives⁴². Mais on en est encore qu'au début. L'idée de donner la parole et du pouvoir aux usagers mérite d'être développée et encouragée : après tout, si les médecins n'ont pas tort de leur dénier toute compétence médicale, ils bénéficient d'une compétence essentielle, c'est celle de pouvoir juger de l'efficacité des structures de santé. Reste la mise en oeuvre d'une telle réforme qui se heurte à l'hostilité du personnel et qui suppose que les représentants de la population représentent effectivement la population.

⁴² Document sur la stratégie sectorielle, février 2001

L'organisation de la lutte contre le sida au Cameroun : de la verticalité à la dispersion ?

Fred Eboko¹

Une des premières caractéristiques de la lutte institutionnelle contre le sida au Cameroun, comme dans beaucoup d'autres pays africains, était son caractère "vertical" (Gruénais, 1999 ; Kerouedan et Eboko, 1999). Les principes de l'action ont découlé peu ou prou, à partir de 1987, de la création et de la mise sous tutelle des Programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) par le Global Programme on Aids (GPA) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Au Cameroun, un autre facteur majeur a marqué l'élaboration de la politique publique de lutte contre le sida : l'instabilité de la direction du Programme, entre 1987 et 1998. En presque 15 ans de mobilisation étatique, le PNLS a connu des modifications récurrentes tant au niveau de sa direction que de la dynamique de son action. Un double changement de registre est intervenu dans la deuxième moitié des années 1990, au niveau mondial et au niveau local. La création de l'ONUSIDA en 1996, composé des principales agences des Nations Unies et de la Banque mondiale, devait prendre la relève du GPA pour conduire la coordination de la lutte contre le sida à l'échelon international.

Cette nouvelle armature répondait à la reconnaissance de la multisectorialité des incidences de la pandémie d'une part, et à l'échec relatif du GPA dans ses objectifs affichés au milieu des années 1980 d'autre part. Au Cameroun, c'est la nomination de l'ancien directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Pr. Gottlieb Monékosso, qui devait orienter de manière formelle l'organisation de la lutte contre le sida, dans un souci que l'on peut résumer en deux mots : coordination et décentralisation. Notre propos vise à mettre en évidence et à analyser les effets de la verticalité produite au niveau global sur la centralité des activités de lutte contre le sida au niveau local. L'effet de dispersion qui apparaît aujourd'hui dans le champ du sida au Cameroun doit être appréhendé comme une double conséquence de la conception internationale multisectorielle d'une part, et des difficultés vécues par l'organe central (le PNLS local) à coordonner des activités qui contraignent souvent ses velléités de décentralisation, d'autre part. En arrière plan de ces phénomènes, il faut aussi voir des habitus socio-historiques liés à une très forte centralité de Yaoundé, la capitale, vis-à-vis des provinces du pays.

L'intervention du ministre de la santé publique nommé en décembre 1997 consistait clairement à vouloir mettre un terme à l'instabilité du programme et à la personnalisation qui y a prévalu jusqu'à lors. Après 7 changements entre 1985 et 1998, le CNLS (Comité national de lutte contre le sida), qui est l'organe exécutif du Programme, est conduit par un comité collégial de 8 conseillers baptisé Groupe technique central du CNLS (GTC/CNLS), chargé d'assurer la coordination et la gestion du PNLS. Ce GTC est directement placé sous la responsabilité du Ministre de la santé

¹ Institut d'Études Politiques, Domaine universitaire BP 101 33405 Talence, e-mail : fred.eboko@wanadoo.fr.

publique, depuis sa création à la fin de l'année 1998. Le ministre devient de facto le Président du CNLS. La nouvelle ossature du CNLS ambitionnait de pallier les carences majeures que laissait constater l'historique de la lutte institutionnelle contre le sida au Cameroun. L'objectif portait, entre autres, sur la coordination et l'amélioration des activités relatives au sida, puis sur la décentralisation de la lutte en faveur des 10 provinces que compte le Cameroun. La tâche s'annonçait ardue dans un contexte de changement social et de crise économique. De ce fait, la nouvelle structure projetait de participer à la connexion de ses activités avec la réalité des dynamiques et des pratiques sociales sur lesquelles l'expansion de la pandémie se greffe depuis son apparition au Cameroun en 1985.

La diversité des rôles des conseillers, leurs compétences formelles puis leurs expériences respectives acquises sur le terrain semblaient manifester la prise en compte des écueils que le nouveau CNLS était appelé à combattre. Que ce soit l'intégration de l'expérience des personnes atteintes par le VIH/sida, la mise sur orbite de la formation permanente des acteurs, du souci de la pertinence des actions ou encore de la recherche fondamentale, le CNLS s'est fixé des orientations qui visaient à "localiser" la lutte sur l'ensemble du territoire et à harmoniser les rapports de l'univers du sida au Cameroun avec les partenaires internationaux. Un rappel sommaire de l'historique sera nécessaire pour éclairer les nouvelles perspectives. Ensuite, il sera utile de montrer à partir de notre enquête les incidences réelles de tous les facteurs évoqués précédemment au niveau des provinces, de telle sorte que l'on puisse mieux appréhender la tension et les contradictions entre la verticalité, la centralité et l'éclatement relatif du champ du sida dont la coordination relève d'un "grand écart permanent". Notre propos ne vise pas à aborder de manière exhaustive toutes les activités du PNLs mais il voudrait, à partir de certaines d'entre elles, dégager les contraintes internationales et locales qui pèsent sur le PNLs dans une période d'intense reformulation du débat international, que ce soit au niveau des Nations Unies ou des ONG.

1985-1997 : CHANGEMENT SOCIAL, CRISE ECONOMIQUE, INSTABILITE DU PNLs ET PROGRESSION EXPONENTIELLE DE L'INFECTION A VIH

La fin des années quatre-vingts a coïncidé avec une crise inédite au Cameroun. Tous les indicateurs économiques entre 1985 et 1993 sont passés au rouge et le Cameroun a le triste privilège d'avoir été le pays africain à s'être le plus appauvri pendant cette période. Dans le même temps, le contexte politique a connu des remous intenses qui sont illustrés par une forte contestation du régime dès le début de la décennie quatre-vingt dix. C'est pendant cette crise économique majeure et la recherche d'un nouveau sens politique (démocratisation) qu'est née la lutte contre le sida au Cameroun. De 1985 à 1987 un premier comité voit le jour au ministère de la santé publique. En 1987, suivant les directives de l'OMS, le Cameroun crée le PNLs. Après une année de transition, s'ouvre le premier plan à moyen terme (PMT1) qui s'étale sur cinq ans. Après une année de transition (1993) s'ouvre le deuxième plan à moyen terme (PMT2) censé couvrir la période 1994-1998. Entre-temps, la direction du CNLS a changé 5 fois. Le taux de séroprévalence dans le même temps est passé de 0,5 % en 1987 à 6,5 % en 1998 dans la population générale. Aujourd'hui, en 2001, ce taux de séroprévalence au sein de la population dite "sexuellement active" est estimé à 11 %. Si la sécurité

transfusionnelle a connu quelques résultats satisfaisants, la sensibilisation, puis la prise en charge (psychosociale et thérapeutique) des personnes vivant avec le VIH/sida a connu des fortunes diverses. La thématique catastrophiste assignée au sida, les difficultés de communication sociale envers le grand public et le déficit de coordination des activités liées à la lutte contre le sida ont témoigné des avatars du PNLS et de la relative anomie institutionnelle et politique qu'a connue la société camerounaise jusqu'en 1997. Les mouvements à la tête de l'Unité de Lutte contre le Sida (ULS), l'ancien organe exécutif du Comité, illustrent l'instabilité qui a prévalu à la tête de cette structure. La variable liée à la personnalité des autorités qui ont successivement dirigé le Programme explique que chaque départ correspondait aussi à bien des égards à une inflexion de la mobilisation, si ce n'est à un retour à la case départ. Le tableau 1 résume le jeu "des chaises musicales" qui a rythmé la vie du CNLS.

Tableau 1 : Les directions des comités nationaux de lutte contre le sida

Période	Direction du CNLS
1985-1987 (1 ^{er} Comité de suivi)	Acteur 1 Pr. Kaptué
1987-1993	Acteur 1 Pr. Kaptué
1993-1994	Acteur 2 Dr Salla Ntounga
1994-1995	Acteur 3 Intérimaire Dr Mbouni Essomba
1995-1997	Acteur 4 Dr Mpoudi Ngollé
1997	Acteur 5 Dr Titsol (3 mois)
1997-1998	Acteur 6 Intérim assuré par la Direction de la santé communautaire
1998 (Mars-Décembre)	Acteur 7 Pr. Ndumbe
1998 (Décembre)	Acteur 8 Pr. Monékosso, ministre de la santé publique, président du CNLS transformé en un Comité de 4 conseillers sous la responsabilité du ministre.
Depuis 1999 (Février)	Acteur 8 président du CNLS , le ministre préside le CNLS composé du GTC (8 conseillers) et de 11 chargés de mission. Responsable du GTC : Mme le Pr. Shiro Koulla. Trois ministres se sont succédé entre-temps

Jusqu'à sa nouvelle formule le Programme national de lutte contre le sida a donc été dirigé par sept présidents successifs. Chacun de ces médecins confirmés a tenté d'impulser à sa manière une dynamique, une politique avec des intensités et des capacités relationnelles très différentes. Après plus d'une décennie les résultats sont médiocres. Aucune catégorie sociale n'échappe à l'expansion de la pandémie. L'effectif des cas de sida se féminise et se rajeunit. Les zones rurales, d'abord relativement

épargnées, subissent une montée significative des cas de sida. Le tableau 2 donne, à titre indicatif, la situation épidémiologique dans quelques villes du pays.

Tableau 2 : Prévalence du VIH/sida dans quelques villes

Villes	Taux de séroprévalence	Population/Site sentinelle
Yaoundé (1)	7 %	Population générale
Bamenda (2)	8-10 %	Femmes enceintes
Limbe (2)	10-12 %	Femmes enceintes
Garoua (2)	3-5 %	Femmes enceintes
Bertoua (2)	6-8 %	Femmes enceintes

(1) Source : Projet de recherche multicentrique, IFORD/CHU/UCAC/CEPED, enquête été 1997.

(2) Source : Sam-Abbenyi Amos (supervised by), *HIV/AIDS Surveillance Report 1996*, Epidemiology Section, National Aids Control Program Cameroon, Ministry of Public Health, May 1997, 8p., multigr.

Alors qu'au début de la reconnaissance de la pandémie de VIH/sida par les États africains le Cameroun semblait faire figure d'exception et être relativement préservé, la situation a bien changé aujourd'hui avec des taux estimés de prévalence générale qui ne cessent d'augmenter : 0,5 %, en 1988 ; 6,5 %, en 1998 ; 11 %, en 2000.

LA CENTRALITE DE L'ÉTAT ET LA VERTICALITE DES DIRECTIVES INTERNATIONALES : VERS UN ECLATEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA (1998-2001) ?

Depuis décembre 1998, le Programme national de lutte contre le sida a pris de nouvelles orientations, sous l'autorité du ministre de la santé publique de l'époque, le Pr. Gottlieb Monékosso². Dans un premier temps, il fonde un comité collégial de quatre conseillers, puis, en mars 1999, ce comité appelé Groupe technique central (GTC), est élargi à 8 conseillers qui supervisent et assistent 8 chargés de mission. Quelques dynamiques majeures marquent ce changement, notamment en ce qui concerne les personnalités nommées dans ce Groupe Technique Central.

L'ouverture et la volonté de crédibiliser l'action publique

La Présidente du GTC illustre, par ses compétences et par le symbole féminin qu'elle représente, la volonté d'imprimer un nouvel élan. Le Pr. Sinata Shiro Koulla devient ainsi Conseillère chargée du sida et du développement et dirige de fait le GTC. Elle est accompagnée par 7 autres conseillers dont la nomination est inédite dans le contexte institutionnel du sida au Cameroun. La première remarque qui s'impose est de souligner l'entrée dans cet organe exécutif de trois non médecins, choisis en fonction de la variété

2 Démis de ses fonctions en 2000.

de leurs expériences respectives. Cette tendance semble induite par la volonté d'ouverture et de diversification du CNLS vers des acteurs sociaux susceptibles d'enrichir la problématique sociale de la lutte contre le sida. Dans le même temps, cette ouverture du CNLS, vise à obtenir des relais fiables au sein d'organes essentiels à la sensibilisation et à la communication. C'est le cas de la participation des personnes affectées et infectées par le VIH/sida, par le biais de la figure emblématique de ce groupe social (Conseiller au "Mode de vie ; Éthique et Droits de l'Homme") ; c'est aussi ce qui justifie l'incorporation d'un journaliste de renom au sein de cette structure (Conseiller à "l'Approche Pertinence"). Un acteur du PNUD assurera la "Relation avec les Partenaires". Ce qui témoigne de la stratégie d'ouverture du Comité vis-à-vis des bailleurs de fonds représentés à Yaoundé.

Néanmoins, si les sollicitations envers ces partenaires internationaux sont réelles, le nouveau CNLS semble avoir voulu se déconnecter du "face à face" entre lui et les bailleurs de fonds, de telle sorte que ceux-ci soient un soutien et non plus la condition sine qua non de toute initiative. En effet, même si cela paraît étonnant, il a fallu attendre la mise sur pied de ce GTC pour assister à des séances de travail, séminaires et autres rencontres publiques sur la seule initiative du CNLS. En d'autres termes, aucune réunion de ce type ne s'était tenue à Yaoundé avant cette date (et depuis au moins 1995) sans qu'elle ne soit l'œuvre ou l'initiative d'un partenaire étranger, public ou privé.

"La communication, la pertinence et l'éthique"

Parmi les impulsions récentes, deux nous semblent pouvoir être confrontées : la communication et l'éthique, réunies par un souci de "pertinence". Bien que ces thèmes soient affectés à deux conseillers différents, ils relèvent d'une volonté de réduire les carences accumulées depuis la création du Programme. La cooptation du président de l'association représentant les personnes atteintes est un événement exceptionnel. En effet, jusqu'à cette nomination ces personnes étaient tenues en marge des grandes réunions et, de fait, des décisions qui influençaient directement ou indirectement leur survie.

A partir des années 1998-1999, leur expérience en matière de counselling, leurs vécus, leurs itinéraires sociaux et thérapeutiques, puis leurs situations cliniques pourront servir à innover en la matière. Les droits essentiels de la majorité des patients sont régulièrement bafoués (transgression du secret médical, inégalités par rapport l'accès aux soins, exclusions sociales, etc.), et peu de gens se mobilisent pour les défendre.

Par ailleurs cette expérience, ces vécus doivent aussi servir à mieux sensibiliser et à démystifier le fait de vivre avec le VIH, dans un contexte où les représentations sociales assignent à la séropositivité une sentence de mort immédiate et une image nécessairement morbide. Par exemple, le fait que près de 10 % des élèves d'un lycée d'une ville importante du Nord-Ouest estime qu'il faudrait "isoler" et/ou "éliminer" physiquement les séropositifs, donne une idée du travail qu'il reste à accomplir sur le terrain. Il paraît donc impérieux de sensibiliser au plus près (proximité des actions de sensibilisation, participation communautaire, etc.) tout en associant les personnes atteintes. Ceci doit être fait, non pas comme le voudrait le sens commun partagé par certains responsables sanitaires locaux (soit disant "pour montrer que le sida existe"), mais pour diffuser une double idée : prévenir et soutenir, sensibiliser la société et défendre ceux qui subissent l'infortune de vivre avec le VIH.

Pour induire ce type de changements, un souci de pertinence s'impose en matière de communication. L'entrée d'un journaliste, dont les compétences professionnelles et le charisme télévisuel sont reconnus, illustre cette volonté de rénovation et, surtout, le souci d'assainir une image institutionnelle que le grand public assimilait jusque-là à "la politique du ventre" et au "sida business". Pour autant, la volonté manifestée par ce journaliste d'une part, et l'énergie déployée par les personnes affectées et infectées par le VIH d'autre part ne vont pas sans tensions. Pour le représentant de ces derniers, les personnes atteintes doivent être au cœur du dispositif de la lutte. Pour le journaliste, on ne saurait passer du monopole des médecins qui a prévalu jusqu'ici, à un autre monopole : celui des porteurs du VIH. Sous cette dialectique se cache paradoxalement un espoir que les deux porteurs de ces projets vont sans doute réaliser bientôt, parce que leurs discussions illustrent une véritable nouveauté.

D'abord parce que leurs débats, comme ceux qui sont menés au sein du nouveau GTC, portent sur le "fond" et ensuite parce que leurs préoccupations convergent vers une prise de conscience collective accrue. Si les méthodes qu'ils préconisent semblent différentes, leur but est le même : démystifier la maladie et sensibiliser, défendre les droits humains et "démocratiser" la lutte contre le sida. En outre, l'image d'intégrité et de professionnalisme que le journaliste possède auprès du public, notamment auprès des jeunes, ne peut que participer à rompre avec l'image vénale assignée à la lutte contre le sida au Cameroun.

Cette nouvelle image est susceptible d'être fécondée par l'énergie combative reconnue dans l'univers du sida au représentant des personnes atteintes. Les deux collègues sont donc impliqués dans une action et une relation porteuses d'un changement potentiel. En matière de communication, la nouvelle équipe intègre de facto une réalité essentielle de la communication sociale : l'image du locuteur peut être aussi importante que le message qu'il édicte.

La dépersonnalisation : réalités, contraintes et impacts d'une volonté ministérielle

La volonté du ministre, nommé en 1997, de dépersonnaliser la direction du CNLS rejoignait le regard critique, scientifique ou profane, porté sur les multiples aléas subis par le Programme à la suite de tous les changements successifs de présidents. Le ministre Monékosso avait donc décidé d'être lui-même le président du CNLS en conférant le pouvoir exécutif du Programme au Groupe Technique Central. De cette manière, il semblait espérer qu'un changement éventuel à la direction du GTC n'aurait pas pour conséquence d'en réduire ou d'en anéantir les activités jusqu'à la nomination suivante. Un des effets attendus de cette volonté politique concernait la coordination des actions menées sur le sida au Cameroun. Cette coordination dont la responsabilité revenait au CNLS implorait littéralement à chaque changement de président dudit Comité.

Par conséquent, la logique ministérielle semblait frappée de bon sens, si l'on se référait à un fait : les changements de ministres de la santé publique n'ont pas été étrangers à la succession des présidents du CNLS. Il est inutile de rappeler que les remaniements ministériels ne dépendent pas des ministres mais des équilibres politiques et ethno-régionaux. De plus, à ce moment (1998-1999) on pouvait penser à bon droit que cette volonté de dépersonnalisation déjà en soi une marque de... personnalisation. En effet, il n'était pas excessif de penser que les avantages de cette dépersonnalisation

dureraient sans doute le temps de l'action du Pr. Monékosso à la tête de la santé publique. Au-delà de la volonté manifestée par ce dernier et au-delà de la pertinence des perspectives qu'il imprégnait à la politique de lutte contre le sida notamment, le phénomène de personnalisation est une constante de la vie politique en Afrique, du fait d'une institutionnalisation de l'État qui demeure plus un projet, un programme de travail, qu'une réalité tangible. Néanmoins, le Cameroun semblait être sorti de sa période de tumultes, de tensions politiques et d'instabilité administrative, à l'occasion du remaniement ministériel du 7 décembre 1997 (Eboko, 1999b). Celui-ci a clos une période de "transition politique" et le ministre de la santé, nommé à cette occasion, pouvait espérer que son action s'inscrirait dans la longue durée. C'est ce qui a le plus manqué à la lutte contre le sida au Cameroun depuis le début des années 1990. L'accalmie politique actuelle était donc susceptible d'aider la nouvelle impulsion ministérielle, pour que le sida devienne enfin un combat avec une cohérence et une stabilité administrative qui avaient déjà fait ses preuves ailleurs sur le continent (au Sénégal par exemple ; voir Delaunay, 1999).

Avec un recul de trois ans, il n'est pas trop tôt pour pouvoir dire que le ministre de l'époque avait eu une intuition politique intéressante. En effet, deux ministres lui ont déjà succédé en 2001 et ont été par voie de conséquence Présidents du CNLS. Aucun d'eux n'a tenu à changer le responsable du GTC qui dirige donc cet organe exécutif depuis 1998, avec pratiquement la même équipe. Le fait que la mise en œuvre du PNLS soit depuis cette date inféodée à la tutelle de chaque nouveau ministre dispense celui-ci d'une volonté de contrôle du champ (symbolique et matérielle) du sida qui se soldait à chaque fois par des changements à la tête du CNLS. Le "défi" de la constance au sein de la direction administrative du CNLS a donc été relevé grâce à la création du Groupe Technique Central qui est relativement vidé du contenu, des pressions, des nuisances ou des avantages politiques éventuels qui reviennent de facto au ministre. Celui-ci sait en outre pouvoir compter sur l'expérience et la connaissance du "milieu" acquises par le GTC qu'il chapeaute. Reste d'autres questions au sein du ministère.

La verticalité des décisions qui a présidé à la création du PNLS en 1987 s'illustre de manière manifeste dans l'organigramme du ministère de la santé publique. Alors que toute la structure du CNLS tente de baliser tous les pans nécessaires à l'action publique contre le sida, le ministère de la santé publique comporte, en marge du CNLS, des services compétents en la matière. Il en est ainsi des bureaux "sida" et "MST" à l'intérieur du service du même nom ("Sida-MST"). Ce service est dirigé par une spécialiste reconnue pour ses compétences en matière de suivi et d'action préventive des MST et du sida, L'activité précédente de ce médecin au sein du bureau MST et sa pratique quotidienne au dispensaire des maladies vénériennes lui valent une réputation et une reconnaissance des acteurs locaux et étrangers travaillant sur la question du sida au Cameroun. En revanche, sa nomination à la tête du service "Sida-MST" la place en situation de "doublon" face au CNLS. Les deux bureaux mitoyens au sein de la direction de la santé communautaire du ministère de la santé publique à Yaoundé, semblent souffrir de problèmes de communication, dus eux-mêmes à une faible distinction des missions qui leur sont assignées. Ainsi, elle définit ses prérogatives comme étant celle d'un chef de mission devant conduire l'action contre le sida vers les délégations provinciales et les districts de santé, dans l'optique de la décentralisation qui est un des objectifs affichés par le CNLS. Pourtant, elle souligne que très peu de moyens lui sont affectés, très peu de missions lui sont confiées et que peu d'attentes

sont manifestées par le CNLS à son égard. Contrairement à ses pairs, voisins et collègues du CNLS et en particulier du GTC, elle ne dispose ni de moyens de locomotion, ni de ligne téléphonique, donc d'aucun moyen efficace de communication. Elle "gère" un outil de travail quasi inexistant³. Sa position, les contraintes qu'elle subit et les ressentiments qu'elle exprime semblent en dire long sur le projet de décentralisation de la lutte contre le sida au Cameroun.

Le projet décentralisation

Parmi les grandes faiblesses de la lutte contre le sida, le déficit en matière de décentralisation est à souligner. Le CNLS prévoit donc formellement de réduire la verticalité et la centralisation des actions. Pour cela les provinces, puis les districts de santé sont appelés à devenir des maillons de base de la lutte décentralisée et non plus les derniers servis. La décentralisation budgétaire est une question épineuse que le GTC vise à résoudre. C'est un défi important au vu des enjeux que la ventilation des moyens financiers peut générer dans un contexte de pénurie. Ainsi, la lutte contre le sida devra s'appuyer sur des EPLS (Équipes provinciales de lutte contre le sida) et sur des EDLS (Équipes de districts de lutte contre le sida).

La réalité paraît imposer des contraintes socio-historiques locales et internationales plus lourdes. Notre enquête de terrain dans quelques provinces camerounaises illustre les difficultés auxquelles se heurtent les vellétés de décentralisation.

La question de la décentralisation occupe les débats et les textes administratifs au Cameroun, depuis les indépendances. Si la volonté affichée a toujours existé, elle s'est toujours heurtée à un autre mouvement : la volonté de contrôle de la part des ministères et la très forte centralité de l'État au Cameroun. Cette dynamique historique est elle-même liée au fait que le régime d'Ahidjo (1958-1982) s'est construite sur une volonté de centralité dans ce pays qui était une république fédérale (depuis 1961) devenue une "république unitaire" en 1972 en réduisant au maximum toutes les vellétés d'autonomie, même relatives, au profit du volet "unitaire" qui a toujours contrarié la nécessité de décentraliser l'action étatique. De la même manière, les autorités qui dirigent les "délégations provinciales" sont elles aussi mues par des "habitus" de centralité. C'est-à-dire qu'elles exigent souvent pour conduire ou avaliser des projets qui leur sont soumis au niveau local, l'autorisation ou l'accord des autorités de Yaoundé dont les délégués provinciaux se plaignent par ailleurs de ne pas assez "décentraliser". Sur le papier, le maître mot est toujours la "décentralisation" qui se décline sur le terrain d'une manière très variable, entre "délégation", "déconcentration" et "dévolution"⁴. Il convient de s'attarder sur les tensions et les contradictions empiriques et avérées qui se manifestent entre les volontés officielles et les dynamiques concrètes, en matière de "division sociale du travail", dans la lutte contre le sida.

3 Entretien : Yaoundé, septembre 2000

4 Jean-François Médard a repris et analysé toutes les formes de décentralisation, à la lumière de l'exemple camerounais. Voir sa contribution dans le présent volume.

LA DECENTRALISATION DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA AU CAMEROUN : ENTRE DELEGATION, DECONCENTRATION, DEVOLUTION ET "ABANDON"

Les chartes, les directives et les conventions internationales concernant la santé ont été successivement ratifiées par le Cameroun. Les Conférences d'Alma Ata (1978), de Lusaka (1985), d'Harrar (1987) et de Bamako (1987) ont toutes été suivies de conventions signées par le gouvernement camerounais. Une grande part de ces directives internationales prônait un processus de décentralisation. Il en de même pour l'adhésion formelle aux directives issues des conférences internationales sur le sida les MST en Afrique. Pour autant, ces décisions internationales qui suivent la logique de la "verticalité" se heurtent, depuis toujours, à la résistance administrative et à la très grande force centrifuge de l'État camerounais.

Dans ce cadre, la stratégie de lutte contre le sida inscrit le district de santé comme cellule de base du système de santé. A la décentralisation géographique de l'administration camerounaise qui correspond à une "déconcentration" (la forme la moins poussée de la décentralisation), s'est jointe une décentralisation fonctionnelle, en ce sens que chaque délégation provinciale est supposée assurer les prérogatives administratives que le ministère représente au niveau national. Dans les faits, qu'il s'agisse de santé ou d'autres domaines ministériels, la "décentralisation" représente plus un "projet" qu'une réalité au Cameroun.

Une appréhension empirique, même rapide, permet de constater que tous les stades et tous les types de "décentralisation" sont représentés sur l'échiquier de la lutte contre le sida au Cameroun, au gré des interventions étrangères, multilatérales, bilatérales et des organismes privés. Ainsi, nous assistons à des schémas qui mettent en lumière des chevauchements entre "décentralisation", "déconcentration", "dévolution" et "privatisation". Chacune de ces figures est présente dans la répartition structurelle des actions de lutte contre le sida, par les effets des différentes interventions qui font du PNLS un acteur parmi d'autres ; pour une politique publique qui se fait à la "marge" par des partenaires étrangers, même si elle est supposée être édictée par le "centre". Notre terrain permet d'illustrer ce phénomène d'atomisation structurelle qui rend difficile la coordination qui est une des fonctions principales et officielles du PNLS.

Actions sanitaires et dynamiques épidémiologiques : le syndrome de la dissonance dans la lutte contre le sida.

Centre et périphérie d'une dynamique internationale : des inégalités géographiques

L'action contre le sida au Cameroun est corrélée à la présence et à la dynamique des organismes internationaux, des agences de coopération bilatérale et multilatérale et, enfin des ONG internationales (Eboko, 1999a). La GTZ couvre trois provinces : le Littoral, le Sud-Ouest et le Centre. Elle y finance les projets d'IEC et surtout soutient les différentes activités de l'association des séropositifs et leurs proches dont elle est le principal support financier. La Coopération française vient de financer la création d'un hôpital de jour à Yaoundé destiné aux patients atteints du VIH/sida. Le Fonds d'aide et de coopération (FAC, France) couvre la province du Nord pour les activités d'IEC et les

initiatives en matière de prise en charge des patients de cette province, avec la participation de la principale association de personnes vivant avec le VIH, l'AFSU (Association des frères et sœurs unis) de Yaoundé dont les membres sont en train de créer une antenne dans le chef-lieu du Nord, Garoua. Dans ces différents cas, il s'agit d'un transfert de facto d'une compétence sectorielle (santé et sida) du "centre directeur de la société" (l'État, suivant la formule durkheimienne) vers des agences de coopération. C'est une logique que l'on peut qualifier de "décentralisation par défaut" ou encore de "dévolution conjoncturelle". En effet, c'est la conjoncture économique et administrative d'un État rétracté en son centre qui permet aux organismes étrangers de s'installer où ils le souhaitent et d'initier des actions relativement autonomes vis-à-vis de celles conçues par le PNLs à Yaoundé.

Les autres provinces sont sujettes à un "vide" relatif que tentent de combler des actions de missions chrétiennes, comme à Kumbo, petite localité du Nord-Ouest, où l'hôpital de la Mission catholique héberge des personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida, dans une logique que nous pourrions qualifier de "privatisation partielle". Les frontières camerounaises sont particulièrement pénalisées par leur éloignement du "centre" du pays et, de fait, du "Cameroun utile". Ici, nous pouvons parler d'"abandon".

L'ONUSIDA, le CNLS et les acteurs locaux : une coordination à plusieurs vitesses, des collaborations ambivalentes

L'entrée en lice de l'ONUSIDA au Cameroun, en tant que représentation permanente sur le territoire camerounais, date de la fin 1999-début 2000. Cette mission a été assignée au Dr Emmanuel Gnaoré, ancien directeur du CNLS ivoirien et ancien responsable ONUSIDA à Madagascar. D'emblée le représentant ONUSIDA à Yaoundé souligne la principale difficulté rencontrée face au CNLS et aux acteurs camerounais :

"Ce pays a des ressources humaines et des compétences énormes mais il est très difficile de faire travailler les Camerounais ensemble. C'est incroyable de constater que nous essayons de mettre en commun les acteurs camerounais compétents dans le domaine du sida autour de la responsable du GTC et que ce sont les Camerounais qui exigent que nous (ONUSIDA) soyons là pour coordonner ces rencontres (...). Tout se passe comme si les uns et les autres avaient besoin d'un étranger pour éviter que ce soit l'un d'eux qui le fassent. C'est étonnant (...)"⁵.

Partant de ce constat, l'ONUSIDA a pris, en quelque sorte, les rênes de l'initiative en matière de mobilisation sociale contre le sida. Le premier effet tangible de cette prise en main est symptomatique des difficultés du PNLs. Ce que celui-ci n'a pas réussi en 15 ans, l'ONUSIDA l'a réalisé en quelques mois : mobiliser de manière permanente la presse locale. Depuis le début de l'an 2000, les principaux journaux de Yaoundé affichent à leur "Une" un message de sensibilisation contre le sida. Nous avons croisé nos sources et entretiens entre un de ces journaux (*Mutations*) et l'ONUSIDA pour mieux comprendre le phénomène. Deux critères ont prévalu pour arriver à cette

5 Entretien réalisé en juin 2000 à Yaoundé au siège de l'ONUSIDA.

mobilisation. Le premier est d'ordre financier ; l'ONUSIDA finance ces messages au titre d'encarts publicitaires.

Le second critère qui explique pourquoi cette mobilisation n'a pu être induite par le PNLN relève de l'appréhension politique de la question du sida au Cameroun. Le PNLN est assimilé à un récepteur de la "manne" qui serait générée par les bailleurs de fonds internationaux. Cette idée que le PNLN et ses dirigeants successifs bénéficient de ressources très importantes est une idée ancrée dans les représentations sociales de la lutte institutionnelle contre le sida, assimilée à un maillon de réseaux internationaux où circulent des sommes que l'ensemble des acteurs sociaux jugent ou estiment "considérables". Même si les fonds attribués au PNLN ont baissé depuis 1995 (ce qui s'est aussi traduit par une "vacance" à la tête du PNLN entre 1996 et 1998), l'idée de la "richesse" du PNLN est restée identique.

De fait, pour les journalistes toute action en faveur de la lutte contre le sida et initiée par le Comité devait être assortie d'un financement conséquent. Pour sa part, le PNLN avait déjà réuni, en 1995, les principaux acteurs de la presse nationale (écrite, radiophonique et télévisuelle) pour les sensibiliser à l'action commune contre l'expansion de la pandémie au Cameroun. La réunion s'était alors terminée par des demandes de financement émises par chaque média que le PNLN était censé présenter à des bailleurs de fonds. Cette réunion s'était finalement soldée par une inertie générale des médias en attente de soutien financier, y compris dans des activités qui relevaient du travail classique de journalistes (reportages, informations générales, etc.) (Eboko, 1999a, 2000). Pour autant, nous ne saurions conclure de ces faits que la prise de conscience journalistique date de la présence permanente de l'ONUSIDA. En effet, les mêmes journaux qui font payer à l'organisation internationale des encarts publicitaires sur le sida, font passer des articles d'analyse de la situation, des interviews d'acteurs, des reportages et des informations ponctuelles. La raison de cette "schizophrénie" apparente relève de la distinction que font les journalistes et les autres acteurs entre les personnalités non institutionnelles (supposées être en dehors du champ d'éventuels profits) et celles qui émergent au PNLN ou auprès d'organismes étrangers directement et statutairement liés à la lutte contre le sida.

Dans cette logique, l'ONUSIDA enregistre un crédit lié à sa visibilité et à la dynamique impulsée par le Dr Gnaoré. A l'inverse, il devient de plus en plus difficile de comprendre ce que coordonne le CNLS, si ce n'est d'accompagner les initiatives de l'ONUSIDA. Ainsi une nouvelle signature a vu le jour sur tous les projets initiés à Yaoundé, UNAIDS-CNLS, assortie à chaque fois de l'agence particulière de l'ONUSIDA à l'origine d'une action particulière : UNESCO, UNICEF, PNUD, OMS ou Banque mondiale. La succession de réunions de coordination ou de sensibilisation organisées depuis le début de l'année 2000 ont succédé à celles du GTC en 1999.

La lutte connaît donc une nouvelle dynamique qui met en évidence un effet pervers fondamental : la centralisation des actions et des acteurs à Yaoundé et la relative absence de projets dans les provinces qui ne sont pas couvertes par un partenaire bilatéral comme la Coopération française (Centre et Nord du pays) ou l'agence de coopération technique allemande (Centre, Littoral, Nord-Ouest et Sud-Ouest).

Nous pouvons donc en conclure que la centralisation de l'action sur le sida à Yaoundé est le corollaire de la verticalité des directives et des initiatives internationales. Quelques exemples issus de notre travail sur le terrain peuvent illustrer cette analyse

pour laquelle nous allons utiliser le cas des provinces du Sud-Ouest et du Nord-Ouest (les deux provinces anglophones).

Limbé et Bamenda face au sida : marginalisation et instrumentalisation

En 1996, des enquêtes sentinelles auprès de femmes enceintes à Limbé et Bamenda indiquaient que ces deux villes étaient les plus atteintes par le VIH/sida (Sam Abenyi, 1997). A cette époque, les estimations officielles chiffrèrent le taux de séroprévalence auprès des 15-49 ans dans une fourchette entre 10 et 12 % à Limbé, et entre 8 et 10 % pour Bamenda (aujourd'hui les chiffres indiquent des taux supérieurs à 14 % pour les deux villes). Nous nous sommes rendus dans l'une et l'autre de ces villes où nous avons successivement interrogé les responsables de la santé et enquêté auprès d'une de leurs cibles privilégiées, les scolaires. Il était question d'appréhender la politique publique de lutte contre le sida à l'échelon provincial et à celui du district et de comprendre les dynamiques sociales et les représentations vis-à-vis de la maladie chez les jeunes. Les questions du district de santé et celle de la décentralisation vers cette entité ont été un arrière plan important qui permettait de saisir ces problèmes dans leur globalité.

Limbé : la cité sinistrée, la double "victime" d'une décentralisation manquée

Les chiffres disponibles au moment de notre mission à Limbé (1999) sont ceux que nous avons annoncés plus haut : 10 à 12 % de séroprévalence du VIH/sida à Limbé. C'est donc par ces chiffres que nous avons justifié notre intérêt pour le district de santé de Limbé en introduction à notre entretien avec le médecin chef de ce district de santé. Nous voulions savoir, pour commencer, comment elle expliquait le choc épidémiologique subi par Limbé et les réponses envisagées sous sa responsabilité. L'exploitation de cet entretien et notre analyse vont de la géographie aux contradictions administratives et symbolisent toute l'ambivalence de la politique publique qui nous occupe ici.

D'un point de vue géographique et démographique, Limbé possède un pouvoir d'attraction important puisqu'il s'agit d'une station balnéaire située au bord de l'océan Atlantique et au pied du volcan le plus célèbre du pays, le Mont Cameroun (4070 m). A cela il faut ajouter la présence de deux grandes sociétés dans la région de Limbé : la Cameroon Development Corporation (CDC) et la Société nationale de Raffinerie (SONARA). La responsable du district de santé estime, à juste titre que le tourisme attirait une forte circulation démographique sur la commune. Elle y a ajouté que la prostitution était un facteur important de la circulation du virus. Pour ce qui concerne les réponses sanitaires et politiques apportées à la crise épidémiologique de Limbé, le médecin chef de district a souligné le peu de moyens matériels dont elle disposait. Au-delà de l'entretien, Limbé est un cas d'école qui explique et illustre les avatars d'une décentralisation ambiguë. D'une part, c'est la ville la plus peuplée de toute la province du Sud-Ouest dont elle est aussi la préfecture, et d'autre part, cette station balnéaire n'est pas le chef-lieu de province qui est à Buéa, une petite ville située à une demi-heure de route de Limbé.

La première conséquence de cette distinction qui date de l'époque de la colonisation allemande (Buéa fut la capitale du *Kamerun* allemand) est que Limbé n'est que la

seconde ville de la province d'un point de vue administratif. De fait les moyens alloués à chaque province passe d'abord par le chef-lieu où se situe la délégation provinciale de la santé publique (comme toutes les délégations ministérielles) avant d'être affectés aux districts sanitaires. Deux tutelles administratives altèrent donc les moyens attribués au district de Limbé : Yaoundé (la capitale politique du pays) et Buéa (le chef-lieu de la province).

Ensuite, le partenaire étranger qui œuvre dans cette province, au titre de la coopération germano-camerounaise (la GTZ) situe ses actions en priorité dans "la capitale provinciale" (Buéa) conformément aux accords passés entre les deux pays. De fait, les actions menées contre la tuberculose et le sida dans la province sont concentrées à Buéa et dans les localités avoisinantes. Limbé se retrouve avec le "record national" de séroprévalence et des moyens modiques pour faire face à la pandémie. Le caractère urgent de la situation épidémiologique de Limbé ne semble pas changer les stratégies d'attribution des moyens que ce soit de la part de Yaoundé, de Buéa ou de la coopération internationale. Le CNLS prônait l'institutionnalisation des EDLS (Équipe de district de lutte contre le sida) ; à Limbé, l'équipe est en place, comme le souligne la responsable qui montre dans le même temps que cette mise en place ne résoud pas le problème de la mobilisation sanitaire. Pour montrer à quel point la situation de son district est éloignée des autorités qui dirigent le PNLS, la responsable du district raconte un fait qui parle de lui-même. En 1998, alors que la situation dramatique du district est connue, le CNLS organise un séminaire de formation et de sensibilisation à Limbé. Ce qui aurait pu paraître comme un choix symbolique judicieux s'est avéré être un hasard symptomatique et malheureux puisque la responsable du district n'a pas reçu d'invitation à participer à cette réunion. Le lieu avait été choisi manifestement pour des raisons touristiques et les organisateurs avaient "oublié" successivement la situation sanitaire de la ville d'accueil et d'inviter sa responsable.

Peut-on parler du sida au Cameroun, en se réunissant à Limbé, et oublier que c'est la ville la plus éprouvée par la maladie ? Peut-on organiser un séminaire sur le sida au Cameroun sans penser à Limbé tout en étant à Limbé ? Limbé site touristique peut-elle faire oublier Limbé la sinistrée à des responsables de la lutte contre le sida ?

Notre mission à Limbé permet de répondre par l'affirmative à toutes ces questions. Pour clore ce tour d'horizon, il n'est pas seulement anecdotique de signaler que le district de santé de Limbé avait un budget de 60.000 FCFA pour organiser la Journée mondiale de lutte contre le sida, pour l'année qui a précédé notre enquête. Dans ce budget, la moitié était un don d'une association locale. La modicité de ces sommes est assez explicite pour signifier la dissonance entre les velléités de décentralisation et les réalités sanitaires relatives au sida au Cameroun. A l'inverse, le fait que la responsable exige une autorisation formelle de Yaoundé pour conduire une enquête ou un projet sur son district (contrairement aux prérogatives attribuées officiellement à chaque circonscription sanitaire) indique la complexité d'une situation où se mêlent la marginalisation et un besoin de reconnaissance par le centre. Cela pourrait altérer une véritable dynamique de décentralisation, en renforçant l'inféodation à la tutelle du centre dont elle souligne par ailleurs la nuisance. De ce point de vue, Limbé est le symbole des carences du système et un cas d'école en matière de succession de contradictions administratives, historiques et sanitaires.

Bamenda : déconcentration, instrumentalisation

Notre investigation en zone anglophone s'est achevée à Bamenda, la capitale provinciale du Nord-Ouest. Les logiques de la lutte contre le sida à Bamenda mêlent des dynamiques associatives, sanitaires, administratives et des enjeux Nord-Sud. L'imbrication des dimensions locales et internationales a conduit une de ces associations à devenir le principal opérateur privé de la lutte contre le sida dans la province du Nord-Ouest, y compris auprès des scolaires : le FAS Foundation (Fight Against Aids and STD's). C'est cette association qui contrôle les 58 "Clubs Santé" de la province du Nord-Ouest, à la suite de protocoles passés avec les délégations provinciales de la santé et de l'éducation, puis avec l'UNICEF et l'OMS. Outre le fait de distribuer du matériel à ces "Clubs Santé", le FAS y organise des séminaires de formation des responsables scolaires de ces clubs, placés sous la tutelle d'un enseignant, en général d'un professeur de biologie. Le FAS met en outre à la disposition des élèves l'accès Internet dont il dispose⁶.

Les activités du FAS Foundation à Bamenda concernent l'accès de patients, sans frais de leur part, à des polythérapies. Dans un pays frappé par la crise économique et la paupérisation de la majorité de sa population, cette action n'a pas manqué de nous interpeller lors de notre enquête. La mise sous bithérapie des patients en question illustre des enjeux qui concernent plusieurs personnes et plusieurs instances nationales et étrangères. En effet, les patients mis sous bithérapies participeraient à une recherche vaccinale menée pour le compte de l'Université du Missouri, qui avait signé un accord avec le PNLS. De fait, les patients sont soumis à un "Vaccine Project" impliquant un accord entre la Faculté de Médecine de Yaoundé, l'Université du Missouri, le FAS Foundation qui reçoit et assure le suivi des malades. C'est ce suivi qui serait susceptible de poser problème. En effet, l'épidémiologiste qui nous a reçu précise qu'il prescrit lui-même les traitements, suite à une "formation clinique" qu'il a reçue. Un médecin passerait une fois par mois à l'association pour les consultations. Plusieurs questions se posent ici et concernent : l'association des molécules (deux antiprotéases, saquinavir + nelfinavir) et la compliance des patients pour un traitement où celle-ci est capitale. Il conviendrait de suivre l'évolution de ce protocole qui met en jeu de manière fondamentale l'introduction des antirétroviraux au Cameroun.

Au-delà des questions médicales et du "colloque singulier" entre patients et praticiens, le projet dont il est question ici soulève le problème des entreprises sanitaires qui parcourent le champ du sida au Cameroun. Ces projets et initiatives rendent presque caduque la question de la décentralisation, en ce sens que cette dernière est absente des préoccupations et des projets des "entrepreneurs sanitaires". Ces initiatives permettent à des "aînés sociaux" (par exemple, des professeurs de médecine) de se positionner dans des réseaux transnationaux. La "filiale" constituée par l'Université du Missouri à Kansas City, la Faculté de médecine de Yaoundé et l'association FAS Foundation à Bamenda n'intègre que très peu la délégation provinciale de la santé publique du Nord-Ouest sise à Bamenda. Au vu du document qui nous a été soumis (l'accord de partenariat), cette dernière n'est partie prenante en aucune manière. Le site se prêtait au projet (plus de 14 % des adultes sont estimés séropositifs à Bamenda) et l'expérience de

6 Source : entretien avec M. Festus Wara, épidémiologiste, responsable du FAS Foundation à Bamenda, le 14 mai 1999.

terrain de l'association FAS représentait une ressource dynamique et pratique pour le recrutement des patients. Le fait que le délégué provincial de la santé soit très actif auprès des associations ne change rien à la question puisqu'il s'agit ici d'une activité où se mêlent fonds privés et publics pour des enjeux de santé publique et privée à travers lesquels l'instance exécutive de la province observe davantage qu'elle ne décide.

Les associations montrent à leur tour des processus de capitalisation des partenaires. L'exemple des associations est à ce titre significatif et illustre une régulation d'abord verticale de la lutte contre le sida et ensuite une répartition géographique inégale qui s'effectue au gré des desiderata de ces structures internationales. Ces dernières répondent à des objectifs qui ne sont pas directement motivés par des réalités épidémiologiques du pays.

Sur les 66 associations répertoriées par le PNLs, les deux tiers (51) sont basés à Yaoundé, la capitale administrative et politique, et dans la province du Centre qui en compte au total 53. Au-delà du listing officiel, d'autres structures associatives et actives ne figurent pas dans la liste du PNLs.

Sur les dix provinces administratives que compte le pays, quatre ne comportent officiellement aucune structure associative relative au sida : l'extrême Nord (à la frontière du lac Tchad), la province du Nord, l'Est, province frontalière de la République centrafricaine, et le Sud, qui est représenté sur la liste par un cabinet médical qu'on peut difficilement considérer comme une association. Douala et la province du Littoral comptent quatre associations. Limbé et le Sud-Ouest possèdent quatre organisations de ce type. L'Ouest et Bafoussam, son chef-lieu, sont représentés par une association dont le président n'est autre que le vice-président d'une ONG internationale basée à Yaoundé. Cette ONG internationale est répertoriée à Yaoundé et on peut penser que l'association de Bafoussam, vu ses objectifs affichés, est un continuum provincial de l'organisation sise dans la capitale, même si les dénominations officielles diffèrent. Le Nord-Ouest et Bamenda possèdent deux ONG. Une enquête menée sur place a permis de rencontrer trois autres structures très actives, non recensées par les services de Yaoundé. Enfin, la province de l'Adamaoua (voisine du Centre et du Nord) compte une association de développement rural ayant choisi de mener des campagnes d'IEC.

Un document récent du bureau de l'UNESCO à Yaoundé confirme la tendance de la centralisation des associations à Yaoundé. Sur les 34 associations pour la jeunesse qui ont demandé l'aide de l'Unesco en 2001, 28 sont situées à Yaoundé⁷. Cette répartition géographique suit une logique duale entre la proximité des organismes internationaux et les initiatives de mobilisation contre le sida. C'est l'illustration du projet sida conduit par l'Église évangélique du Cameroun (EEC) et l'ONG française "L'Appel".

Le programme sida EEC-L'Appel : une illustration de l'enjeu Nord-Sud

En 1994, le "département jeunesse" de l'Église évangélique du Cameroun (EEC) à Douala et l'association française "L'Appel" lancent un programme sida. L'Appel finance des campagnes d'IEC et la formation des jeunes animateurs issus de la jeunesse évangélique de Douala. Les financements de L'Appel pour ce programme sont assurés

7 UNESCO, *Actions du Bureau UNESCO de Yaoundé dans le partenariat contre le sida au Cameroun Répertoire*, Yaoundé, 2001, 18 p

par l'Union européenne. Après cinq années d'activités, le programme comptait 200 animateurs opérationnels dont les actions se répartissent sur 12 régions synodales et 30 antennes correspondant chacune à un arrondissement camerounais. L'action circonscrit deux grandes provinces camerounaises, le Littoral et l'Ouest. Les jeunes de ce programme sida sont de fait inféodés à deux tutelles : celle de la hiérarchie de l'Église et celle des partenaires parisiens. Ce double ancrage place les animateurs bénévoles dans une position que les conflits au sein de la hiérarchie de l'EEC rendent inconfortable. Leur formateur et interlocuteur au sein de l'église, un médecin, subit la tutelle de l'autorité proprement religieuse qui voudrait avoir un contrôle plus direct sur le programme sida et les jeunes. Dans le même temps, les partenaires parisiens tentent de passer outre ces conflits en insistant sur l'action des jeunes qui doivent rendre des comptes, conformément au contrat entre l'EEC et L'Appel. Les déplacements de ces jeunes (qui se répartissent en étudiants et jeunes travailleurs) et leurs activités personnelles représentent, pour les acteurs français, des soucis qui semblent majeurs. L'action sida intervient ici dans un contexte où ces jeunes (de 18 à 30 ans) essaient de s'autonomiser par des voies multiples, avec les contraintes sociales récurrentes dans les villes africaines. L'action contre le sida relève de choix spirituels mais est aussi le moyen d'être en contact avec "l'étranger" par l'intermédiaire des deux médecins français qui sont leurs principaux interlocuteurs réguliers.

L'impression qu'ont ces jeunes d'être "surveillés" plus que de raison n'est pas fortuite. Ils sont au centre d'enjeux dont ils sont simultanément un maillon lointain et la ressource humaine principale. La diversification des activités que L'Appel souhaite apporter au programme (prise en charge psychosociale des personnes atteintes) les place en position de force grâce au partenaire français mais les met dans une posture délicate face aux désaccords des "anciens" de l'église. En définitive, le programme sida de l'EEC-L'Appel représente donc l'interface de trois logiques qui peuvent conduire à une aporie : L'Appel finance ce programme sida grâce à l'apport de la coopération française et de l'Union européenne (100 millions de francs CFA en cinq ans), les cadres de l'EEC fournissent et encadrent les jeunes bénévoles qui agissent sur le "terrain" au nom de leur foi religieuse et des liens "fraternels" renforcés par cette mobilisation commune. À la fin de l'année 1999, le projet arrivait officiellement à son terme pendant que chacune des trois parties en question se demandait si l'action entreprise contre le sida survivra à l'arrêt des financements.

En effet, le leader de l'association (âgé de 25 ans en 2001) a quitté le Cameroun durant l'été 1999, ne voyant pas, suivant ses dires, la suite qui allait être donnée au Programme. Après un passage en France pour une rencontre ecclésiastique dans le sud du pays, il s'est soustrait du groupe avant le retour au Cameroun et a rejoint un autre Etat de l'Union européenne. A Douala, le programme n'a pu démarrer, les autorités de l'EEC n'ayant pas, faute de moyens, continué l'action entreprise sous l'égide de l'Appel. Entre-temps, le jeune homme qui a coordonné toute l'action des jeunes pendant cinq ans, a réussi à obtenir un permis de séjour en 2000 dans le pays où il réside. Il y a trouvé du travail et exerce le métier pour lequel il avait obtenu un CAP à Douala. Il est entré en contact avec des organismes de lutte contre le sida grâce auxquels il envoie quelques plis à son association : brochures, préservatifs, etc. De son engagement aux côtés des anciens de l'église de Douala et des médecins de l'Appel, il garde un souvenir mitigé, même si l'expérience personnelle lui a été "très bénéfique". Il souligne : "chacun a essayé jusqu'au bout de protéger ses intérêts..." Il constate que son "avenir personnel"

n'était la préoccupation de personne, sinon les partenaires parisiens l'auraient aidé à suivre une formation en France. Au lieu de quoi, précise-t-il, ces derniers "*voulaient [le] fixer au Cameroun parce que c'était dans leur intérêt...*". Son intérêt, dit-il encore était de sortir d'une situation où le projet qu'il animait à temps plein lui rapportait 25.000 FCFA par mois pour aller vers une activité qui lui permette réellement de subvenir aux besoins de ses huit frères et sœurs dont il est l'aîné. Son expérience est de celles qui justifient qu'un des nouveaux enjeux de la lutte contre le sida consiste à intégrer celle-ci dans des plans plus globaux de lutte contre la pauvreté.

POUR CONCLURE : LA LUTTE CONTRE LE SIDA AU CAMEROUN, UN MODELE DISSONANT DE POLITIQUE PUBLIQUE

L'aggravation de la situation épidémiologique du sida au Cameroun et l'échec de la prévention ont induit des modifications formelles au niveau des organisations internationales. A la faveur de l'action de la Banque mondiale auprès de l'ONUSIDA d'une part, et d'autre part des tractations du gouvernement camerounais pour la révision de la dette du pays auprès des institutions dites de Bretton Woods ; un accord de principe a été établi en 2000. Le Cameroun se devait de soumettre un plan de lutte contre la pauvreté à la Banque mondiale et, dans le même élan, de soumettre à l'ONUSIDA un plan stratégique d'urgence de lutte contre le sida. Le premier aspect de cette négociation internationale devait concourir à l'admission du Cameroun au sein du groupe des Pays pauvres très endettés (PPTE), ce qui permettrait l'annulation de sa dette. Le second aspect de ces engagements diplomatiques devait permettre à la Banque mondiale d'attribuer des fonds importants au Cameroun pour la lutte contre le sida. L'année 2000 a donc été riche en agitations internationales au Cameroun, avec une excitation supplémentaire liée à l'imminence du Sommet des chefs d'État de France et d'Afrique à Yaoundé (janvier 2001). La rencontre entre le gouvernement camerounais, la Banque mondiale et l'ONUSIDA eut lieu le 12 septembre 2000 au Palais des Congrès de Yaoundé. Le Cameroun, par l'entregent du travail du CNLS, a donc présenté son "Plan stratégique d'urgence contre le sida". Il s'est agi en fait d'une déclaration d'intention qui suffisait à la Banque mondiale pour libérer des fonds. La lecture de ce document montre qu'il ne comporte aucune stratégie nouvelle par rapport à tous les plans précédents. Les groupes cibles sont restés les mêmes depuis le début des années 1990 : les "jeunes", les prostituées, les transporteurs, etc. (Eboko, 1996). La méthode choisie n'a pas varié non plus, elle s'est dotée d'un nouveau slogan : "100 % condoms". Au-delà du sida, cette rencontre et les procédés en question sont conformes aux négociations entre les États africains et les bailleurs de fonds internationaux, en ce qui concerne les demandes de financements ou de révision de la dette. Un fonctionnaire de la Banque mondiale illustre ces face-à-face diplomatiques par une phrase riche de sens que l'on pourrait appliquer à la rencontre de Yaoundé : "*Nous faisons semblant de croire ce qu'ils faisaient sembler de penser*".

Le plus important ici est de signaler que le manque d'innovation du "Plan stratégique d'urgence" ne signifie pas qu'il n'y a pas eu d'évolution dans la lutte contre le sida au Cameroun mais que le "combat" se passe assez largement ailleurs, notamment à travers les actions des différents partenaires internationaux. Ceux-ci se fixent chacun leurs objectifs, lesquels finissent par orienter, nourrir et impulser la politique publique

de lutte contre le sida. Entre la verticalité des directives internationales, l'atomisation des projets et la centralisation des actions sur Yaoundé et quelques régions choisies par les partenaires étrangers, le CNLS se retrouve à assumer un rôle de coordination que tous ses partenaires contrarient. D'où la place importante qu'occupe l'ONUSIDA et ses représentants à Yaoundé, puisque ce sont eux qui orientent, stimulent et coordonnent officiellement cette politique publique dont l'action officielle revient au CNLS et, en particulier au Groupe Technique Central. Par exemple, la question des polythérapies antirétrovirales a donné lieu à la constitution officielle d'une plate-forme de grossistes pharmaceutiques qui sont les seuls à pouvoir vendre ces molécules, pour éviter une inflation dans ce domaine. Or, il se trouve que plusieurs projets mettent des patients sous polythérapies à des prix modiques ou gratuitement, suivant des motivations diverses. L'ONG Médecins Sans Frontières Suisse a lancé un programme de mise sous trithérapies qui devrait à terme concerner trois cents patients à Yaoundé (Projet baptisé "Parvy"). Le FAS de Bamenda s'occupe d'une centaine de patients sous bithérapies. Un projet similaire au projet Parvy est conçu pour Douala avec la participation du laboratoire pharmaceutique MSD (Projet "Darvi"). A ces dynamiques on peut rajouter l'investissement des grandes sociétés parapubliques ou privatisées pour les cadres atteints par le VIH/sida : la Société nationale d'électricité (Sonel), l'Aluminium du Cameroun (Alucam), pour ne citer que celles-là. Ce foisonnement n'empêche pas que la décision officielle du gouvernement de "bloquer" les prix des médicaments, pour les quelques patients ayant les moyens de se les procurer, soit contrariée de manière récurrente par des ruptures de stocks. Ce qui oblige les malades à se référer à certains médecins qui leur vendent les mêmes produits à un tarif supérieur au prix du marché. Tout ceci signifie simplement que c'est un ensemble hétérogène d'acteurs qui fabrique la lutte contre le sida au Cameroun, en marge du CNLS qui finit par assurer une sorte de "service minimum" au sein de ce champ qui l'intègre et le dépasse.

Le discours du Premier ministre camerounais, le 12 septembre 2000 est donc à lire en ayant à l'esprit les éléments qui précèdent. Son allocution s'est achevée sur un appel que l'on peut estimer contre-productif du fait qu'il pourrait stigmatiser les personnes atteintes et rendre caduque leur engagement qui a la réputation d'être essentiel.

"C'est ici le lieu de condamner avec la dernière énergie les comportements criminels d'individus sans scrupules qui, se sachant infectés par le VIH/sida, distribuent allègrement la maladie, c'est-à-dire la mort, à de jeunes personnes, victimes innocentes de comportements irresponsables (...). Dans cette perspective, n'est-il pas temps qu'une réflexion éthique soit engagée par la communauté médicale dans le sens d'envisager la levée du secret médical dans tous les cas où une personne se sachant infectée par le virus du VIH/sida, procéderait volontairement à la contamination d'autres personnes ?"⁸.

A première vue, on peut souligner que le chef du gouvernement reprend une représentation populaire de la maladie, bâtie sur le mode de la persécution. A ce titre, il suggère les voies de la "sanction", voire de la répression, contraires aux vœux des acteurs de la santé publique et de la lutte contre le sida, dont certains dénoncent les nombreuses atteintes au principe du secret médical. Pourtant, une analyse plus

8 Pour l'intégralité du discours, voir *Cameroon Tribune*, n° 7184/3473 du 13 septembre 2000, p. 4.

approfondie des quinze ans de lutte contre le sida au Cameroun, impose de relativiser l'impact des propos du Premier ministre. Il a rempli une formalité politique, dans un domaine où la "déraison" sanitaire qu'il met en lumière est liée à la "raison politique" qui le fait apparaître ponctuellement dans ce domaine, à travers des circonstances diplomatiques précises. Il agit dans un champ dans lequel il sait que les hommes politiques camerounais ne veulent assurer que le rôle de "guest stars". Son discours semble donc davantage le signe d'un manque avéré de volonté politique – qu'il partage avec beaucoup d'autres responsables politiques en Afrique (Gruénais et al., 1999) – que d'un besoin politique d'infléchir une tendance épidémiologique.

En d'autres termes, le Premier ministre s'adressait davantage à la Banque mondiale qu'à l'ONUSIDA. Les tactiques de gestion des enjeux internationaux occupent les responsables politiques ; la question du sida concentre l'énergie des responsables administratifs et sanitaires, locaux et étrangers. De temps à autres, ils se croisent et construisent ensemble un objet qui attend toujours de devenir un objet de débats politiques. Ce qui représente la condition *sine qua non* pour enrichir la mobilisation (Dozon, 1999) et mettre au centre de la lutte les questions d'éthique et de droits des personnes sans lesquelles les dynamiques épidémiologiques réelles et les réponses sanitaires (donc politiques) demeurent disjointes.

Loin de l'anecdote, cette contradiction apparente entre les "experts" et le "politique" résume de manière symptomatique la situation de l'action contre le sida au Cameroun. Il s'agit d'une politique publique tout à fait réelle effectuée en l'absence de volonté politique. D'où l'expression de "modèle dissonant de politique publique". Tout en sachant que toute politique publique est mue par un ensemble de tractations et d'acteurs qui l'orientent vers des cimes ou des planchers toujours différents des projets initiaux. Le Cameroun ne fait pas exception à la règle.

BIBLIOGRAPHIE

- BOURGEOIS A., EBOKO F, 1997 *Situations cliniques et négociations sociales face au VIH/sida au Cameroun*, Synthèse critique des "Sessions de formation pour la prise en charge thérapeutique des personnes victimes du VIH/SIDA au Cameroun" des 11 et 12 décembre 1997, Yaoundé, polycop.
- DELAUNAY K., 1999, "Le Programme national de lutte contre le sida au Sénégal. Entre prévention et normalisation sociale", in M.-E. Gruénais(ed.), *Organiser la lutte contre le sida en Afrique. Une étude comparative Etat/société civile*, Paris, ANRS-IRD : 101-111.
- DOZON J.P., 1999, "Une nécessaire politisation du sida en Afrique", in M.-E. Gruénais(éd.), *Organiser la lutte contre le sida en Afrique. Une étude comparative Etat/société civile*, Paris, ANRS-IRD,; 51-55.
- EBOKO F., 2000, "Risque-sida, pouvoirs et sexualité. La puissance de l'Etat en question au Cameroun", in G. Courade (éd.), *Le désarroi camerounais. L'épreuve de l'économie-monde*, Paris, Karthala : 235-262.
- 1999a, "Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun", *Autrepart*, 12 : 123-140.

- 1999b, "Les élites politiques au Cameroun : le renouvellement sans renouveau ?", In J.-P. Daloz (éd.), *Le (non-)renouvellement des élites en Afrique subsaharienne*, Bordeaux, CEAN : 99-133.
- 1996, "L'État camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida", *Politique africaine*, 64 : 135-145.
- GRUENAI M.E. (éd.), 1999, *Organiser la lutte contre le sida en Afrique. Une étude comparative Etat/société civile*, Paris, ANRS-IRD.
- GRUENAI M.E., DELAUNAY K., EBOKO F., GAUVRIT E., 1999, "Le sida en Afrique : un objet politique ?", *Bulletin de l'APAD, Anthropologie de la Santé*, 17 : 19-36.
- KEROUEDAN D., EBOKO F., 1999, *Politiques publiques du sida en Afrique*, Bordeaux, CEAN, coll. *Travaux et Documents*.
- Ministère de la Santé Publique, *Plan cadre de lutte contre le sida au Cameroun. Période 1999-2000*, Yaoundé, avril 1999.
- Ministère de la Santé Publique, *Plan National de Développement Sanitaire du Cameroun 1999-2008*, Yaoundé, mai 1998.
- Ministère de la Santé Publique, *Plan d'action du Ministère de la Santé Publique 1999/2003*, Yaoundé, 1998.
- SALLA NTOUNGA R., 1996, "Processus du deuxième plan à moyen terme de lutte contre le sida (1994-1998) en République du Cameroun", *Bulletin de liaison de l'OCEAC*, 26 (4) : 163.
- SAM-ABBENYI A. (éd.), 1997, *HIV/AIDS Surveillance Report 1996*, Epidemiology Section, National Aids Control Program Cameroon, Ministry of Public Health.

La difficile mise en place des districts sanitaires urbains

Eric Gauvrit¹, Raphaël Okalla²

Figures emblématiques des politiques définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis la conférence d'Harare en 1987, les districts de santé se sont mis en place au Cameroun dans le cadre global de la politique dite de "Réorganisation des Soins de Santé Primaires" (REO des SSP). Ils ont conduit à la confection d'une nouvelle carte sanitaire dans ce pays tout au long des années 1990. Cette carte va se trouver écartelée entre de multiples contraintes politiques, administratives et sanitaires, contraintes exacerbées par la mise en place concomitante d'une ouverture politique et de la décentralisation.

Une illustration de tous ces enjeux peut être fourni par l'implantation de districts de santé dans un cadre urbain avec l'exemple particulier de celui de Biyem Assi, district-pilote de la capitale camerounaise, Yaoundé.

LA DELIMITATION DES DISTRICTS DE SANTE AU CAMEROUN

Dans le cadre de la mise en place des districts de santé, plusieurs critères ont été élaborés. Il s'agit des critères de la démographie, de l'accessibilité géographique, de l'affinité socio-culturelle des populations, de la disponibilité des structures sanitaires existantes, de la potentialité économique de la zone donnée et de la conformité avec le découpage administratif. Dans l'application de ces critères, des distorsions vont apparaître. Elles résulteront, pour partie, de la pluralité des acteurs qui ont été amenés à intervenir pour élaborer et exécuter la carte sanitaire camerounaise, chaque acteur venant avec sa philosophie en matière de santé, ses méthodes, ses approches, ses attentes. Ce manque de coordination proviendra également de l'absence d'un canevas précis de politique sanitaire nationale. Ce sera tout l'enjeu de la Réorganisation des Soins de Santé Primaires (REO des SSP) que de coordonner toutes ces actions autour d'un axe fédérateur, reconnu et partagé par tous : le Plan de Développement Sanitaire. Le moyen d'y aboutir sera fourni par une série de séminaires et d'ateliers au début des années 1990 dans le cadre d'une vaste concertation de tous les intervenants dans le domaine de la santé. Plusieurs ateliers ont été organisés à Bertoua, Bafoussam, Kribi, et ont conduit à un éclairage parcellisé de la réforme ; les différents séminaires abordaient des questions distinctes : à Bertoua, la carte sanitaire ; à Bafoussam, les normes à établir pour les hôpitaux de district ; d'autres séminaires envisageaient la question des normes en équipements et en personnels.

Au cours de cette concertation, des logiques opposées vont se dessiner. Le Ministère de la santé (les Délégués provinciaux au niveau local, la Direction de la Médecine Préventive au niveau central) entendait privilégier une flexibilité des critères

1 Institut d'Études Politiques, Domaine universitaire BP 101 33405 Talence, e-mail : eric.gauvrit@wanadoo.fr

2 Ministère de la Santé Publique, BP 13690, Yaoundé – Cameroun, e-mail : rokalla@iccnnet.cm.

pour une meilleure logique d'opérationnalité des districts de santé. La délimitation de ces derniers ne devait pas forcément suivre les critères démographiques et de conformité avec le découpage administratif. Or, les autres acteurs de ce découpage entendaient, eux, axer leurs actions sur deux logiques d'intervention différentes :

- accorder la primauté à la conformité au découpage administratif existant, pour le personnel politique local
- accorder la primauté au critère démographique, pour les bailleurs de fonds œuvrant dans le domaine de la santé
- une source de conflit dans le découpage de la carte sanitaire est donc apparu à la suite de la forte attente des acteurs politiques locaux à l'égard de cette délimitation territoriale

La solution prônée par les représentants politiques lors de la concertation nationale à Bertoua en 1992 était de faire coïncider le district de santé avec l'arrondissement administratif³, chaque leader politique local souhaitant peu ou prou "bénéficier" de "son" district de santé. Cette volonté était d'autant plus forte que l'Administration venait de créer de nouveaux arrondissements dans le pays. Ce processus de scissiparité administratif avait conduit à un besoin d'affirmation identitaire pour les nouveaux venus. Une des modalités de cette affirmation pouvait passer par la création d'un district de santé, et des structures afférentes (hôpital, centres de santé). Car un hôpital de district, par exemple, "donnait à voir" le nouvel arrondissement, l'établissait dans le paysage administratif camerounais. Sa présence, son équipement, voire son sur-équipement était également un révélateur de la puissance de l'élite politique ou administrative locale.

D'autre part, pour le personnel politique, le besoin de posséder "son" hôpital de district était renforcé par la confusion qui demeurait entre ces nouveaux hôpitaux et les hôpitaux départementaux qui structuraient l'ancien paysage sanitaire du pays. Les hommes politiques locaux se demandaient parfois "si l'arrondissement dans lequel on était en train d'implanter le nouvel hôpital de district n'allait pas devenir à terme le chef-lieu d'un prochain département", avec toute l'élévation politique subséquente pour l'élite locale concernée.

Une confusion existait également pour le terme même de district. Au Cameroun, le district correspond initialement à une unité administrative plus petite que l'arrondissement. Il n'est présent que dans certaines parties du territoire camerounais, où l'enclavement nécessite une subdivision supplémentaire pour les actes administratifs les plus courants. C'est donc cette structure administrative marginale, placée sous l'autorité de la sous-préfecture, qui fait sens lorsque est évoqué le mot district. La confusion est donc possible entre le district administratif et le district sanitaire pour la majeure partie de la population, personnel politique compris. Et ce d'autant plus que la notion de district sanitaire n'est pas encore une réalité palpable pour beaucoup de personnes. Ainsi, par exemple, le district de santé de Biyem Assi à Yaoundé fera plus référence par le terme de Biyem Assi à un quartier particulier de Yaoundé VI qu'à un ensemble sanitaire géographiquement constitué ; et un habitant des quartiers d'Etoa ou

3 Le pays regroupe 58 départements et 269 arrondissements pour 14 millions d'habitants. Le Cameroun est aujourd'hui divisé en 135 districts de santé

d'Efoulan (intégrés au district de Biyem Assi) ne se reconnaîtra pas spontanément comme résidant dans le district sanitaire de Biyem Assi.

Pour les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé le découpage sanitaire passait plutôt par deux voies :

— Faire en sorte qu'un hôpital de district puisse desservir plusieurs arrondissements, si les critères retenus comme la situation démographique, sanitaire, etc., l'exigeaient.

Une telle démarche induisait une abondance de précautions oratoires. Pour le Directeur de la Médecine Préventive de cette époque, il était politiquement impossible de dire, par exemple, que l'arrondissement de Mban serait rattaché à celui de Batouri, où se situerait l'hôpital de district. Politiquement, il n'était pas possible, pour les élites locales, d'accepter qu'un arrondissement soit rattaché à un autre. Il fallait spécifier que l'hôpital construit à Batouri desservirait les arrondissements untel et untel.

— Sortir de la carte administrative, le cas échéant, pour tenter de viabiliser un district de santé, au regard des bassins de fréquentation des hôpitaux déjà existants.

C'est ainsi que le constat avait été fait par le ministère que les hôpitaux départementaux qui fonctionnaient déjà, desservaient principalement la population qui était dans le chef-lieu. Ensuite son bassin de fréquentation tenait plus des contingences géographiques (distance, facilité de déplacement) ou sanitaires (qualité du plateau technique, tissu des formations sanitaires publiques ou privées/confessionnelles présentes), que des délimitations administratives.

Cette démarche d'affranchissement de la structuration administrative était renforcée par les bailleurs de fonds qui souhaitaient conforter leur "politique du projet accompli". Ainsi, initialement présents au Cameroun pour des projets de développement sanitaire, rural, d'aménagement urbain ou routier, des agences de coopération ont souhaité adjoindre un volet santé ou préserver les acquis du volet santé initial ; les bailleurs entendaient faire pression, le cas échéant, sur le Ministère de la santé pour que la zone aidée devienne un district, que cette zone corresponde à une partie d'arrondissement, à un arrondissement entier ou bien à une province. La logique d'un découpage sanitaire selon une base territoriale pré-établie se trouvait ainsi confrontée à une logique de puissance financière déséquilibrée entre la puissance publique et les bailleurs de fonds, un bailleur pouvant amener plus d'argent pour "son" seul district d'intervention que l'Etat pour toute la province.

Par ailleurs, les bailleurs de fonds s'opposèrent aux cadres du Ministère de la santé, concepteurs du projet de découpage des districts de santé, sur la question du critère démographique. Ce critère fut particulièrement mis en avant par les bailleurs de fonds lors de l'atelier de Bertoua. En filigrane, ce critère indique qu'il faut un seuil critique de population par district pour que celui-ci soit viable. Un district doit, dans ces conditions, englober une population entre 100.000 et 200.000 habitants. Chaque district doit pouvoir être découpé en 7 à 10 aires de santé pour les districts ruraux, et 10 à 15 pour les districts urbains. Cet impératif démographique prôné par les bailleurs va se heurter à la structuration administrative et démographique du Cameroun. Car s'il est apparu rapidement peu viable d'implanter un district de santé par arrondissement, le niveau du département a semblé, quant à lui, incontournable pour les responsables nationaux et les Délégués provinciaux de la Santé. Or, il existe des départements qui ne regroupent pas 100.000 habitants, notamment dans les provinces de l'Est, de l'Adamaoua et d'une partie du Centre. Pour ces provinces, la faible densité

démographique a conduit les Délégués à élaborer des districts de 27.000 habitants, par exemple, pour ne pas à avoir à se retrouver avec des districts d'une superficie de plusieurs dizaines de kilomètres. Ces propositions de découpage ont rencontré l'opposition de plusieurs bailleurs de fonds qui ont contesté la viabilité de tels districts. Les négociations entamées entre le niveau central du ministère et les bailleurs réticents ont permis d'abaisser le seuil démographique minimum pour un district de 100.000 à moins de 40.000 habitants, à condition de considérer ces districts comme expérimentaux et non-prioritaires pour les interventions extérieures. Etant donné la faible capacité financière de l'Etat, on peut se demander si cela n'a pas été une victoire à la Pyrrhus pour l'Administration centrale camerounaise.

Car ces négociations se sont déroulées dans un contexte de crises tant politique qu'économique qui ont particulièrement fragilisé l'Etat camerounais dans son rôle d'instance décisionnaire et de coordination. Sur le plan économique et financier, "le pays était à genoux financièrement lorsque la réforme a commencé. Aussi, par rapport à la capacité financière du gouvernement, les bailleurs ont pu imposer leurs points de vue", à travers ce que le responsable de la Santé communautaire considère comme des conditionnalités. Les forces centrifuges des bailleurs de fonds ont distendu la carte sanitaire à leur profit. Cette prédominance financière leur donnait en effet une considérable latitude d'action et de décision, face à un Etat à la marge de manœuvre réduite et qui ne pouvait plus jouer son rôle de régulateur qu'il détenait au départ de la réforme.

Il convient en outre de souligner qu'un angle mort de la carte sanitaire camerounaise a pu être constitué par l'insuffisance de la prise en compte des formations privées confessionnelles, tout particulièrement en milieu urbain. Or, 40 % des actes de soins dispensés au Cameroun le sont par le secteur confessionnel ; le taux de fréquentation des structures publiques s'élève à 0,2 contacts par an et par habitant, contre 0,9 pour le secteur confessionnel. Cette insuffisance de prise en compte a pu conduire à des situations telle que la rénovation d'un hôpital de district par une agence multilatérale ne se traduisant pas par une augmentation de la fréquentation, car l'hôpital réhabilité était concurrencé par une structure confessionnelle à proximité qui répondait déjà aux attentes des malades-usagers.

LES DISTRICTS URBAINS DE YAOUNDE

Les bailleurs de fonds ont, dans un premier temps, considéré les Soins de Santé Primaires (SSP) et l'implantation des districts de santé - clés de voûte de la réforme - comme les modalités organisationnelles du système de santé en milieu rural uniquement. Les zones urbaines n'étaient pas exclues *stricto sensu* du champ d'application des réformes sanitaires, mais étaient délaissées par les bailleurs qui préféraient se concentrer sur les zones rurales. Les villes étaient laissées à leur structuration hospitalo-centrée. La nécessité d'étendre de façon globale la nouvelle carte sanitaire a conduit le Cameroun à élaborer un projet-pilote et à faire appel en 1991 à un consultant pour l'édification des normes et des recommandations permettant l'application des SSP en zone urbaine. Sur la base de ce document, le gouvernement a demandé un financement auprès de la Banque Mondiale pour implanter les districts de

santé en zone urbaine, et tout particulièrement dans les deux principales villes du pays : Yaoundé et Douala.

Le découpage a été réalisé initialement par les experts du ministère de la Santé qui ont travaillé sur la mise en place de la politique du district de santé au Cameroun. Le principe retenu était de se baser sur le découpage administratif pré-existant. La délimitation des districts urbains de Yaoundé et Douala date ainsi de 1991 pour les études et 1992 pour les réalisations. De l'avis des experts, la ville semble plus complexe parce qu'il n'y a pas de "délimitations naturelles", comme les cours d'eau par exemple. La délimitation géographiques des districts de santé peut devenir un enjeu de pouvoir et de compétition. Aussi, tout travail de délimitation doit se faire par la négociation pour inclure ou non tel quartier ou tel village de la communauté urbaine dans un district sanitaire particulier. Les consensus pour valider les découpages auprès de la population sont fragiles, la contestation étant favorisée par un contexte accru de liberté et de diversité (régionale, politique, etc.). Cette situation ne faciliterait pas les regroupements et les réunions des personnes d'un même quartier, surtout lorsqu'elles ne voient pas immédiatement leurs intérêts en jeu. Une autre particularité du milieu urbain est l'importance et la diversité de l'offre de soins qui permettent aux populations, en premier lieu aux plus aisées, de choisir elles-mêmes leurs lieux de soins, indépendamment de la carte sanitaire.

Une solution pour pallier cette complexité du découpage en milieu urbain était de faire coïncider ce découpage avec le découpage administratif. Aussi, le découpage de Yaoundé s'est fait sur la base du découpage en arrondissements, alors au nombre de quatre. Le processus s'est poursuivi jusqu'au niveau des aires de santé, où le découpage a respecté l'existence de quartiers et de blocs, en les regroupant le cas échéant. Cette adéquation permettait de restreindre les difficultés de coordination administrative dans un contexte généralisé de décentralisation en faveur des arrondissements urbains.

Aux quatre arrondissements urbains de Yaoundé ont donc d'abord correspondu quatre districts sanitaires. Le maintien de cette adéquation initiale, souhaitée par les autorités sanitaires, s'est heurté à un découpage administratif caractérisé par un processus évolutif encore à l'œuvre après l'instauration des districts sanitaires. Car le découpage administratif a été modifié en 1994, soit trois ans après les études pour la délimitation des districts de santé à Yaoundé et Douala. Les arrondissements à Yaoundé sont passés de quatre à six. Ainsi, le district sanitaire de Biyem Assi, qui initialement était confiné au sein de l'arrondissement de Yaoundé III, englobe désormais deux arrondissements : Yaoundé III et Yaoundé VI, issu d'une partition de l'ancien Yaoundé III.

Les raisons de l'évolution de la structuration administrative sont diverses. Depuis une vingtaine d'années, l'Administration territoriale a procédé à une multiplication des échelons administratifs. Le Cameroun est passé ainsi de 7 à 10 provinces. Cette stratégie a permis notamment d'accroître le nombre de postes et la redistribution, et multiplier ainsi les obligés politiques. Or, pour ce qui est du processus de scissiparité, les structurations techniques, sanitaires, ne sont pas toujours aussi dynamiques que les structurations administrativo-politiques. Du fait du caractère pluriel des intervenants, toute modification nécessite du temps, lorsqu'elle ne se révèle pas impossible.

LES ARRONDISSEMENTS DU DISTRICT DE BIYEM ASSI



Fonds topographique de l'IGN (1994) – Département du Mfoundi – Communauté urbaine de Yaoundé
Echelle 1/50.000

Ainsi, l'intention d'une nouvelle adéquation entre les deux structurations administrative et sanitaire, à Yaoundé, par la création de six districts sanitaires à Yaoundé s'est heurté à la réticence du principal bailleur de fonds, la Banque Mondiale, qui n'acceptait pas la remise en cause d'un plan d'intervention qui venait d'être arrêté dans le cadre de son Projet Santé-Fécondité-Nutrition (PSFN). Il est donc resté quatre districts sanitaires pour six arrondissements. Dans ce cas, comment faire correspondre deux schémas d'organisation territoriale discordants, surtout lorsque le modèle de référence est en perpétuelle évolution ?

Selon le Chef de Service de Santé du District de Biyem Assi, le fait de rendre compte à deux sous-préfectures n'entraîne pas de problèmes particuliers, ces dernières pouvant collaborer le cas échéant, même s'il est plus facile de "gérer un sous-préfet plutôt que deux". Lors des cérémonies officielles, des problèmes de préséance peuvent en effet surgir entre les deux sous-préfets. Le Service de Santé de District doit alors, le cas échéant, en référer au Préfet. Dans le cas de figure de Biyem Assi, l'historique de la constitution des deux arrondissements permet d'atténuer ce problème de préséance : l'arrondissement de Yaoundé VI est né d'une partition de l'arrondissement de Yaoundé III, le préfet du "grand Yaoundé III" (c'est-à-dire l'arrondissement initial) étant toujours en place à la sous-préfecture du nouvel arrondissement de Yaoundé III, il s'est instauré une relation qualifiée "d'aîné à cadet" entre celui-ci et le sous-préfet de Yaoundé VI, qui est en outre plus jeune que son homologue. En fait, les décrets de création des districts ne précisent pas quelles sont les autorités de tutelle des districts sanitaires sur le plan territorial, du fait de l'hétérogénéité de leurs découpages, créant alors un vide juridique à ce niveau.

Des problèmes peuvent surgir dans la gestion des personnels des structures de santé de district, car l'autorité administrative qu'est la sous-préfecture gère une certaine catégorie d'agents de l'Etat (catégorie C et D) présents dans les centres de santé. Ainsi le centre de santé de Mendong, qui fait partie d'une aire de santé située dans l'arrondissement de Yaoundé VI, a été construit, de façon inopinée, sur un terrain du quartier de Saint-Siméon, limitrophe des deux arrondissements, mais qui dépend de Yaoundé III. Ceci a entraîné des dysfonctionnements dans la gestion du personnel : quelle était l'autorité administrative responsable de l'affectation et de la notation du personnel de ce centre de santé qui "n'était pas à la bonne place" ? Le litige administratif n'a pu être réglé qu'en fermant le centre de santé avant de procéder à sa réimplantation ultérieure.

Pour le Délégué provincial de la Santé, la dualité de la tutelle administrative ne pose pas également de problèmes particuliers, même si elle se révèle complexe. En fonction du découpage géographique de l'Administration territoriale, le responsable du service de santé du district se référera en fonction des circonstances au sous-préfet de Yaoundé III ou de Yaoundé VI, pour ce qui est du district de Biyem Assi. Cependant, il reconnaît que "avoir à jongler entre les deux sous-préfets" pose le problème d'une identification claire de l'interlocuteur administratif. Lorsque le responsable du district doit solliciter l'autorité administrative pour une réunion, à quel sous-préfet doit-il s'adresser ? Un exemple particulièrement révélateur est donné à Douala où un district de santé se retrouve à cheval sur une partie de deux arrondissements contigus. Le sous-préfet a alors affaire à deux chefs de santé de district, qui eux-mêmes dépendent de deux sous-préfets différents. Cela pose aussi des problèmes de représentation pour le chef de santé de district qui doit être présent aux différentes réunions organisées par les deux sous-

préfets. Cette situation peut être d'autant plus problématique que, si le responsable du district a la compétence technique pour organiser les réunions, il n'a pas l'autorité pour convoquer les chefs de quartier et de village des arrondissements, prérogative du sous-préfet de l'arrondissement et du gouverneur de la province. Cela pose aussi des problèmes de coordination puisque l'autorité administrative est supposée représenter le gouvernement au niveau local, et est donc chargée de la coordination des services administratifs implantés au sein de sa compétence territoriale. Dans l'exemple de Biyem Assi, l'autorité administrative pour le district de santé est double avec les deux sous-préfectures de Yaoundé III et Yaoundé VI. Or, sous quelle autorité administrative le Service de Santé de District doit-il coordonner les activités de santé dans ce district sanitaire ? Est-ce le sous-préfet de Yaoundé III ou celui de Yaoundé VI ? A moins de considérer une partition de facto sinon de jure entre les formations sanitaires qui seraient du ressort territorial et tutélaire de la sous-préfecture de Yaoundé III et de la sous-préfecture de Yaoundé VI. Cette question est d'autant plus importante que la santé publique met l'accent sur l'intégration des activités de santé, avec la participation des autres secteurs comme l'éducation, l'hygiène, l'information, l'agriculture, etc.

LA CONSTITUTION DU DISTRICT DE BIYEM ASSI.

Le district

Situé au Sud-Ouest de Yaoundé, le district sanitaire de Biyem Assi couvre deux arrondissements de la ville (arrondissements III et VI) ; les estimations oscillent en 1999, selon les sources, entre 187.536 habitants, pour les services de santé de district, et près de 315.564 pour les autorités administratives ; près de 25 % de la population de Yaoundé y résiderait. Une grande diversité caractérise le district de Biyem Assi : zone rurale, quartiers d'habitats précaires, quartiers intermédiaires, zones résidentielles. Des zones dites d'habitats spontanés se caractérisent par des constructions ne bénéficiant pas d'adduction d'eau. L'arrondissement de Yaoundé III bénéficie du projet de la Mission d'Aménagement des Terrains Urbains (MAETUR), chargée du lotissement et de la construction de logements collectifs à des prix abordables. On retrouve dans ce quartier les plus pauvres comme les plus nantis, avec des activités professionnelles très diversifiées ; une partie importante de la population travaille dans la fonction publique, d'autres dans les secteurs privé et informel, ou dans l'agriculture. La population est très cosmopolite, pratiquement toutes les communautés culturelles du pays y sont représentées, et elles s'organisent volontiers en associations à caractère socioculturel. Des entreprises privées et parapubliques sont installées sur le territoire du district sanitaire de Biyem Assi : les Brasseries du Cameroun, la Société de publication et d'édition du Cameroun, SODEPA, SCDP et diverses petites entreprises privées dans des secteurs aussi variés que la menuiserie, la peinture et l'agro-alimentaire. Précisons également que l'université de Yaoundé I est située dans ce district. On y dénombre 24 "quartiers-villages" ; un chef de quartier se trouve à la tête de chacun de ces "quartiers-villages".

La création du district sanitaire a eu lieu en 1994. Le district de Biyem Assi a été subdivisé en 10 aires de santé. La population par aire de santé varie de 7.103 habitants (aire de santé d'Afanoya) à 59.059 habitants (aire de santé de Melen). Pour ce qui est du

découpage en aires de santé, les négociations se sont déroulées entre les autorités sanitaires, administratives et celles du Projet Santé-Fécondité-Nutrition soutenues par la Banque Mondiale. Le découpage semble avoir tenu compte de l'existence des quartiers tels qu'ils sont nommés par les habitants et des formations sanitaires préexistantes, le cas échéant.

Avant ce découpage sanitaire, chaque arrondissement de la capitale possédait son Centre Médical d'Arrondissement (CMA). La restructuration de la ville en districts de santé a nécessité un ajustement des fonctions des formations sanitaires existantes. Ainsi, pour la zone de Biyem Assi, le CMA d'Efoulan se trouve dorénavant défini comme un Centre de Santé Intégré (CSI) alors que son plateau technique le situerait plutôt comme une structure de référence du district de santé. L'hôpital de district, nouvellement construit dans l'arrondissement VI, couvre les deux arrondissements concernés (Yaoundé III et VI). L'équipe cadre du district se trouve basée au CSI de Mendong, dans l'arrondissement de Yaoundé III.

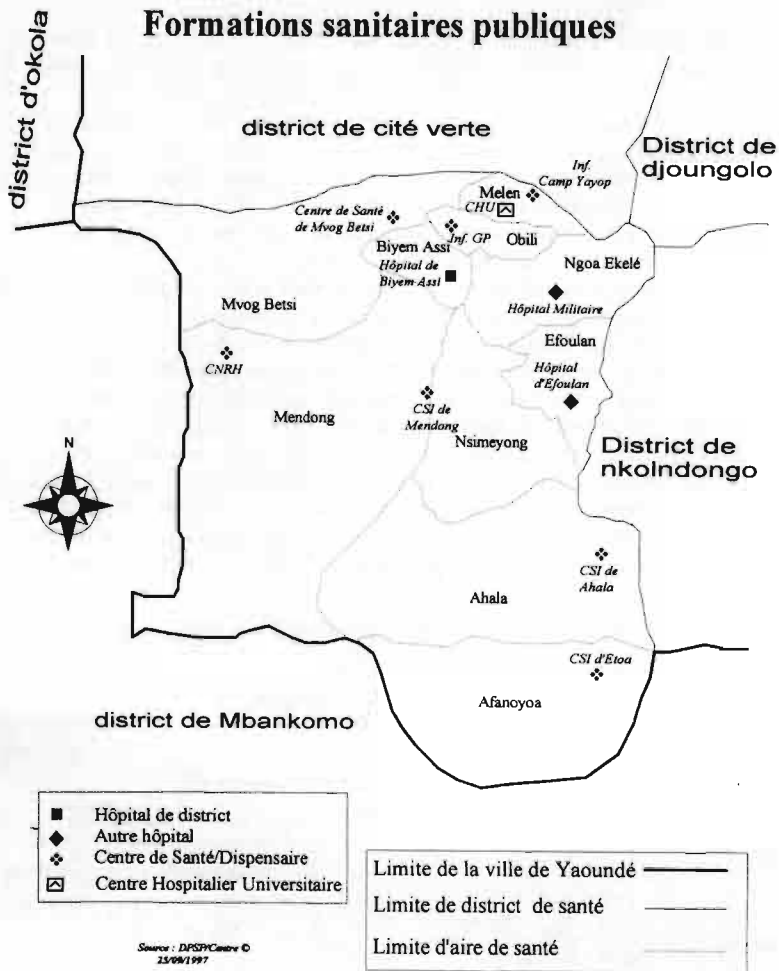
Plusieurs formations sanitaires sont installées dans le district de Biyem Assi. Il est difficile de les classer étant donné la diversité de leurs dénominations, de leurs statuts et de leurs fonctions. Les formations sanitaires publiques se situent à deux niveaux de la pyramide sanitaire : le niveau central (CHU ; hôpital militaire de la Garnison) et le niveau périphérique. Trois types de formations sanitaires appartiennent au niveau périphérique : les centres de santé intégrés, le centre médical d'arrondissement et l'hôpital de district. Certaines formations sanitaires publiques ne sont pas gérées par le ministère de la Santé, comme l'hôpital militaire, les infirmeries de l'armée (ministère de la Défense), le Centre national des handicapés (ministère des Affaires sociales), et le centre médico-universitaire (ministère de l'Enseignement supérieur). La situation des formations sanitaires publiques du district est résumée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Les structures publiques du district de Biyem Assi

Niveaux	Ministères de rattachement			
	Santé publique	Affaires sociales	Défense	Enseignement supérieur
Central	CHU	Centre national des handicapés	Hôpital militaire	CHU
Périphérique	Hôpital de district CMA d'Efoulan CSI d'Ahala CSI d'Etoa CSI de Mendong		Infirmerie de la Garde présidentielle Infirmerie du Camp Yeyap	Centre médical universitaire

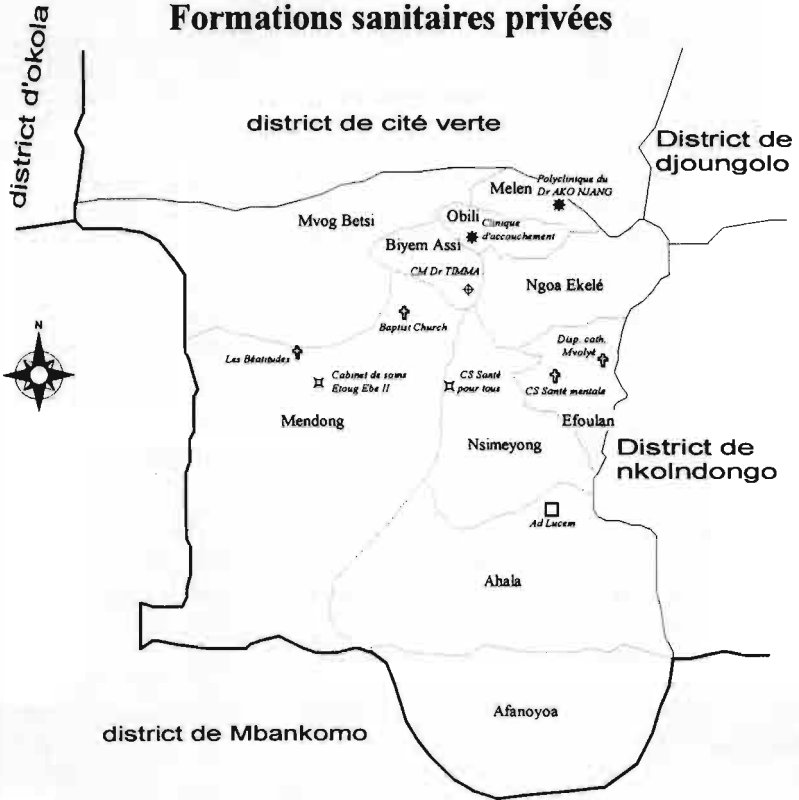
District de Santé de Biyem Assi

Formations sanitaires publiques



District de Santé de Biyem Assi

Formations sanitaires privées



+	Cabinet médical
⊕	Laboratoire
⊞	Centre de Santé/Centre de soins (privé laïque)
⊕	Centre de Santé/Centre de soins (professionnel)
★	Hôpital/clinique (privé laïque)
□	Hôpital/clinique (professionnel)

Source : DPS/DC Centre C
23/09/1997

Limite de la ville de Yaoundé	———
Limite de district de santé	———
Limite d'aire de santé	———

Deux hôpitaux de troisième référence (hôpital militaire et CHU) sont donc présents dans le district. Ces hôpitaux ne devraient s'occuper que des soins du troisième niveau (référence des hôpitaux régionaux et de districts) ; dans la pratique, ces établissements reçoivent aussi bien les malades pour les soins tertiaires que primaires, et le service de santé de district n'a aucun droit de regard sur ce type d'établissement.

On trouve également dans le district nombre de formations sanitaires privées à but lucratif ou non. La dénomination des formations sanitaires privées à but lucratif permet de les scinder en deux groupes : les cabinets de soins et les cabinets médicaux. Les cabinets de soins sont dirigés par un infirmier diplômé d'Etat ou un technicien supérieur en soins infirmiers, ils proposent officiellement des activités de soins infirmiers. Les cabinets médicaux sont dirigés par un médecin et doivent proposer des activités médicales autorisées par la loi. Les cabinets de soins et les cabinets médicaux n'ont pas de vocation d'hospitalisation ; ils ne peuvent garder les malades qu'en observation journalière. Ces formations sanitaires viennent compliquer particulièrement l'organisation de la couverture sanitaire pour les districts urbains : la plupart d'entre elles ne couvrent pas une zone précise en activités préventives et promotionnelles. Le tableau suivant présente les formations sanitaires privées recensées par le Service de Santé du District⁴.

Tableau 2 : Les structures de soins privés du district de Biyem Assi

Secteur privé non lucratif	Secteur privé lucratif	
	Cabinet de soins	Cabinets médicaux
Hôpital annexe de Djoungolo	Clinique d'accouchement	Cabinet médical Dr. Timma
Hôpital Ad Lucem	Fondzenwa	Cabinet médical Santé pour tous
Baptist Church dispensary	Cabinet de soins Etoug Ebe	Cabinet médical Besafaca
Centre médical Santé mentale	II	Cabinet médical Chinois
Centre de santé des Béatitudes	Cabinet de soins chinois	
Dispensaire catholique de Mvolyé	Cabinet de soins Ouanang	
	Cabinet de soins Indjike	
	Cabinet de soins Kouagang	
	Cabinet soins Médecine globale	
	Cabinet de soins Saint Esprit	
	Cabinet de soins Sainte Anna	
	Cabinet de soins Bitchoka	
	Cabinet de soins Oxygène	

L'absence d'étude des bassins de recrutement de chaque formation sanitaire, tant publique que confessionnelle, rend difficile la caractérisation de ce district. Selon le

⁴ Cette liste n'est pas exhaustive puisque, officielle, elle ne tient évidemment pas compte du très grand nombre de cabinets illégaux.

responsable du district, la majeure partie des patients fréquentant les formations sanitaires du district sont originaires de Biyem Assi. En fait, dans les critères de délimitation des districts et des aires de santé élaborés à Bertoua pour la carte sanitaire camerounaise, le critère de l'existence des formations sanitaires n'a pas été corrélé avec celui de leur fréquentation, ni avec celui de leur bassin de recrutement.

Les aires de santé.

Dix aires de santé composent le district : Melen, Mvog Betsi, Obili, Biyem Assi proprement dit, Mendong, Ngoa Ekele, Efulan, Nsimyong, Ahala, Afanoya. Toutes ne sont pas opérationnelles et ne sont pas desservies par les mêmes types de structures de soins (cf. cartes). Les différentes aires de santé de Biyem Assi illustrent parfaitement la diversité géographique et sociale qui caractérise ce district. Certaines aires desservent des communautés péri-urbaines, voire des communautés totalement rurales, situées à plus de 10 kilomètres du centre du district, et difficiles d'accès ; on peut supposer que le comportement de ces populations est fort différent de celui des fonctionnaires de la zone lotie.

Le fonctionnement des aires de santé dépend de la présence opérationnelle ou non d'une structure publique ou privée. Certaines aires sont dépourvues de formation sanitaire de base (Obili, Melen, Ngoa Ekele) ; cependant, à Melen, les services de santé sont assurés par le CHU, et à Ngoa Ekele, par l'hôpital militaire. Ces structures de référence nationale qui desservent de fait des aires de santé sont présentes à côté de la formation sanitaire de district nouvellement construite. La présence de ces hôpitaux inciterait la population à s'implanter dans ces arrondissements, selon les élus. D'autres aires de santé sont équipées de deux CSI (Afanoya). Nombre d'aires de santé sont également desservies par des formations sanitaires privées. Il semblerait que certaines de ces formations restent dans l'attente d'un agrément du ministère de la Santé. Disposant d'une clientèle fidélisée, l'absence de cet accord ne les empêche pas de fonctionner. Les formations sanitaires confessionnelles ont un bassin de desserte s'étendant bien au-delà des limites des aires de santé. Selon l'équipe de district, seules quelques formations privées suivent la politique de santé du district.

Chaque centre desservant une aire de santé est censé appliquer une politique de recouvrement des coûts, sous la supervision d'un comité de santé, qui doit notamment permettre l'approvisionnement en médicaments. Cependant, certains centres, à l'exemple de celui d'Etoa, vivent de dons en produits pharmaceutiques. D'autres formations sanitaires, à l'exemple du centre d'Ahala, nouvellement construit, restent dans l'attente d'une avance en médicaments et de la constitution d'un comité de santé afin de pouvoir démarrer une politique de recouvrement des coûts.

Un des reproches formulés par nos interlocuteurs est l'absence de suivi technique des différentes formations sanitaires par l'équipe-cadre du district, notamment en matière de supervision par le comité de santé du district du personnel sanitaire affecté dans ces centres ; d'une manière générale, ils soulignent l'absence d'une politique en santé cohérente dans ce district. Il n'y a guère de contact entre les personnels des centres périphériques et l'équipe du district hormis lors des journées de vaccination, et la collaboration intersectorielle avec les secteurs apparentés à la santé (Affaires sociales, Education, etc.) n'était pas encore organisée en 1999. Pour certaines aires de santé, qu'il y ait un district sanitaire ou non, les problèmes restent entiers : " le gouvernement ne fait

rien en dehors de l'affectation du personnel ; on ne voit pas les faits ", selon un médecin exerçant dans une aire de santé semi-rurale du district.

Prenons l'exemple de l'aire de santé d'Afanoya, la plus excentrée du district et qui couvre les villages d'Etoa, où est implanté le centre de santé, d'Afanou et de Ntuessong. La population est estimée à 7.000 habitants. L'aire de santé créée en 1995 comprend 5 villages desservant chacun une zone de santé. A Etoa, le centre de santé ne date que de 1987. Auparavant, les habitants de ce village allaient se faire soigner au centre médical d'arrondissement d'Efoulan ou au centre de santé de Ntuessong qui fait partie de la même aire de santé. Le centre de santé d'Etoa est situé à 12 kilomètres des quartiers centraux de Yaoundé, le centre de santé de Ntuessong est distant de 15 kilomètres environ de la capitale. Le centre de santé d'Etoa est dirigé depuis l'origine par un infirmier breveté. Mais il faut compter avec la présence d'un médecin retraité qui a joué un rôle important dans l'évolution du système de santé du Cameroun.

Ce médecin fut, entre autres, chef du service départemental de la santé publique dans la province de l'Est, médecin-chef de l'hôpital d'arrondissement de Buea, Délégué provincial de la Santé publique de la province du Sud-Ouest, Délégué provincial du Centre-Sud puis Délégué provincial du Centre après la partition de la province du Centre-Sud. Il prend sa retraite en 1988 et est à l'origine de la construction du centre de santé d'Etoa par l'Etat ; il est originaire d'un village situé dans cette aire de santé. Il est omniprésent au centre de santé d'Etoa, il participe au bon fonctionnement de celui-ci en fournissant de temps en temps des médicaments et du petit matériel, aidé parfois en cela directement par des ONG du Nord. Il consulte même à l'occasion, suppléant alors l'infirmier breveté qui dirige ce centre. Au sein du district de Biyem Assi, il se reconnaît une légitimité certaine : " Dans tout le district, je ne vois pas de médecin aussi âgé que moi, ayant autant d'expérience et étant à la retraite ; je suis leur aîné ! ". C'est à Etoa qu'il peut encore le mieux ressentir l'importance qu'il conserve d'un passé de dimension nationale. Cependant, il manifestait également beaucoup d'intérêt pour la création du comité de gestion du district dont il aurait aimé être membre. Le seul frein à cette participation, disait-il alors, pourraient être les jeux politiques qui ne manqueraient pas de se manifester à l'occasion de l'élection des membres du comité de gestion. Un autre sujet d'inquiétude, pour lui, était de savoir si le rôle du président du comité de gestion de district, dans lequel il se serait bien vu, aurait la même audience que celui de président d'un comité de gestion d'un centre de santé comme celui d'Etoa. En d'autres termes, nous avons là l'exemple d'un centre périphérique très excentré, situé dans une zone semi-rurale, mais dont l'animateur (officieux) principal pourrait être qualifié " d'élite " au sens camerounais du terme, c'est-à-dire un personnage à l'entregent national, avec des connections internationales, et qui finalement peut faire en sorte que le centre de santé soit peu intégré dans le district sanitaire dont il fait partie.

L'ACTION DE LA BANQUE MONDIALE DANS LA MISE EN PLACE DES DISTRICTS A YAOUNDE

Le financement de la Banque Mondiale se distingue des financements des autres bailleurs qui appuient la réforme de la politique sanitaire, en ce que cet organisme multilatéral ne propose ni des aides directes, ni une assistance technique, mais des prêts à très faible taux pour la réalisation de programmes. Seul l'Etat, sous le contrôle

gestionnaire de la Banque Mondiale, est chargé de la mise en œuvre. Le gouvernement camerounais a donc contracté un prêt auprès de la Banque Mondiale pour financer la mise en œuvre des districts de santé au Cameroun, dans le cadre du " Projet Santé Fécondité Nutrition " (PSFN). Le Projet devait durer initialement 60 mois, avec un coût total estimé à 240 millions de FF. Il prévoyait des constructions et des rénovations de bâtiments, l'achat du matériel et des médicaments, la formation du personnel et des représentants de la communauté, ainsi que la mobilisation sociale. Le ministère de la Santé était l'organe d'exécution, l'équipe de coordination du projet, la Banque se limitant à donner un appui technique, logistique et financier.

Des difficultés de fonctionnement se sont manifestées à plusieurs niveaux. D'abord le pouvoir de décision opérationnel est resté très centralisé : pour la moindre activité et le moindre décaissement, l'équipe du projet devait soumettre le dossier au ministre qui, une fois la décision prise, devait obtenir une " non-objection " de la Banque Mondiale à Washington. Les personnels du ministère de la Santé qui travaillaient dans les institutions d'exécution du projet (district, délégation provinciale) considéraient par ailleurs qu'ils gagnaient personnellement peu contrairement à l'équipe de coordination du projet, estimant alors que les résultats devaient être du seul ressort de l'équipe de coordination. Enfin, l'importance des montants, les intérêts et les responsabilités qui en découlaient ont conduit à la mise en place de structures administratives de contrôle et de gestion très lourdes. Ainsi une commission constituée de représentants de plusieurs ministères, des représentants de la Présidence de la République et du Premier ministre présidait à la supervision bi-hebdomadaire du projet.

Initialement, il avait été convenu que la Banque Mondiale soutienne la création des quatre districts de Yaoundé, des cinq districts de Douala, ainsi que de neuf districts ruraux répartis dans cinq provinces différentes ; les districts ruraux alors retenus, délaissés par les autres bailleurs impliqués dans la réforme du système de santé, étaient particulièrement difficiles d'accès : à l'Extrême-Nord du pays, et aux confins des provinces de l'Est et de l'Ouest. La Banque Mondiale entendait développer ces districts dans leur globalité, à savoir construire ou réhabiliter toutes les formations sanitaires, construire l'hôpital de district en cas de besoin, ainsi que le Service de santé de district. Globalement, il s'agissait d'un programme concernant 150 centres de santé, 18 hôpitaux de district et 18 Services de santé de district.

Le retard dans le démarrage du projet à partir de janvier 1996, et la lenteur de la bureaucratie des Nations Unies allait considérablement ralentir le projet. L'exemple du recrutement du " consultant international en formation " permet d'illustrer ces lenteurs administratives. Dans la programmation initiale du projet, la Banque Mondiale avait exigé que la cellule de la formation soit assistée par un consultant international pour la préparation de la formation du personnel. Le processus de recrutement de ce consultant a mobilisé toutes les parties concernées pendant un an sans aboutir. Pour éviter de cumuler du retard, la cellule de la formation a organisé une série de séminaires-ateliers avec des formateurs de divers horizons (Faculté de médecine de Yaoundé, organismes de coopération, Ministère de la Santé Publique, délégations provinciales, districts, etc.) – et le travail de préparation des formations a été conduit avec succès puisque le représentant de la Banque Mondiale avait reconnu sa pertinence. Mais il fallait attendre la fin du processus de recrutement de cet expert, car la Banque Mondiale exigeait qu'il vienne valider le travail fait par des nationaux.

Devant les retards accumulés, la Banque Mondiale a décidé en 1999 de restreindre son champ d'intervention à un seul district à Yaoundé et à Douala ; à Yaoundé, le district retenu est celui de Biyem Assi, à Douala, celui de New Bell ; et sur les neuf districts ruraux initiaux, seuls trois seront maintenus après la revue du projet en mai 1999.

Les raisons du choix de Biyem Assi comme district urbain soutenu par la Banque Mondiale à Yaoundé sont difficiles à apprécier. Les principaux responsables du ministère de la Santé impliqués dans le projet de santé urbaine ne peuvent expliquer ce choix, pas plus que celui du district New Bell de Douala, car ils n'ont pas été consultés. D'ailleurs, pour ces responsables, le choix de New Bell à Douala est contestable car, pour assurer le succès d'un projet-pilote en milieu urbain il vaut mieux l'implanter à l'endroit où il trouve les meilleures chances de réussite, pour avoir le temps d'améliorer le projet et de le répliquer. Or, le district de New Bell est l'une des zones les plus insalubres de la ville ; il souffre d'un manque d'espace pour construire de nouveaux centres de santé ; les " structures de dialogue " pour la participation communautaire y sont absentes ; il n'y a pas de voies de desserte fonctionnelle pour se rendre à l'hôpital de district, notamment en cas de pluie où les rares routes deviennent des bourbiers. Selon un expert du ministère de la Santé, le choix de poursuivre le développement des districts de Biyem Assi et de New Bell s'expliquerait par le fait que les activités avaient déjà commencé dans ces deux districts, notamment pour ce qui est des travaux de réhabilitation et des activités de formation du personnel. De plus Biyem Assi disposait déjà d'un hôpital et de l'espace nécessaire autour pour l'agrandir ; Comme le programme devait commencer par des constructions et les travaux de réhabilitation des hôpitaux de district, Biyem Assi se distinguait donc par son espace et ses possibilités d'agrandissement. De plus, sur les quatre districts sanitaires de Yaoundé, deux seulement étaient déjà dotés d'un hôpital, à savoir Biyem Assi et la Cité Verte. Pour ce dernier, l'espace était très réduit et ne permettait pas facilement d'y incorporer les différents aménagements nécessaires aux fonctions minimales définies pour les nouvelles normes d'un hôpital de district.

Pour un Directeur central du ministère de la Santé, un tel projet de la Banque Mondiale à Yaoundé avait des atouts importants : le ministère disposait du " Cadre conceptuel d'un district de santé viable au Cameroun "⁵, document de base pour les différents acteurs de cette réforme, le ministère de la Santé disposait également des ressources humaines nécessaires à l'implantation du district sur le terrain ; les communautés avaient déjà fait l'objet d'une sensibilisation en partenariat avec le ministère de la Santé ; et surtout le financement de la Banque Mondiale était disponible. Cependant, il déplore le manque de coordination qui s'est alors traduit par une gestion au jour le jour du projet. Ce n'est qu'en 1998, soit trois ans après le démarrage du projet, avec une nouvelle équipe au ministère de la Santé, qu'un plan d'action pour les années à venir a été élaboré. Par ailleurs, la traduction des décisions du ministère sur le terrain était difficile, notamment du fait de la lourdeur de la conception globale du district de santé qui nécessitait l'apport de nouvelles compétences qui ne trouvent pas toujours leur compte dans le projet et restreignent alors leur implication. Ce projet a souffert aussi des clauses de sa mise en œuvre qui était axée sur une décentralisation

⁵ Ministère de la Santé, Division des Etudes, de la Planification, de l'Information et de l'Informatique : Cadre conceptuel d'un district de santé viable au Cameroun. République du Cameroun – Banque Mondiale. Février 1999, 57p.

maximale. Plus précisément, dans ce projet, se retrouvaient impliqués des acteurs situés aux trois niveaux (ministère, province, district) de la pyramide sanitaire définie par la REO des SSP. La collaboration entre le niveau central et l'unité de coordination du projet a été difficile à obtenir, les différentes Directions du ministère n'étant pas toutes impliquées de la même manière dans le programme (ainsi de la Direction de la Pharmacie et des Médicaments, pour les médicaments essentiels, ou de la Direction des Ressources Humaines, pour les affectations du personnel). Une des réorientations des modalités des relations avec l'unité de coordination de l'ensemble du programme a consisté à choisir des pôles préférentiels de collaboration au sein des Directions centrales. On peut se demander enfin si une intervention externe de cette envergure n'a pas eu également un rôle déstructurant ; à force de promesses (approvisionnement en médicaments, budgets accordés aux comités de santé), elle a fait naître beaucoup d'espoir, éventuellement exacerber les rivalités pour l'accession aux postes représentatifs, comme la participation aux comités de santé ou de gestion, dont on supposait qu'ils pouvaient être particulièrement rémunérateurs.

FAIRE EXISTER LE NIVEAU INTERMEDIAIRE A YAOUNDE

La Délégation provinciale de la santé

Nominalement, le Délégué provincial est le représentant technique du ministre de la Santé dans la province, principe bien souvent contredit dans la réalité à Yaoundé, car la proximité avec les instances du ministère de la Santé fait que ce délégué représente quelqu'un de puissant déjà présent dans la ville. Cette situation a deux conséquences majeures : une pression accrue du niveau central, et un accès direct du niveau local au niveau central, le niveau intermédiaire de la province étant alors contourné. La tentation est offerte de passer par-dessus le Délégué provincial pour aller rencontrer directement les responsables centraux du ministère ; à l'inverse des services centraux du ministère peuvent contourner le niveau intermédiaire pour des décisions concernant la santé publique dans un quartier de Yaoundé. Ainsi, la nomination du nouveau médecin-chef de l'hôpital de district de Biyem Assi et la date de sa prise de fonction, en 1999, furent ignorées par le Délégué provincial.

La Délégation provinciale est aussi fragilisée par le fait que toutes les formations sanitaires présentes dans la province du Centre, ne sont pas de son ressort. C'est le cas de l'hôpital central et de l'hôpital général de Yaoundé, hôpitaux de troisième ligne relevant directement du niveau central et non de la province ; ne relèvent de la Délégation provinciale que les hôpitaux de district, les centres médicaux d'arrondissement (CMA) et les centres de santé. Le fait que des établissements de soins ne fassent pas partie de la carte sanitaire prévue par la réforme a entre autres conséquences une gestion particulièrement difficile de l'information sanitaire provinciale. Par ailleurs, le Délégué provincial n'a pas la capacité d'affecter du personnel de l'hôpital central dans les districts, ou inversement, en vue d'un redéploiement interne à la province du Centre. Le Délégué n'a prise que sur les personnels de district. Dans le même temps, il est dans l'incapacité de déterminer le ratio des personnels des établissements publics et parapublics sanitaires par rapport à la

population de la province, car ne disposant pas des informations sur les ressources humaines de l'ensemble des structures de soins de sa province. Enfin, il ne connaît guère les profils pathologiques et épidémiologiques des patients qui se rendent dans ces hôpitaux qui ne relèvent pas de sa compétence territoriale. Comment alors organiser le système de référence / contre référence dans ce cas ?

Pour remédier à cette situation, il a été envisagé de mieux structurer la référence en attribuant des compétences territoriales, en quelque sorte, à chacun des grands établissements hospitaliers de Douala et de Yaoundé. Ainsi, l'hôpital central de Yaoundé deviendrait la référence de la province du Centre et assurerait le parrainage de tous les hôpitaux de district de cette province ; la province du Sud relèverait aussi de la compétence de l'hôpital central, alors que les provinces du nord du pays seraient desservies par l'hôpital général de Yaoundé, et les provinces de l'ouest, par l'hôpital général de Douala. Ce projet de complémentarité des formations sanitaires de la province du Centre dont font partie tous les établissements publics de Yaoundé, serait mené sous l'égide conjointe de la Délégation provinciale et de l'hôpital central, ce dernier n'entrant pas dans le giron de la Délégation provinciale mais allant vers une collaboration plus poussée avec le niveau provincial.

Actuellement, le renforcement ou non de la Délégation en matière de gestion du personnel ou des ressources financières, repose d'abord sur l'évolution économique du pays pour que la décentralisation puisse être effective. Or, les allocations financières de l'Etat mises à la disposition de la Délégation de la province du Centre pour son fonctionnement sont allées en décroissant pendant plusieurs années. Dans le même temps, la Délégation ne bénéficiait toujours pas d'une complète autonomie de gestion, même dans le cadre de contacts directs établis avec les bailleurs de fonds étrangers. En effet, l'accord du niveau central était encore exigé à partir d'un certain niveau d'aide directe des bailleurs aux structures de soins.

Au bout du compte, il semble, de l'avis même d'un ancien directeur provincial de la santé en exercice avant la mise en place de la réforme, que la décentralisation actuelle ait réduit la marge de manœuvre du niveau provincial. Auparavant, le directeur provincial disposait de moyens plus importants en provenance de l'Etat pour acheter directement lits, médicaments, etc., pour équiper les hôpitaux de la province. Il avait également compétence pour les affectations du personnel au niveau de la province, et pour recruter du personnel non qualifié (manœuvres, manutentionnaires, personnels d'entretien, etc.). Il avait même un rôle plus important qu'un directeur central de l'époque qui devait alors passer par l'intermédiaire du directeur provincial s'il voulait réussir dans son action ; et, manifestation suprême de l'importance du directeur provincial, celui-ci était au côté du ministre lorsqu'il se déplaçait en province. Cette évocation du " bon vieux temps " où le directeur provincial avait tout pouvoir en tant qu'élite locale reste sans doute en partie vérifiable pour certains délégués provinciaux actuels en milieu rural, mais ne se rencontre pas encore pour le milieu urbain spécifique que constitue la capitale.

Le Service de Santé du District (SSD)

La trop grande proximité avec les services centraux est une des principales causes invoquées pour expliquer que le district de Biyem Assi soit en phase perpétuelle de démarrage depuis sa création en 1994. Il s'ensuivrait, de la part de l'équipe de district,

frustrations et attentes interminables des décisions du niveau central permettant d'avancer dans le développement du district. Les districts ruraux auraient pour leur part davantage progressé du fait d'une moindre prégnance de cette tutelle.

Jusqu'en mai 1999, le Service de Santé de District (SSD) de Biyem Assi a ainsi évolué de façon informelle dans le cadre d'une équipe resserrée autour des quelques collaborateurs du Chef de Service de Santé de District (CSSD), à savoir le Chef du Bureau Santé, le Chef du Bureau des Affaires administratives et financières, et le Médecin Chef de l'hôpital de district de Biyem Assi. Une telle structure ne pouvait pas toujours répondre aux attentes, en particulier de la communauté. Aussi, une équipe-cadre renforcée a été composée pour le district conformément aux directives issues du " Cadre conceptuel d'un district de santé viable au Cameroun ", élaboré par le ministère de la Santé. La création d'une telle équipe, dans le contexte de la Réorganisation des Soins de Santé Primaires, doit être formalisée par une note du ministère.

Définie en mai 1999, l'équipe cadre regroupe treize personnes :

- le Chef de Service de Santé de District (CSSD)
- le Chef du Bureau Santé
- le Chef du Bureau Affaires administratives et financières
- le Médecin Chef de l'hôpital de district
- le surveillant général de l'hôpital de district
- un médecin choisi parmi les neuf exerçant au sein de l'hôpital de district
- le Médecin Chef du Centre médical d'arrondissement d'Efoulan
- le surveillant général du Centre médical d'arrondissement d'Efoulan
- un médecin du Centre médical d'arrondissement d'Efoulan
- tous les responsables des Centre de Santé Intégrés de Biyem Assi (3 en août 1999)

Toutes les latitudes offertes par le texte ont été exploitées pour composer cette équipe. En dehors du " noyau dur " formé par les membres titulaires que sont le CSSD, les deux chefs de bureau, le médecin chef et le surveillant général de l'hôpital de district, ont été également désignés des médecins des structures de santé du district qui s'intéressent à la santé publique. De plus, il est préconisé dans le " Cadre conceptuel " d'adjoindre des membres des " secteurs apparentés concernés par le développement de la politique de santé dans le district " ; c'est donc une équipe cadre d'une vingtaine de personnes qui pourrait être constituée à terme. Or, cette marge d'appréciation offerte à chaque Service de Santé de District de procéder à l'établissement de son équipe cadre n'est pas sans susciter interrogations, discussions et remises en cause, comme le montre le caractère provisoire de la première équipe-cadre mise en place à Biyem Assi.

La décentralisation ne concerne pas encore les ressources humaines. Les affectations relèvent de l'autorité administrative pour la décision mais des structures locales pour les propositions. Par exemple, le CSSD doit envoyer ses propositions de redéploiement de personnel à l'intérieur de son district au Gouverneur de la province pour que celui-ci les entérine. Au Gouverneur de la province et non au sous-Préfet de l'arrondissement, car seul le premier a le rang de directeur de l'Administration territoriale et à ce titre a compétence pour affecter le personnel. Le Délégué provincial intervient quant à lui pour les affectations inter-district ; le CSSD ne peut muter son personnel en dehors de son district, et là encore c'est le Gouverneur qui intervient en

dernière instance : le Délégué provincial prépare les mutations et les envoie au Gouverneur pour qu'elles soient entérinées.

Le service de santé de district ne dispose pas davantage d'une autonomie financière, contrairement aux structures sanitaires comme l'hôpital de district par exemple. Il reçoit pour son fonctionnement une dotation budgétaire du ministère de la Santé. Il rend compte de cet usage à la hiérarchie sanitaire ou aux responsables du ministère des Finances, qui met à sa disposition les fonds. Afin de disposer d'un minimum d'autonomie financière, il conviendrait que soit mis en place un comité de gestion de district où la communauté serait représentée. Le blocage lié à l'absence d'une " structure de dialogue " est préjudiciable à la capacité d'action et à la légitimité du district. A cet égard, la question de la légitimité du service de santé de district se pose d'autant plus que la carte sanitaire place sous sa tutelle le directeur de l'hôpital de district qui, lui, grâce au système de recouvrement, peut disposer des recettes de sa structure, et recruter du personnel auxiliaire. Dès lors, que peut faire un service de santé de district, en haut de la hiérarchie locale, mais " pauvre " et non autonome, face à un hôpital de district qui lui est normalement subordonné mais qui a la possibilité de faire des recettes et de les utiliser à son seul profit ? D'ailleurs, des conflits de compétences et de pouvoir ont pu naître entre le médecin chef de l'hôpital de district et le chef du service de santé du district, et qui ont été résolus, à Biyem Assi, en attribuant les deux fonctions à une seule et même personne.

VERS UNE DECENTRALISATION DES RESSOURCES : L'EXEMPLE DU MEDICAMENT

Aujourd'hui, les formations sanitaires peuvent garder 100% des recettes qu'elles produisent, depuis un arrêté ministériel de septembre 1998 qui fixe les conditions d'organisation et de fonctionnement des structures des comités de santé pour les aires et les districts de santé. Cette mesure, que certains qualifient de " révolution ", a été prise à l'issue d'un long processus entamé en 1990 avec la loi sur les libertés et illustre la volonté de l'Etat de réaliser effectivement la décentralisation. Cette mesure interrompt le principe de l'unicité des revenus de l'Etat, et induit une plus grande responsabilisation au niveau local ; c'est pour cela que la constitution des comités de santé est un pré-requis pour la gestion de ces recettes. L'affectation des recettes devra ainsi être co-signer par le responsable de la formation sanitaire et par le responsable du comité de santé. La décentralisation des ressources est valable aussi bien pour les centres de santé que pour les hôpitaux de district.

L'objectif visé est également de réduire les capacités d'intervention directe du niveau central qui peut alors se concentrer sur la définition et la conception des politiques à mener, sur les cadres juridiques et réglementaires, plutôt que de se disperser dans la gestion quotidienne des choses et des biens. L'objectif ultime, selon un ancien ministre de la Santé, est d'aboutir à un financement du district qui ne dépendrait plus directement du budget de l'Etat ; cette mesure doit avoir pour vertu de lutter contre la déperdition, l'opacité et les malversations constatées à chaque niveau administratif, qu'il soit ministériel, provincial ou local. Le niveau périphérique ayant toute autonomie et étant désormais responsable, seul le ministère des Finances aurait à exercer une fonction de contrôle, le ministère de la Santé n'intervenant plus à cet égard.

Le second temps de cette " révolution " décentralisatrice est sa mise en place effective. L'évolution la plus manifeste dans ce domaine est le passage du don des médicaments dans les formations sanitaires grâce au budget de l'Etat à une autonomie de gestion de chacune des structures de ses recettes, notamment pour doter les structures d'une pharmacie. Et les difficultés de mise en œuvre d'apparaître alors dans ce domaine avec beaucoup d'acuité.

La politique du médicament a longtemps été caractérisée par la gratuité au Cameroun. Pour autant, des systèmes alternatifs ont pu voir le jour comme avec le système des pro-pharmacies dans le milieu des années 1970. Les mairies attribuaient une dotation financière aux médecins des centres de santé, qui achetaient alors les médicaments et les revendaient à bas prix. Les recettes devaient servir normalement à réapprovisionner le stock de médicaments. Cette expérience, qui n'eut pas de suite, ne concernait que les centres de santé. En effet, dans les hôpitaux, il aurait fallu distinguer les médicaments de la pro-pharmacie de ceux de l'hôpital, ces derniers étant fournis par l'Etat et ne pouvant alors être vendus. De nos jours, cette distinction n'existe plus et toutes les structures de soins vendent leurs médicaments. Dans le cadre de la Réorientation des SSP, si une structure bénéficie d'un don de médicaments, ceux-ci doivent être confiés au comité de santé qui est alors chargé de " gérer " ce don.

Ce système d'utilisation des recettes du recouvrement des coûts désormais instauré pour le réapprovisionnement de la structure en médicaments ne laisse pas d'aiguiser la méfiance de tout un chacun. Les rumeurs de détournement et de revente des médicaments par les personnels de santé à leur profit vont bon train. Mais trouver la clef de répartition adéquate des recettes provenant de la vente des médicaments est une question difficile. Que doit-on faire des médicaments provenant de dons : les fournir gratuitement ou les revendre pour contribuer à alimenter le fonds de roulement du centre ? Quelles proportions de la recette reverser en guise de prime aux personnels du centre ? Pour le fonctionnement général de la structure ? Pour le seul réapprovisionnement en médicament ? Pour la rémunération des membres du comité de santé ?

La Banque Mondiale devait aider à la mise en place des pharmacies dans les formations sanitaires du district. Les fonds nécessaires ont tardé à venir. En juillet 1999, seul l'hôpital de district de Biyem Assi disposait d'une pharmacie héritée de la période d'avant la réforme lorsqu'il était encore hôpital d'arrondissement. Alors que l'Etat n'intervient plus dans les dotations pharmaceutiques des structures sanitaires, les centres de santé du district, dans l'attente de ce crédit de la Banque Mondiale, ne disposaient pas de médicament, plus de cinq ans après l'instauration du district.

COMITES DE SANTE, COMITES DE GESTION ET " COMMUNAUTÉ "

Dans la réforme, la participation communautaire, l'implication des autorités locales sont la pierre angulaire du projet, à tel point, comme nous l'avons souligné, que l'autonomie financière des structures de santé périphériques, et donc leur financement, en dépend. C'est aussi pour cela qu'il est notamment prévu dans le programme de la Banque Mondiale longuement évoqué un financement particulier pour la formation de ce qu'il est convenu d'appeler les " structures de dialogue ", lieux d'expression de la communauté. Les autorités administratives locales ont alors à l'évidence un rôle

d'animation essentiel à jouer pour la mise en place de ce dernier niveau essentiel de la pyramide sanitaire

Les mairies d'arrondissement ont le rôle de mobiliser les populations. Les maires des communes du ressort du district sanitaire sont membres de droit du comité de gestion de l'hôpital de district. En outre, les mairies peuvent intervenir dans le fonctionnement du district par le biais d'une aide budgétaire directe aux formations sanitaires : depuis 1967, le budget d'une commune ne peut plus être adopté sans que 7% de celui-ci ne soit alloué au secteur de la santé, ce qui permet notamment de rémunérer certains agents de santé qui dépendent de l'administration locale. Elle pourrait être notamment un facteur de prospérité pour le district de santé de Biyem Assi qui recouvre deux mairies d'arrondissement, mais elle reste dans la réalité très fragile et à l'applicabilité réduite. Car cette mesure, obligatoire dans son inscription, est loin d'être effective. Le budget étant prévisionnel, son exécution dépend de la trésorerie réelle de la mairie et de ses priorités, le tout dans une opacité propice aux manœuvres politiques et aux luttes de personnes. En cas de conflit, c'est l'autorité de tutelle des communes, à savoir le Gouverneur, qui est en droit de trancher, même si ce type de recours est très rarement activé. De plus, la crise économique qu'a traversé le Cameroun a conduit les collectivités locales à réduire de manière drastique leurs budgets et leur marge de manœuvre dans les affectations budgétaires. Aussi, les administrations locales étaient beaucoup plus préoccupées par leur survie que par le développement de leurs administrés. La décentralisation devrait permettre de relancer les activités des comités locaux de développement ainsi que la coordination entre les différents départements pour mettre en place un système de collaboration et d'intervention multisectoriel efficace.

La sous-préfecture d'arrondissement est, de par sa position hiérarchique, davantage impliquée dans la mobilisation des élus locaux et des autorités traditionnelles. Elle est un médiateur incontournable lorsque le Service de Santé de District doit rencontrer une autorité traditionnelle, par exemple. C'est elle qui avise cette dernière de la visite d'un responsable du Service de santé de District. C'est aussi la sous-préfecture qui est chargée d'organiser les élections locales, y compris dans le cadre de la mise en place des comités de santé des centres de santé intégrés. Mais, bien évidemment, toute tentative d'organisation de la communauté est susceptible de créer ou de raviver des rivalités politiques.

L'exemple d'un comité de santé du district qui n'a jamais fonctionné est éclairant à cet égard. Un premier comité de santé avait été composé à l'initiative d'une élite locale en excluant délibérément des médecins habitant la zone et qui participaient bénévolement aux activités du centre de santé. Un conflit s'en est suivi, et il s'est fixé notamment sur la question de la mauvaise gestion du stock de médicaments imputée par le comité de santé aux médecins. Or, dans ce cas de figure, c'est la possibilité de donner des médicaments qui pouvait être à la source de ces accusations. Ce centre bénéficiait en effet de dotations gratuites en médicaments de la part d'une ONG du Nord grâce à l'un des médecins. Certains patients, par ailleurs, continuaient de refuser le nouveau système qui leur demandait de payer consultations et médicaments, d'autant plus, ici, que le médecin pouvait fournir gracieusement les médicaments grâce aux dons dont il bénéficiait. On comprend alors aisément qu'une telle situation pouvait créer la confusion et faire naître toutes les suspicions autour de la gestion des médicaments. De plus, parmi les médecins, on comptait une personnalité influente dans le secteur de la

santé et alors à la retraite, ainsi que son épouse, encore en activité dans une Direction centrale du ministère et par ailleurs membre du Bureau politique du parti au pouvoir. Ces derniers devaient entre autres " se mesurer " à un ancien député, membre quant à lui du Comité central du parti au pouvoir, et originaire du village. Le comité de santé a été dissout et un nouveau comité devait être mis en place, avec à sa tête un des médecins, après conciliation entre les différentes élites du village, parce que, nous a-t-on expliqué, ce médecin " est la plus importante personnalité du village puisqu'elle est membre du Bureau politique ".

Les hôpitaux de district sont également censés bénéficier du soutien et du contrôle d'un comité de santé et d'un comité de gestion. A Biyem Assi, des comités de gestion, composés pour l'essentiel des personnels des structures de santé, ont été instituées pour assister dans la gestion les responsables de l'hôpital de district et du centre médical d'arrondissement d'Efoulan. Le ministère de la Santé accorde des crédits de fonctionnement aux structures sanitaires pour couvrir les coûts récurrents (eau, électricité, téléphone, papeterie, etc.), les recettes générées par la formation sanitaire, c'est-à-dire issues de la participation de la population par le biais du paiement des médicaments et des consultations, servant, entre autres, au réaménagement de l'hôpital, éventuellement au gros œuvre, et au recrutement du personnel d'entretien. Ces dépenses sont supervisées par le comité de gestion de la structure.

En revanche, les tentatives de constitution d'un comité de santé du district de Biyem Assi, où siègeraient des représentants de la population, ont été vaines, ce qui est particulièrement malvenu pour un district pilote de la Banque Mondiale. Face à une première injonction de la Banque Mondiale, et eu égard au faible délai accordé, la sensibilisation par les responsables sanitaires du district pour la constitution d'un comité de santé s'est limitée aux autorités administratives et traditionnelles locales. Le résultat obtenu à partir d'une sélection uniquement par le filtre de ces autorités locales et des responsables des structures sanitaires concernées n'a pas donné satisfaction. Le chef du service de santé du district a alors décidé, en accord avec ses autorités de tutelle, de dissoudre le comité de santé composé à la hâte et de ne pas présenter un comité de santé de district non représentatif pour la revue de la Banque Mondiale.

Les interprétations culturalistes à l'égard du fonctionnement ou non des comités de santé vont souvent bon train. On invoque ici le contexte urbain qui regroupe une population socialement, économiquement et culturellement hétérogène et qui rendrait plus difficile la constitution d'un comité représentatif de la population. Là, si les comités fonctionnent, ce serait en raison des dynamiques " traditionnelles " propres à telle ethnie, qui accepterait mieux l'autorité d'un chef et aurait un sentiment communautaire plus développé. Mais l'on sait par ailleurs que les rivalités politiques, identitaires et communautaires sont loin d'être l'apanage du milieu urbain.

Il est certain cependant que la proximité d'une élite locale avec le pouvoir central, parfois au plus haut niveau de l'Etat, peut singulièrement perturber, en cas de conflit autour d'un centre de santé, toute possibilité de médiation de l'ensemble des niveaux de la pyramide sanitaire, du comité de santé à la délégation provinciale.

Alors, la meilleure conclusion est sans doute celle fournie par un chef du service de santé du district de Biyem Assi. Il qualifie la participation communautaire " d'incontournable ", ce qu'elle est effectivement dans la réforme, et comme en témoigne les conditionnalités de la Banque Mondiale qui peut suspendre ou retarder ses financements en l'absence de mise en place des " structures de dialogue ". Mais jusqu'à

présent, la communauté n'a pas encore été amenée à participer au développement du district de santé.

Le district de santé d'Akonolinga

Raphaël Okalla¹

Le département du Nyong et Mfoumou, dans la province du Centre, est divisé en trois arrondissements : Akonolinga, Endom et Ayos. En accord avec le délégué provincial de la santé de la Province du Centre, chaque arrondissement a d'abord fonctionné au départ comme un district de santé, sous la coordination du service départemental de la santé. A la suite de la réunion de Bertoua sur la délimitation des districts, il est finalement décidé que les arrondissements d'Endom et d'Akonolinga formeront un seul et même district de santé dénommé "district d'Akonolinga", l'arrondissement d'Ayos entrant dans un district indépendant. Cependant Endom ne sera intégré de manière opérationnelle à Akonolinga qu'à partir de 1994. Une réorganisation administrative du territoire après 1994 a créé un district administratif à l'intérieur de l'arrondissement d'Akonolinga : le district de Mengang. Cette division n'a pas modifié la configuration district.

Le district de santé d'Akonolinga couvre une superficie de 4.300 Km² et compte 77.539 habitants en 1998. Il couvre trois unités administratives : l'arrondissement d'Akonolinga, l'arrondissement d'Endom et le district (administratif) de Mengang. La population est en majorité rurale ; trois agglomérations concentrent quelques fonctionnaires, des employés de quelques entreprises privées, et attirent les jeunes des villages à la recherche d'emplois, des avantages de la ville (électricité, musique, cinémas, bars), et fuyant la sorcellerie du village. Cette région, est essentiellement agricole et forestière. Des planteurs produisent cacao et café ; et depuis quelques années, les cultivatrices vendent à certains pays voisins de la sous région (Gabon et Guinée Equatoriale) certains produits vivriers comme le taro, le plantain, les arachides. L'élevage et la pêche se pratiquent de manière artisanale et leur production entre dans la consommation locale. Plusieurs entreprises effectuent la coupe des grumes ; certaines commencent à implanter des scieries sur place pour la transformation du bois et créent ainsi quelques emplois. Akonolinga est située à 135 Km de Yaoundé qui est accessible par une route bitumée. Cependant le réseau routier à l'intérieur du district est très dégradé. Certains centres de santé sont inaccessibles pendant la saison des pluies, et il faut parfois plus de quatre heures avec un véhicule tout terrain pour parcourir les 70 km qui séparent le centre de santé d'Akak au service de santé de district installé à Akonolinga.

LE PROJET SANTE NYONG ET MFOUMOU

Le district de santé a bénéficié de l'appui du "Projet santé Nyong et Mfoumou", conçu comme un projet de développement global concernant les secteurs de la santé, de l'agriculture et de l'éducation nationale, associant le Ministère de la santé publique, la société de développement du cacao du Nyong et Mfoumou et l'Association Française

¹ Service de coopération et d'action culturelle, BP 2105 Libreville Gabon, e-mail : rokalla@iccnnet.cm.

des Volontaires du Progrès (AFVP). Le projet porté par l'AFVP consistait à créer des centres de santé qui fonctionnent selon les prescriptions du document de la Réorientation des soins de santé primaires et à préparer le département à la future organisation du pays en districts de santé. Le projet avait pour but la rationalisation de 9 centres de santé du district d'Akonolinga. Il octroyait à chaque centre une moto, un stock initial de médicaments et du matériel. L'AFVP appuyait les activités de suivi et de contrôle avec des ressources logistiques conséquentes (véhicule, carburant), il a également mis en place un dépôt départemental de médicaments.

Les autorités administratives, sanitaires et traditionnelles, les assistants techniques de l'AFVP, et les élus locaux ont procédé aux délimitations des aires de santé au début du projet en 1990. Le nombre de centres de santé à construire et à rénover a été fixé à neuf, en commençant par trois centres. Il fallait en effet concentrer les capacités de gestion et d'organisation sur un nombre réduit de centres, ce qui permettrait également d'acquérir de l'expérience. Au début du projet, la REOSSP n'est pas encore opérationnelle, et le texte qui servait de base, élaboré par la Direction de la médecine préventive, donnait les grandes orientations, mais pas les détails pratiques. L'équipe du projet était composée de trois assistants techniques de l'AFVP, des trois médecins chefs de service de santé d'arrondissements (Akonolinga, Ayos, Endom), et du chef de service départemental de la santé.

Le projet a commencé par une information des différents partenaires (autorités administratives, leaders religieux, populations) sur l'organisation qui allait se mettre en place ; cette première phase de sensibilisation fut rapidement exécutée, en moyenne deux à trois heures étaient consacrées à chaque village. Après la sensibilisation, chaque village devait élire deux représentants ; l'élection se déroulait sous la supervision d'un membre de l'équipe du projet qui ne devait pas repartir du village sans les noms des élus. Après les élections dans chaque village de l'aire de santé, le chef de service de santé d'arrondissement réunissait tous les représentants de l'aire de santé pour former le comité de santé et en élire le bureau et procéder à l'élection des membres du comité de gestion. Le recensement commençait après cette étape, les membres du comité de santé devaient participer à ce travail et faciliter les contacts avec les communautés. Chaque représentant de la communauté disposait d'un cahier de recensement, et chaque chef de famille devait payer 200 FCFA pour marquer son adhésion au projet ; il fallait alors prouver aux bailleurs de fonds de l'AFVP que la communauté participait au financement du projet. Un assistant technique du projet aidait le représentant du village à dresser les fiches de chaque famille où étaient mentionnés le nom du chef de famille et de tous les membres de sa famille. Puis il s'est agi de sélectionner les "commis", soit la personne issue de la communauté chargée de la gestion du centre de santé sous le contrôle du comité de santé. Les représentants de la communauté proposaient alors les noms de quelques jeunes qui devaient au moins être en possession du certificat d'études primaires pour concourir, l'assistant technique organisait un concours et retenait la personne qui allait être formée comme commis. La formation des membres du comité de santé, y compris le commis, durait deux jours ; puis les membres du comité de gestion (le président, le trésorier et le secrétaire) et le commis bénéficiaient d'une formation spécifique de trois jours supplémentaires sur la gestion de l'argent issu du recouvrement des coûts ; enfin le commis poursuivait sa formation pratique pendant un mois soit avec un assistant technique de l'AFVP, soit auprès d'un autre projet où existaient déjà des commis expérimentés.

Simultanément, il s'agissait de rénover ou construire des centres de santé. L'AFVP recrutait des artisans locaux pour les constructions et les rénovations, mais aussi pour les meubles et certains équipements. Les médicaments pour constituer le stock initial de la pharmacie des centres ont été achetés en Europe en commande groupée pour les trois centres de santé pilotes. Le même procédé a été utilisé pour la commande du matériel technique. Les personnels qui devaient travailler dans les centres de santé étaient formés pendant une semaine sur l'organisation des services dans le centre ; la formation mettait notamment l'accent sur le "circuit du malade" dans le système de santé. Cependant, le ministère de la santé devait préalablement prendre les décisions d'affectation des personnels dans la région, ce qui a retardé le processus. La mise en place des pharmacies, du matériel, des fiches de gestion et de consultations intervenait dès la réception des bâtiments. Pendant une année, chaque centre faisait l'objet d'un suivi mensuel par des membres du Projet.

LA CARTE SANITAIRE DU DISTRICT DE SANTE D'AKONOLINGA

Le district de santé d'Akonolinga s'est formé en deux temps. De 1990 à 1994, il couvre d'abord l'arrondissement administratif d'Akonolinga et ses limites territoriales correspondent à celles de l'arrondissement dont il porte le nom. Après le séminaire national de délimitation des districts de santé de Bertoua en 1992, le Ministère de la santé publique a décidé de jumeler les districts d'Akonolinga et d'Endom². Le décret présidentiel créant un district administratif à l'intérieur de l'arrondissement d'Akonolinga en 1994 n'a eu que peu d'effet sur l'organisation du district sanitaire. Le district de santé est subdivisé en onze aires de santé, dont quatre appartenaient à l'ancien district d'Endom (Akak, Edjom, Ekoudou, Endom urbain).

2 Endom est un arrondissement limitrophe de celui d'Akonolinga. Cet arrondissement constituait un district de santé à part entière avant le séminaire de Bertoua qui a décidé de l'assimiler au district d'Akonolinga. La population d'Endom (19.000 habitants) était jugée insuffisante pour un district de santé viable

Tableau 1 : Les aires de santé du district sanitaire d'Akonolinga

Aires de santé	population
Akak	2.688
Akonolinga urbain	20.622
Edjom	5.516
Ekoudou	4.200
Endom urbain	8.116
Evan So'o	8.872
Djoujoua	3.600
Mengang	5.500
Megueme	6.511
Yeme - Yeme	7.427
Zalom	4.487
Total	77.539

(Source : document statistique du Service de santé de district)

Plusieurs réunions de concertation (avec les personnels de la santé et la population) et entretiens (avec le préfet, le sous-préfet, les élus locaux, et les responsables religieux) ont précédé la délimitation des aires de santé. Les responsables sanitaires ont informé leurs interlocuteurs des critères (surtout démographique pour les aires de santé : 5 à 10.000 habitants pour une aire de santé) préconisés par le ministère de la santé. Après discussion avec les différents partenaires, les critères qui ont été pris en considération de commun accord et qui ont été utilisés sur l'étendue du district d'Akonolinga actuel sont les suivants : la localisation des formations sanitaires préexistantes (notamment pour l'aire de santé d'Endom), les affinités socioculturelles (par exemple, pour l'aire de santé de Mengang³), et l'accessibilité géographique (pour l'aire de santé d'Akak). Ces délimitations se sont faites sans grands heurts, et deux cas nous paraissent intéressants à présenter pour percevoir les problèmes rencontrés et les enjeux sous tendus par la délimitation des aires de santé.

L'arrondissement d'Endom a pour chef-lieu la ville d'Endom. A la création de cette unité administrative, une rude bataille avait opposé les élites d'Endom village et d'Edjom village à propos de la localisation du chef lieu de l'arrondissement⁴. La population d'Edjom, considérant la taille de leur agglomération, et sa situation géographique centrale au carrefour de deux provinces et de quatre arrondissements, jugeait que leur village méritait d'être le chef-lieu du nouvel arrondissement. Le village d'Endom quant à lui était le village d'origine d'élites importantes dans la vie politique et administrative du pays et parvint à devenir le chef-lieu en donnant son nom à

3 La population d'un village limitrophe de cette aire de santé avait refusé de faire partie de cette aire de santé parce qu'elle estimait qu'elle n'avait aucun rapport avec les autres communautés intégrées à l'aire de santé.

4 Lorsque le Président de la république crée un arrondissement, il désigne en même tant son chef lieu. Le village choisi bénéficiera des investissements publics et du rapprochement avec les services administratifs

l'arrondissement. Tous les services administratifs et publics s'y sont installés, y compris l'hôpital d'arrondissement.

Lorsque les "Blancs"⁵ viennent en appui pour créer des centres de santé, il est évident aux élites du village d'Edjom que le premier centre de santé sera créé dans leur village. Il existait déjà un centre de santé catholique fonctionnel situé à un kilomètre d'Edjom ville, et on ne pouvait pas alors ouvrir un centre de santé à proximité d'un autre existant, privé, et qui fonctionnait bien. Cependant la population d'Edjom, peu sensible à la rationalité de la nouvelle carte sanitaire, n'accepta pas la décision de placer le nouveau centre de santé à Endom, et exercèrent des pressions sur les responsables sanitaires et le sous-préfet pour l'infléchir. Un membre du projet AFVP se souvient : "Ils n'écoutaient pas nos explications sur la population minimale pour faire fonctionner un centre de santé, ni sur la concurrence malsaine qui allait naître avec un centre qui les soigne bien depuis longtemps. J'avais l'impression que ce n'était pas le centre de santé pour se soigner qu'ils voulaient mais avoir une institution publique installée à Edjom pour se consoler de la mésaventure administrative"⁶. Finalement, les responsables du projet et le sous-préfet acceptèrent de créer un centre de santé intégré public à Edjom à un kilomètre du centre de santé catholique fonctionnel.

La création de l'aire de santé d'Akak a posé un autre type de problème à l'équipe du projet AFVP. Le village d'Akak est situé à une quarantaine de kilomètres de l'hôpital d'Endom. La route est si mauvaise en saison des pluies qu'il faut trois heures avec un véhicule tout terrain pour l'atteindre à partir d'Endom, et il n'existe pas de transport en commun reliant les deux localités. Le village d'Akak compte à peine 1.500 habitants avec les hameaux voisins. Les responsables du projet ont dû alors adjoindre à l'aire de santé des villages d'un arrondissement voisin, certains villages limitrophes de cette aire de santé étant éloignés de toutes les autres structures de santé existantes, leur centre de santé de référence leur étant inaccessible.

Ces deux exemples montrent les difficultés rencontrées sur le terrain pour appliquer des normes qui ne tenaient compte au départ que des aspects techniques. L'équipe du projet AFVP chargée de la mise en place du district sanitaire dans cette zone en est ainsi arrivée à créer dans un contexte de ressources rares un centre de santé qui n'avait aucune autre justification que des enjeux sociaux et politiques. Par ailleurs, des contraintes liées à l'accessibilité et à la faible densité de certaines régions ont imposé la création d'aires de santé qui ne pourront pas fonctionner sans faire jouer une solidarité dans le district tout entier, car la viabilité économique d'un centre de santé dépend d'un nombre critique d'habitants à partir duquel le recouvrement de coûts peut suffire à la prise en charge des dépenses de fonctionnement d'un centre de santé.

Le district d'Akonolinga compte donc onze centres de santé intégrés publics, trois dispensaires privés confessionnels (deux structures catholiques, Akonolinga et Mebassa ; et une structure protestante, Melan), une formation sanitaire de niveau intermédiaire dénommée centre médical d'arrondissement, et l'hôpital de référence du district. L'hôpital de district a une capacité de 59 lits, et est divisé en quatre services : chirurgie (17 lits), médecine (20 lits), maternité (11 lits), et pédiatrie (11 lits). En 1998, cette formation sanitaire déclare 1.742 consultations, soit une moyenne de 4,7 consultations par jour, ce qui représente une charge de travail de 1,5 consultation par

5 Il s'agit de volontaires de l'Association française des volontaires du progrès (AFVP).

6 Propos rapporté par un membre du projet AFVP dans le rapport d'une réunion de concertation tenue à Edjom en 1991.

médecin et par jour. L'hôpital utilise trois médecins, un technicien supérieur de soins, trois infirmiers diplômés d'État, six infirmiers brevetés, trois infirmiers brevetés accoucheurs, six techniciens adjoints de laboratoire, onze aides-soignants et sept agents de l'État.

Le centre médical d'arrondissement d'Endom est l'exemple d'un hôpital d'arrondissement construit avant le début de la crise économique. Le bâtiment a été conçu pour abriter un hôpital de 60 lits avec tous les services nécessaires pour un hôpital d'arrondissement. Malheureusement il n'a jamais été équipé en matériel technique standard pour un hôpital de ce type. Le peu de matériel utilisé ici provient des dons et legs. En fait, le centre médical d'arrondissement est aujourd'hui vide de tout (matériel, personnel, médicament), et ne doit plus son nom qu'à la présence d'un médecin qui y est affecté. Il fonctionne à peine comme un centre de santé et bénéficie pourtant des services d'un médecin, de deux infirmiers brevetés et de quatre aides-soignants.

Il existe un réseau de tradipraticiens dans la région dont certains semblent faire partie intégrante du système de santé local. Mentionnons l'exemple d'un tradipraticien de l'aire de santé d'Akak qui consultait et "hospitalisait" des malades dans son village, avec une infrastructure permettant l'hébergement d'une vingtaine de personnes. Il a été désigné par les habitants du village pour être le Président du comité de santé de son aire de santé. Il entretenait d'excellents rapports avec les services de santé et tenait un registre de ses activités dont les responsables des services de santé étaient régulièrement informés. Le chef de centre se souvient de cette collaboration : "Il exige de tous les malades qui résident chez lui de se présenter pour la vaccination des enfants et des femmes au centre de santé".

La population de l'aire de santé est divisée en deux sous-groupes : une population centrale résidant dans un rayon de cinq kilomètres autour du centre, et au-delà, une population périphérique. L'équipe du centre de santé établit un calendrier de déplacement dans les villages pour des activités préventives et de promotion de la santé (vaccination, consultation prénatale, éducation pour la santé) destinées à la population périphérique, la population centrale étant censée se rendre au centre de santé pour toutes ces activités.

Le secteur privé confessionnel, pour ses centres de santé, a gardé la dénomination de "dispensaire" qui n'a plus cours dans le système actuel ; ce que le service de santé du district lui concède volontiers. Aucune aire de santé du district n'est officiellement couverte par une structure confessionnelle, et le secteur confessionnel n'est pas représenté dans la composition de l'équipe cadre de district. En effet, l'équipe cadre du district, chargée de l'organisation, de la planification et de la mise en œuvre du plan d'action du district est composée du chef de service de santé de district, des trois médecins de l'hôpital de district, du chef du bureau santé, du chef du bureau des affaires administratives et financières, du surveillant général et de l'économiste de l'hôpital de district. Pourtant, le secteur confessionnel joue un rôle très important dans les consultations ambulatoires mais intervient très peu dans le fonctionnement du réseau de santé du district. Cependant, le planning des activités du district du second semestre 1999 prévoyait une supervision des centres du district qui concernait aussi les centres confessionnels.

LE PARCOURS DU PATIENT

Le malade qui arrive au centre de santé pour une consultation se présente au "commis". Le commis est un membre de la communauté, recruté sur concours, formé pour le recouvrement des coûts pendant un à trois mois dans un centre de santé qui fonctionne bien sur le plan financier ; cette personne est responsable devant le comité de gestion et devant le chef du centre de santé ; il est rémunéré par le comité de gestion à partir des recettes propres du centre provenant du recouvrement des coûts ; son salaire dans les centres de cette zone s'élève à 180 FCFA. Le commis délivre un ticket de consultation au patient qui paye alors 100 FCFA. Il se rend ensuite dans le bureau de l'infirmier qui assure la consultation ce jour, puis revient chez le commis auprès duquel il achète les médicaments prescrits ; le commis lui explique comment utiliser les remèdes. Dans le cas de traitement difficile à manipuler, le malade retourne voir l'infirmier pour des explications complémentaires. Si le patient est en période d'observation, doit faire l'objet d'injections ou d'un pansement, il se rend dans la salle de soins. Dans le cas des consultations préventives, comme la consultation prénatale, la patiente s'acquitte d'un forfait pour toute la période de sa grossesse ; dans ce forfait entrent la prophylaxie du paludisme, la supplémentation en fer, des vitamines ainsi que les consultations mensuelles. Les séances de vaccination, pour les enfants de 0 à 5 ans et les femmes en âge de procréer, sont organisées à jours fixes au centre de santé et sont gratuites pour toutes les maladies du programme élargi de vaccination. Mais les centres de santé du district ne proposent pas toutes les activités du paquet minimum aux usagers ; par exemple, ils n'organisent pas de consultations préscolaires, et certains centres n'ont pas de service de maternité, se préoccupent peu de planification familiale, ou n'organisent guère la prise en charge des malades chroniques.

Si le centre de santé ne peut pas faire face à un problème de santé, il réfère le patient au centre médical d'arrondissement ou à l'hôpital de district qui traitera son problème ; puis, une fois traité, il est censé être renvoyé dès que possible vers le centre de santé dont il dépend, avec des consignes écrites de surveillance à l'attention du personnel soignant de ce centre. Cela suppose que le plateau technique de l'hôpital de district est supérieur à celui des centres de santé. Dans la pratique, si les malades se présentent effectivement d'abord dans leur centre de santé, le système de référence lui ne fonctionne pas toujours comme prévu.

Le système de référence est perturbé par les très grandes difficultés d'accès à certains centres pendant certaines périodes de l'année. Mais les raisons du non fonctionnement de la référence tiennent beaucoup plus à des questions d'organisation du système. Les centres de santé ont été construits ou rénovés par le Projet "Santé - Nyong et Mfoumou" qui a financé l'achat du matériel nécessaire aux consultations, aux soins infirmiers et à toutes les activités d'un centre de santé. Le stock initial de médicaments et une moto entraient également dans le financement du Projet qui a duré quatre ans, de 1990 à 1994. Les effectifs des personnels affectés dans les centres de santé, qui ne correspondaient pas toujours aux normes que le projet s'était fixées, variaient de une à quatre personnes, certains centres étaient dirigés par des aides-soignants. L'hôpital de district d'Endom - devenu centre médical d'arrondissement par la suite - n'était pas concerné par le projet. C'est ainsi que les trois centres de santé de l'arrondissement ont été rénovés, les médicaments et le matériel technique y étaient disponibles, et excepté ce qui concerne les ressources humaines, leur plateau technique était supérieur à celui de la

structure de référence ; les médicaments et le matériel étaient dans les centres de santé, les personnels qualifiés, à l'hôpital de référence.

Le coordinateur des soins de santé primaires de cette époque raconte la situation suivante : "Je suis parti en supervision au centre de santé d'Akak. J'ai trouvé un malade que l'infirmier chef avait décidé de référer à l'hôpital depuis deux jours. On ne trouvait pas de véhicule pour l'amener à Endom, je l'ai ramené à la fin de la supervision. Le médecin d'Endom a tout de suite examiné le malade et prescrit des médicaments en le mettant en observation immédiate. L'hôpital d'arrondissement ne disposait d'aucun médicament et la pharmacie de la ville était vide. La famille a loué une moto pour aller acheter les médicaments dans un autre centre de santé à douze kilomètres (Ekoudou)"⁷. Dans ce cas les malades préfèrent aller directement à l'hôpital protestant de Metet qui appartient à un autre district mais dont les soins sont jugés de meilleure qualité. De plus, pour des raisons sociales et financières, les familles des malades et les malades préfèrent se rendre dans un hôpital où ils ont des connaissances parmi le personnel ; un malade nous confiait : "Ils m'ont envoyé à Akonolinga quand la maladie les a dépassés. Moi, je n'ai personne là-bas, je ne connais personne. Alors je suis venu à Metet, ici, on te soigne toujours, on demandera l'argent après et il y a la radio pour voir la maladie".

De plus, les personnels de santé ne prennent pas la peine de remplir les fiches de référence, et la structure de référence qui reçoit le malade référé n'adresse aucune rétro-information au centre de santé initial. Les personnels justifient leur comportement par un excès de travail. Or la charge de travail des centres de santé du district est de 2,3 consultations par jour. Par ailleurs nombre de malades qui s'adressent à l'hôpital de référence ne sont pas enregistrés dans les documents officiels de la formation sanitaire, car, ils ont payé ce qu'on appelle le "K direct", c'est-à-dire le paiement d'un acte directement au médecin et non à la caisse de l'hôpital. Le rapport d'activités du district d'Endom de 1993 révèle que tous les centres de santé disposent d'un cahier pour consigner les malades référés, mais deux seulement l'ont utilisé plus de cinq fois au cours de l'année ; et sur un total de 33 malades enregistrés comme référés, les centres n'ont reçu que deux fois une rétro-information écrite.

LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

La politique de santé du Cameroun a créé des structures de représentation de la communauté appelées Comités de santé (COSA). Deux missions sont confiées à ces comités : participer à la gestion financière des structures de santé et organiser la communauté pour la mobiliser en vue d'actions favorables à la santé. Les comités de santé élisent en leur sein une structure spécialisée appelée Comité de Gestion (COGE) qui assume la première mission. La mobilisation sociale incombe au COSA. Mais la mission des COSA n'a pas été clairement définie au début de la réforme⁸. Au départ les membres du COSA devaient informer les populations de ce qui se fait et se dit au centre

7 Entretien avec l'ancien coordinateur des soins de santé primaires de l'arrondissement d'Endom, avril 1999.

8 Ce n'est qu'en 1998 qu'un document a été élaboré par le ministère de la santé pour décrire ce que le système de santé doit attendre des comités de santé, c'est-à-dire la mobilisation des populations pour l'organisation des initiatives communautaires en faveur de la santé.

de santé, et porter à l'attention de l'équipe technique du centre les doléances des communautés. Les membres des COSA devaient également participer au recensement de la population de l'aire de santé avant le démarrage des activités dans l'aire de santé. Mais après l'engouement des débuts, les COSA sont rapidement devenus inactifs. Nous l'avons dit, ses tâches n'étaient pas clairement définies ; de plus les personnes désignées n'étaient pas prêtes à se dévouer pour leur communauté, leur niveau de formation ne leur permettant pas d'assumer les responsabilités que les concitoyens attendaient d'eux, et les personnels de santé s'accommodaient difficilement d'un partage du pouvoir de gestion relevant de leur domaine.

Lorsqu'il s'est agi d'élire les membres des COSA, l'ensemble des partenaires impliqués dans le projet de mise en place du district étaient contraints par le temps. La sensibilisation se faisait très rapidement et de manière superficielle pour créer des comités de santé, quelles que soient les personnes désignées. Certains ont supposé que l'élection au sein du comité de santé procurerait des avantages : rémunération, gratuité des soins pour la famille, etc. Des notables villageois ont brigué les places dans les COSA, mais sans intention réelle de représenter la communauté, ni même de se rendre disponible. Or, contrairement aux COGE qui tiennent leurs réunions tous les mois, celles du COSA ne sont prévues que deux fois par an, et les membres du COGE perçoivent annuellement quatorze indemnités au titre des réunions, ceux du comité de santé, seulement deux. Les soignants qui étaient supposés mettre en place ces COSA et leurs activités n'étaient pas formés pour cette tâche ; les séminaires sur les soins de santé primaires auxquels ils avaient assisté ne les avait pas suffisamment apprêtés à jouer ce rôle.

En ce qui concerne le fonctionnement des comités de gestion, le Projet Santé Nyong et Mfoumou avait clairement décrit les activités qui permettaient à leurs membres de participer à la gestion financière des centres de santé. Les recettes des centres produites par le recouvrement de coûts (ventes des médicaments, consultations, soins, adhésions) sont placées sur un compte d'épargne postale. Pour effectuer un retrait, deux conditions sont requises : le trésorier et le président du comité de gestion de l'aire de santé doivent signer, et le chef de service de santé d'arrondissement doit avaliser la dépense. Le commis conserve l'argent qu'il a perçu dans une petite caisse, et le trésorier du comité de gestion récupère cet argent en fin de semaine pour le placer dans le coffre du centre ; ce coffre est muni de deux cadenas et ne peut s'ouvrir qu'en la présence du trésorier et du commis, chacun détenant une clef. Le coffre ne doit jamais contenir plus de 500 FF, au-dessus, l'argent doit être versé dans le compte d'épargne.

Tous les centres de santé ont connu des détournements et des malversations dans la gestion des fonds ainsi gardés. Les professionnels de santé usent de leur pouvoir et réussissent à obtenir "un prêt" personnel avec l'accord du comité de gestion ou au moins de son président, du trésorier et du commis, prêt qui sera évidemment très difficile, voire impossible à recouvrer. Des médicaments "disparaissent" dans la pharmacie tenue par le commis, ce qui représente un manque à gagner pour le centre mais pas pour le commis ou les autres membres du comité de gestion. À moins que le président, le trésorier et le commis du comité de gestion s'entendent pour faire disparaître de l'argent au moment du transfert de la caisse du centre vers le compte d'épargne. Ces détournements peuvent parfois atteindre des sommes importantes, surtout en cas de non respect des mesures de gestion prescrites, qui peuvent amener le commis à disposer de la recette de trois semaines d'activités du centre avec des sommes pouvant aller jusqu'à

300.000 FCFA⁹. Cette situation révèle aussi un manque de supervision et de contrôle de la part du district.

Le statut juridique des comités de santé a tardé à être précisé. Nés dans le sillage des lois sur la liberté d'association de 1990, souvent ces comités ne sont pas formellement déclarés à l'autorité administrative et n'ont pas de statut propre. Depuis 1995, le décret présidentiel qui crée les districts de santé stipule que les comités de santé et de gestion font partie de ces districts, mais sans préciser leurs fonctions ni leur statut juridique. Aussi, les poursuites judiciaires pour détournements de fonds sont impossibles, il s'ensuit une totale impunité pour les personnes indélicates, ce qui n'est évidemment pas dissuasif pour les membres à venir de ces comités.

LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE

La collaboration intersectorielle préconisée par la réforme se résume le plus souvent à des expériences ponctuelles qui dépendent davantage des hommes en poste à un moment donné que d'une organisation institutionnelle. La structure du district de santé d'Akonolinga, divisé en trois unités administratives rend difficile cette collaboration intersectorielle, puisque le district est alors censé collaborer avec les trois comités de développement de ces trois unités administratives et qui ont parfois des intérêts divergents. Cette collaboration a pu se traduire, par exemple, pour le district d'Akonolinga, par une demande d'une école, d'un collège, d'une association de jeunes ou de femmes aux responsables sanitaires du district de santé d'organiser une conférence dans le cadre de leurs activités sur un sujet sanitaire qui les intéressent, le plus souvent le sida et les maladies sexuellement transmissibles. Il arrive aussi que pour une activité précise, par exemple l'organisation des journées nationales de vaccination, les responsables de la santé du district demandent et obtiennent des autres secteurs une aide logistique, en l'occurrence le prêt de véhicules.

Une expérience qui s'est déroulée dans l'arrondissement d'Endom illustrera les résultats possibles d'une collaboration intersectorielle, mais également les obstacles et les enjeux d'une telle démarche. Au début de l'année 1992, l'agglomération urbaine d'Endom n'est plus approvisionnée en eau potable : les installations du système qui alimentaient la ville en eau potable ne fonctionnaient plus car la Société nationale d'électricité du Cameroun avait coupé l'électricité en raison du non paiement des factures. La population se débrouillait alors comme elle pouvait, en allant s'approvisionner en eau potable dans un autre centre à quatre kilomètres de la ville, et en utilisant l'eau des puits et des margots. Le délégué de l'agriculture¹⁰ supervisait alors un projet de pépinière de plans de palmier à huile qui nécessitait beaucoup d'eau. Pour sauver sa pépinière, après avoir été encouragé par les autorités administratives, il évalue les ressources et les travaux nécessaires pour faire fonctionner les installations et une première phase de la réhabilitation est financée entièrement par le service

9 Un procès verbal d'une réunion tenue au centre de santé d'Edjom en août 1993 mentionne un achat de médicaments hors du dépôt départemental pour un montant de 350.000 FCFA. Cet argent avait été remis directement à l'infirmier chef pour acheter les médicaments à Yaoundé, ce qui est contraire à toute la procédure.

10 Responsable des service d'agriculture dans l'arrondissement. Il est chargé du développement agricole.

d'arrondissement d'agriculture et imputée au projet de la pépinière. Deux semaines plus tard, la ville entière bénéficiait à nouveau de l'eau potable. A la fin du projet de pépinière, le sous-préfet, sur l'initiative du délégué à l'agriculture, du chef de service de santé d'arrondissement et du percepteur de la recette des finances, convoque une réunion de tous les responsables des services publics de l'arrondissement ; l'objectif de cette réunion est de convaincre les autorités locales qu'il est possible de faire fonctionner le système d'approvisionnement en eau avec des moyens réduits et si chacun contribue : le médecin fait un exposé sur l'importance de l'eau dans la vie de la communauté, le délégué de l'agriculture a présenté le projet qui s'inspirait de l'expérience qu'il venait de conduire, et le percepteur promet des facilités de paiement aux chefs de services qui participeraient à l'opération ; décision est alors prise d'organiser un recouvrement mensuel auprès de tous les fonctionnaires de la ville pour financer le fonctionnement du système d'approvisionnement en eau potable. Le projet fonctionna normalement pendant trois mois et un agent de la délégation de l'agriculture, originaire de l'arrondissement, fut désigné pour être formé à la maintenance des machines. La troisième phase du projet devait consister à élargir la demande à tous les utilisateurs, et la population fut sollicitée pour apporter une contribution mensuelle. La majorité de la population était d'accord, d'autant plus que la somme à verser était peu élevée, et le souvenir des trois mois passés sans eau en début d'année restait présent dans les esprits. Le proviseur du lycée adressa un message à tous les parents d'élève pour expliquer les bienfaits de l'opération. Mais l'approche d'échéances électorales fut préjudiciable à cette initiative. Les élites¹¹, en période électorale, se souviennent alors de leur arrondissement d'origine. Le comité de développement ressuscita et fut convoqué d'urgence ; et le sous préfet prit l'initiative de présenter le projet de financement de l'approvisionnement en eau aux élites. Ces dernières informent alors séance tenante la population et les fonctionnaires qu'ils n'auront plus rien à payer et qu'elles s'occuperaient du problème dès la semaine suivante. Un proche de ces élites, originaire de la communauté, fut chargé de se rendre à Yaoundé pour percevoir la somme de 300.000 FCFA nécessaire à l'achat du gasoil permettant de faire fonctionner les installations pour le mois en cours. L'argent n'est jamais arrivé à Endom, ni pour le mois en cours, ni pour les mois suivants, et le projet s'arrêta.

LES RESSOURCES HUMAINES ET LE FINANCEMENT

Le district se trouve en dessous des normes définies par la REOSSP, avec de plus une concentration du personnel dans les formations sanitaires en zone urbaine. En effet, on compte quatre médecins généralistes, pour 77.359 habitants soit, un médecin pour 19.384 habitants, si nous intégrons en plus le fait que ces médecins habitent dans les deux villes du district où réside 40 % de la population, le district est en-deçà de la moyenne nationale qui s'établit à un médecin pour 13.902¹². De plus le cadre conceptuel d'un district de santé viable prévoit que "Au sommet du système de santé de district se

¹¹ C'est-à-dire toutes les personnes influentes originaires de la communauté, résidant sur place ou, et c'est le cas la plupart du temps, en fonction dans une autre ville. L'arrondissement d'Endom regorge d'élites politiques très influentes au niveau national.

¹² Document DEPI/ MSP (1998), repris dans le Plan national de développement sanitaire.

trouve le bureau de santé de district dirigé par une équipe multidisciplinaire supervisée par un médecin de santé publique"¹³, ce qui n'est pas le cas ici.

Tableau 2 : Personnels des services publics de santé

Personnels	Etablissements				Total
	Service de santé de district	Hôpital de district	Centre médical d'arrondissement d'Endom	Ensemble des centres de santé intégrés	
Médecins	1	3	1	0	4
Techniciens supérieurs de soins infirmiers	0	1	0	0	1
Techniciens médico-sanitaires	1	1	0	1	3
Infirmiers diplômés d'État	1	3	0	6	10
Infirmiers brevetés et agents techniques	2	6	2	2	12
Infirmiers brevetés accoucheurs	1	3	0	0	4
Techniciens adjoints de laboratoire	0	6	0	3	9
Aides-soignants	2	11	4	9	26
Agents de l'État	2	7	3	2	14
Total	11	41	10	23	85

La situation est encore plus critique pour les centres de santé. La norme pour la mise en place d'un paquet minimum de prestations pour une population de 5.000 à 10.000 personnes est : un infirmier diplômé d'État, un infirmier accoucheur et un aide-soignant, soit un effectif minimum de trois personnes par centre de santé. Or pour l'ensemble des 10 centres de santé on ne dénombre que 23 personnes, et un centre de santé est dirigé par un aide-soignant. L'insuffisance de personnels est à relier à la politique de réduction des effectifs dans la fonction publique. Par ailleurs, ce personnel déjà insuffisant est démotivé comme en témoigne cette infirmière de l'hôpital de district d'Akonolinga.

"Je suis infirmière depuis 1986, avant, je gagnais bien ma vie, j'envisageais de repartir à l'école pour devenir infirmier diplômé d'État. Maintenant, je gagne moins que la bourse que l'État me donnait quand j'étais à l'école et je ne peux pas rentrer à l'école, il paraît que c'est interdit. Le salaire ne nourrit pas les enfants. A l'hôpital, tu vois toujours des malades, tu ne peux rien faire pour eux, ils n'ont pas d'argent et il n'y a pas le matériel, alors, je fais ma part de soins à la maison pour nourrir mes enfants. Même le gouvernement oublie les gens qui soignent ; on a dit que l'argent des policiers ne baisse pas, on a donné des primes aux percepteurs, aux enseignants, aux magistrats, et nous ? rien ! Alors chacun se débrouille comme il peut".

¹³ Cadre conceptuel d'un district de santé viable au Cameroun. Ministère de la Santé / DEPI / Banque mondiale, Yaoundé, 1999.

La démotivation du personnel dépend autant de la baisse des salaires, du gel des avancements, des conséquences de la dévaluation que des conditions de travail. De plus, le manque de reconnaissance du travail accompli complète cette démotivation.

Les districts de santé d'Akonolinga et d'Endom ont d'abord bénéficié de trois sources de financement : public (infrastructures, salaires des agents, et accessoirement fonctionnement), de la coopération bilatérale et d'organismes privés (AFVP, secteur privé confessionnel, la Société de développement du cacao du Nyong et Mfoumou), et communautaire.

Les mécanismes d'utilisation de l'allocation budgétaire publique passent par plusieurs médiateurs des finances, ce qui rend difficile l'utilisation de ce crédit à 100 %. Il est reconnu que 30 % vont passer en pots-de-vin et surfacturation ; il faut savoir également que le taux d'exécution du budget de l'État dépasse rarement 80 % ces dernières années, il devient alors difficile de savoir quelle sera la contribution du budget national avant la fin de l'exercice. Le plan d'action du district doit donc être élaboré en début d'exercice, et le district doit gérer cette incertitude tout au long de l'année. Aussi, pendant la durée du projet AFVP, le financement public pour la mise en place des districts n'était pas pris en compte, l'utilisation du budget public étant laissée à l'appréciation du responsable de la structure de soins.

La communauté participe au financement par trois mécanismes d'importance inégale. Au début du projet, chaque famille devait payer un droit d'adhésion au projet (cette participation a largement permis la rénovation des centres de santé), les membres de la communauté devaient ensuite participer manuellement aux travaux de construction ou de rénovation, enfin de manière continue la communauté participe en achetant les médicaments, en payant les consultations et les soins. Cette dernière source de financement, outre les détournements mentionnés, doit aussi faire face à la concurrence d'un réseau parallèle de vente de médicaments et de prestations de soins illégaux à but lucratif.

Avec la fin du projet AFVP, les financements se sont arrêtés brutalement, le district s'est retrouvé avec un véhicule usagé à entretenir, et des motos dont l'amortissement n'avaient pas été pris en compte. La supervision n'était plus assurée. Les détournements étaient plus fréquents et les médicaments disparaissaient de plus en plus. Le dépôt départemental de médicaments essentiels mis en place pour faciliter le ravitaillement des centres de santé a disparu. Certains centres ont purement et simplement fermés, d'autres ont retrouvé leur situation d'avant le démarrage du projet.

L'État à la conquête de son territoire national. L'exemple de la réforme du système de santé dans la province de l'Extrême Nord du Cameroun

Marc-Eric Gruénais¹

Dans le domaine de la santé, comme dans les autres secteurs, face aux dynamiques locales et aux pressions internationales qui encouragent une autonomisation du niveau local, l'État hésite toujours entre décentralisation, déconcentration, délégation, dévolution (Bossert, 1998). Dans ce processus, la négociation de la place de l'État peut s'avérer d'autant plus délicate que les pouvoirs publics ont affaire à de puissantes institutions qui ont acquis au niveau local une forte légitimité, comme c'est le cas notamment des centres de santé confessionnels. Comme je vais tenter de l'illustrer avec l'exemple de la province de l'Extrême Nord du Cameroun, décentralisation peut signifier non pas seulement instauration d'un dialogue avec les communautés et les élites locales autochtones, mais aussi, voire surtout, négociation avec des institutions ayant une logique spécifique loin de pouvoir ou de vouloir toujours s'accorder avec la logique étatique.

Une innovation importante de la réforme du système de santé au Cameroun est l'intégration des formations sanitaires privées au système de santé national ; plus précisément, l'État camerounais considère que le système de soins national est composé de tous les dispensateurs de soins, qu'ils soient publics, privés, ou même "traditionnels". Ainsi, dans un texte officiel daté de 1997 émanant du Ministère de la santé publique du Cameroun, il est spécifié que le "service de santé de district coordonne et supervise *toutes les activités de santé de district, y compris celles des tradipraticiens et du secteur privé moderne*" (souligné par moi). Je ne retiendrai ici que la question du lien entre les structures privées et le système de santé national, laissant de côté la question des dispensateurs de soins qualifiés de "traditionnels" ; de plus, étant donné la région du Cameroun dont il sera question, les structures privées évoquées seront les structures confessionnelles (d'obédience catholique et protestante). De telles structures, entrant dans la catégorie du "privé non lucratif", n'en ont pas moins une gestion privée (devant rémunérer elles-mêmes leur personnel, s'approvisionnant en médicaments auprès du fournisseur de leur choix, etc.) ; et, dans l'organigramme de l'administration de la santé, l'ensemble des structures privées, confessionnelles ou non, relève du même service. Or si le système de soins national est unique, cela signifie également que toutes les structures de soins, privées comme publiques, doivent respecter le même cahier des charges, ont les mêmes droits et les mêmes devoirs. Ainsi, par exemple, une structure privée peut devenir structure de référence du système de santé national, doit respecter les règles édictées en matière de "participation communautaire" et mettre également en œuvre toutes les activités du "paquet minimal", y compris les activités de prévention dans les villages ou de vaccination qui sont peu susceptibles de faire entrer des recettes.

¹ IRD/Shadyc, Centre de la Vieille Charité, 13002 Marseille, e-mail : gruenais@ehess.cnrs-mrs.fr.

LE CONTEXTE HISTORIQUE ET SANITAIRE DE LA PROVINCE DE L'EXTREME NORD

Comment une telle réforme est-elle mise en œuvre dans la Province de l'Extrême Nord du Cameroun ? Cette question prend pour cette région une pertinence toute particulière, tant elle semble sous administrée en dehors du principal centre urbain de la région, Maroua. La Province de l'Extrême Nord, région sahélienne, est délimitée à l'ouest par les monts Mandara qui font frontière avec le Nigéria, au nord par le Lac Tchad, et au nord est par une zone à la fois déserte et marécageuse et qui est loin d'être totalement sécurisée². Très éloignée des principaux centres de décision du pays (Maroua est à plus de 1000 kilomètres de la capitale, Yaoundé), la Province de l'Extrême Nord est une création administrative du régime Biya faisant suite aux démêlés politiques avec son prédécesseur Ahidjo : en divisant la partie septentrionale du pays en trois provinces (Adamaoua, Nord et Extrême Nord), il s'agissait pour le nouveau régime Biya d'affaiblir le nord du pays plutôt favorable à l'ancien président Ahidjo.

L'enquête que nous avons effectuée en 1999 concernait, outre la capitale de la Province, Maroua, où se trouve la Délégation provinciale de la santé qui représente l'administration centrale de la santé, la zone ouest de la Province correspondant grossièrement à la région des monts Mandara, encore connue sous l'appellation "pays Kirdi". Au XIX^{ème} siècle, une partie de cette région, le royaume du Mandara, constituait une zone tampon entre le Kanem Bornou et l'expansion Fulbe (Vincent, 1978). Les montagnes, quant à elle, étaient, et sont encore surtout occupées par une mosaïque de groupes³, peu islamisés, et qui ont principalement été touchés par le christianisme (protestantisme et catholicisme) après la seconde guerre mondiale ; ces populations, entre lesquelles l'intercompréhension linguistique est loin d'être totale, ont été regroupées sous l'appellation "Kirdi" (qui désigne les païens pour les Fulbe) et qui prend volontiers valeur d'ethnonyme.

Terre potentiellement chrétienne dans un nord conquis par les Fulbe, le pays Kirdi, qui aurait résisté au djihad d'Usman dan Fodyo, est défini par un prêtre français comme étant "A l'origine, [une] appellation méprisante donnée aux populations montagnardes de religion traditionnelle, par les occupants foubés. Actuellement, le mot définit l'identité de plusieurs ethnies, identité dont les gens sont fiers" (Aurenche, 1996 : 140). Toujours selon ce même prêtre, les "Kirdi", auraient été l'objet d'un profond mépris qui perdurait il y a encore peu de temps, et qui a pu se traduire par une volonté délibérée des autorités - notamment musulmanes - de ne pas "développer" la zone, et par une répression des voix qui s'élevaient en faveur de "Kirdi" victimes d'une "vague antichrétienne" (Aurenche, 1987 : 115). Quels que soient les termes employés pour qualifier les relations entre le pays "Kirdi" et les pouvoirs centraux (pré-coloniaux, coloniaux et post-coloniaux), cette région est marquée par certaines particularités - notamment religieuses - qui influent sur l'organisation du système de santé local.

² Les rivalités entre les Arabes Choa et les Kotoko sont toujours d'actualité, à tel point que la Banque Mondiale, à laquelle est "revenu" le développement sanitaire de cette partie de la Province, hésitait encore en 1999 à lancer des activités de réhabilitation de structures de soins, surtout après l'assassinat dans la région d'une femme médecin américaine.

³ Une "vingtaine d'ethnies", selon J.F. Vincent ("Main gauche, main de l'homme", in *Systèmes de signes*, Paris, Hermann, 1978 : 485-509).

Les plus anciennement implantés dans la région semble être les protestants. Cependant cette appellation unitaire recouvre en fait toute une diversité d'Églises aux missions autonomes. La Province de l'Extrême Nord est le théâtre de l'action d'au moins quatre Églises de confessions protestantes, chacune ayant son "œuvre de santé" : les Évangélistes, les Baptistes, les Adventistes, ainsi qu'une mission "non dénominationnelle" qui s'apparente aux Églises indépendantes américaines. Selon les informations dont je dispose, les plus anciennement implantés sont les Évangélistes dont la présence dans la région précède la seconde guerre mondiale et dont l'action évangélistrice puis sanitaire a pris de l'ampleur à partir de la fin des années 1940. Baptistes et Évangélistes de l'Extrême Nord restent très liés à des paroisses suisses ; rappelons, que la Mission de Bâle, à la suite de la London Missionary Society, avait joué un rôle très important dans l'entreprise d'évangélisation de l'Afrique centrale, et en particulier au Cameroun. A chacune de ces Églises sont liés dispensaires et/ou hôpitaux qui bénéficient de l'appui technique (présence d'expatriés) et souvent financier d'Églises du Nord.

L'implantation des catholiques dans la région semble être un peu plus tardive. Les premiers missionnaires catholiques sont arrivés en 1947, et les premiers centres de santé catholiques se sont développés à partir de 1960. Le "mythe" de fondation de l'action catholique chez les "Kirdi" est l'œuvre d'un des premiers prêtres camerounais, originaire du Sud, et qui, parvenant dans la région en 1959, découvre que "ici, Dieu a parlé !" (Aurenche, 1987)⁴, signifiant par-là combien les "Kirdi", maltraités par les musulmans, disposaient d'une religion "traditionnelle" qui était l'expression d'une nature profondément religieuse. C'est dans le prolongement de l'action de ce prêtre camerounais que, notamment sous l'impulsion d'un prêtre français, Christian Aurenche, se développa le centre de Tokombéré qui, outre un hôpital, comprend un collège et un centre de développement agricole ; le diocèse de la région qui nous préoccupe⁵ contrôle également neuf centres de santé. Ces structures de soins font partie intégrante du très centralisé et très puissant service catholique de la santé qui contrôle 182 formations sanitaires sur le territoire national, dispose de sa propre école de formation des personnels de santé et de sa propre centrale d'achat ; ces formations sanitaires sont réparties dans les 22 diocèses que compte l'Église catholique au Cameroun, chaque diocèse ayant son service de santé et son coordinateur nommé par l'évêque.

Au Cameroun en général, le secteur confessionnel occupe une place très importante dans le système de santé national ; ainsi le Plan national de développement sanitaire du Cameroun situe le financement du secteur confessionnel de la santé à près de 10 milliards de francs CFA par an, tandis que les aides extérieures, toutes sources confondues, sont passées de 3 milliards en 1990/1991 à une moyenne de 6 milliards par an depuis 10 ans. Toute la Province de l'Extrême Nord dispose d'un maillage important de centres de santé confessionnels, catholiques et protestants, de différents niveaux (dispensaires et hôpitaux).

A titre d'illustration, présentons très schématiquement les deux districts sanitaires de la région auxquels nous nous sommes particulièrement intéressés, les districts de Tokombéré et de Mokolo. Le district de santé de Tokombéré regroupe 90.000

⁴ Les commentaires hagiographiques sur l'action de ce prêtre ne manquent pas, outre les ouvrages déjà cités de C. Aurenche, nous renvoyons le lecteur notamment à l'ouvrage de J.B. Baskouda, *Baba Simon, père des Kirdis*, Paris, Édition du Cerf, 1998, 176 p

⁵ Qui n'est qu'un des deux diocèses de la Province de l'Extrême Nord.

habitants ; il est composé de 7 aires de santé dont 2 ne sont pas desservies par un centre de santé ; il est donc doté de 5 structures de soins, dont 4 publiques et une catholique ; cependant les structures publiques ne sont guère "fonctionnelles", alors que le centre catholique est en fait un hôpital de 140 lits, avec trois médecins, une quinzaine d'infirmiers, disposant de plusieurs services (médecine, pédiatrie, chirurgie et physiologie). A cet hôpital sont également liées des activités de prévention en "stratégie avancée" (vaccination, PMI, consultations prénatales, éducation nutritionnelle, etc.), si bien que le centre de santé catholique semble drainer en fait, au minimum, l'ensemble de la population du district sanitaire de Tokombere. Le district de Mokolo, pour sa part, regroupe 210.000 habitants et est divisée en 10 aires de santé : cinq aires de santé sont desservies par des structures confessionnelles (dont trois centres catholiques et deux centres protestants), quatre, par des structures publiques ; en outre, le district dispose d'une structure de référence publique, l'hôpital de district. Cependant, dans une région très montagneuse et où les déplacements sont difficiles, les patients qui relèvent d'une aire de santé "publique" semblent préférer s'arrêter dans les centres confessionnels plutôt que de poursuivre vers l'hôpital de référence public, et les centres confessionnels préfèrent référer leurs patients aux hôpitaux confessionnels privés d'autres districts sanitaires ; sans compter qu'un des centres confessionnels de ce district est équipé d'une des rares cliniques ophtalmologiques du pays et a de ce fait un recrutement national, voire international (certains patients viennent du Nigeria et du Tchad voisins).

L'État s'il est présent dans le système de soins de la Province de l'Extrême Nord, principalement dans la ville de Maroua, n'occupe pas une position dominante dans le système de santé. Ainsi, dans le rapport annuel 1998 de la Délégation de l'Extrême-Nord, de manière assez significative, le Ministère de la Santé Publique n'apparaît guère dans le "Répertoire des intervenants dans le secteur de la santé", qui identifie 25 intervenants, où il figure uniquement comme partenaire du FNUAP. En revanche, le secteur confessionnel occupe dans cette région une position particulièrement importante puisque les Églises catholiques et protestantes contrôlent 36 aires de santé dans les 22 districts sanitaires que compte cette Province de l'Extrême Nord⁶. Comment, dans ces conditions, les principes édictés par la puissance publique (sectorisation, recouvrement des coûts, participation de la communauté à la gestion des centres de santé, référence) sont-ils interprétés dans un contexte local dominé par les structures confessionnelles ? J'évoquerai tour à tour la position des protestants, des catholiques, et les réactions des représentants de l'administration centrale.

⁶ Le nombre de 36 aires de santé contrôlé par les confessionnels est un chiffre maximal établi en additionnant le nombre de centres précisé dans un document présentant le service catholique de la santé et le nombre de centres protestants ; cependant, dans un document de la Délégation provinciale de la santé de l'Extrême Nord datant de 1998, on peut dénombrer 28 aires de santé "confessionnelles", alors que dans une communication datant de janvier 1999, le Délégué provincial de la santé de cette région fait état de 20 aires de santé couvertes par les confessionnels sur un total de 189 que compterait la région. Il faut sans doute voir là moins une volonté de minimiser pour les uns, ou de maximiser, pour les autres, le nombre de structures contrôlées par les confessionnels qu'un problème lié au recueil de l'information sanitaire, y compris à ce niveau du décompte des structures de soins. Il faut également préciser que les unités territoriales des Églises ne coïncident pas toujours avec celles de l'administration de la santé.

LES CENTRES PROTESTANTS

Face au projet de nouvelle carte sanitaire et de sectorisation, de recouvrement des coûts et de participation communautaire, c'est un certain pragmatisme qui semble caractériser l'activité sanitaire des Églises protestantes présentes dans la région. La délimitation des aires de santé, qui devait lier une population spécifique à un centre de santé, a eu peu d'incidence sur l'activité des centres protestants. Parfois ce redécoupage a été considéré comme salutaire : des centres protestants se sentaient obligés de s'occuper de villages parfois très éloignés, très difficiles d'accès et donc pour lesquels il n'était guère facile de délivrer des prestations satisfaisantes ; grâce au nouveau découpage, des centres n'avaient plus obligation de s'occuper de tels villages qui étaient désormais "attribués" à d'autres centres. Dans d'autres cas qui pouvaient s'annoncer quelque peu conflictuels, lorsque des habitants d'un village ne voulaient pas être liés au nouveau centre de santé public de l'aire de santé nouvellement créée, et désireux de maintenir le lien privilégié qui les unissait au centre protestant, les responsables protestants ont pu "demander à la population de choisir" à quelle centre elle voulait être rattachée. Mais dans l'activité quotidienne les centres font peu de cas de l'origine géographique des consultants ; et lorsque les habitants d'un village ne peuvent plus se rendre dans "leur" centre de santé en raison de la détérioration des voies de communication en saison des pluies, par exemple, les responsables des centres protestants, pour autant que le village reste accessible à partir de leur centre, n'hésitent pas à se déplacer pour mener des activités préventives dans ce village qui ne leur est pas lié administrativement.

D'une manière générale, l'activité des centres protestants semble surtout orientée vers les activités curatives dans les centres eux-mêmes. Les centres protestants disposent souvent du service d'un(e) ou plusieurs infirmier(e)s expatrié(e)s. Ils développent peu les activités de "stratégie avancée" (sensibilisation, activité de PMI dans les villages) en dehors du centre, et restent favorables à la présence d'agents de santé disposant d'une pharmacie rudimentaire dans les villages, bien qu'il s'agisse là d'une initiative abandonnée à l'échelle des politiques nationales et internationales tant ces agents de santé villageois, qui s'attribuent parfois les compétences d'un "docteur", ont pu provoquer des accidents. Mais là aussi, le pragmatisme vient justifier le maintien de cette option : pour les villages éloignés, bénéficier des services d'un agent capable de distribuer des antipaludiques ou du paracétamol, par exemple, peut soulager grandement les villageois et éviter des déplacements inutiles. En matière de référence, ils privilégient volontiers les hôpitaux privés (confessionnels), estimant qu'ils ne sont pas beaucoup plus chers que les hôpitaux publics tout en offrant des services de bien meilleure qualité.

Tout ce qui ressortit à la "participation communautaire" semble également peu concerner les activités des centres protestants. Comme je l'ai déjà signalé, faisant peu de cas du lieu d'habitation des consultants, l'application d'un tarif différentiel selon le lieu de résidence comme le demande théoriquement la réforme en cours n'est pas appliquée. Les actes sont payants mais le recouvrement des coûts n'est en aucune manière une priorité : les expatriés sont rémunérés par leur Église, ils reçoivent des subventions d'organisations caritatives du Nord pour le fonctionnement des centres, et en cas de difficulté à verser les salaires de personnels censés être rémunérés à partir des recettes du centre, il existe un système de compensation entre centres bénéficiaires et centres déficitaires. Quant à l'organisation des comités de gestion et de comité de santé, les

personnels des centres protestants considèrent volontiers que c'est à l'État et aux agences de coopération qui appuient la réforme du système de santé de s'en occuper.

Les relations avec les représentants de l'administration régionale de la santé, qu'il s'agisse du District ou de la Province, sont unanimement qualifiées de bonnes. Les centres fournissent régulièrement des rapports d'activités à ces administrations en prenant soin de distinguer dans la présentation entre les services délivrés aux populations de l'aire de santé desservis officiellement par le centre et ceux délivrés aux populations "hors secteur", comme il est recommandé, même si cela "complique un peu la tâche". Parfois les centres font l'objet de supervisions qui se traduisent par quelques critiques en matière d'hygiène et/ou d'équipements ; les responsables des centres prennent acte de ces critiques tout en précisant à leurs interlocuteurs officiels qu'en tant que centres privés ils ont davantage de contraintes que les structures publiques - en particulier, rémunérer leur personnel - ce qui peut expliquer "qu'ils ne peuvent pas tout faire en même temps" ; mais en général, nous a-t-on précisé, la supervision se déroulait beaucoup mieux lorsque l'équipe de supervision ne se limitait pas à des responsables locaux mais comprenait aussi des responsables de l'administration provinciale.

Les responsables des centres protestants rencontrés, qui furent en majorité des expatriés, prennent en général acte de la politique nationale, soulignent souvent ses avantages, notamment du fait qu'elle fut pour eux une invitation à une plus grande rigueur budgétaire, mais sans en faire grand cas. Entretenir de bonnes relations avec les autorités régionales, et soigner à leur manière sachant que la population choisira la qualité (les prestations des structures privées étant meilleures que celles des structures publiques), et aussi, pourquoi pas, dans cette région, l'Évangile⁷.

LES CENTRES CATHOLIQUES

L'action du service catholique de la santé se situe, pour sa part, dans un projet global, avec des réalisations qui évidemment peuvent être particulières. Rappelons, s'il était nécessaire, que contrairement aux Églises protestantes, l'organisation de toute entreprise catholique se révèle toujours très centralisée, hiérarchisée et unitaire, ce qui favorise évidemment l'appropriation d'un projet global par l'ensemble des éléments constitutifs de l'entreprise catholique - ici concernant la santé -, mais aussi l'établissement de rapports de force avec l'administration nationale.

En matière de santé, le projet est affiché comme étant clairement distinct de celui de l'État. Par exemple, l'appellation de "planning familial" est bannie du lexique catholique alors même qu'il s'agit là, selon les recommandations internationales et nationales, d'un des éléments du "paquet minimum d'activités" des centres de santé. Alors que l'État camerounais, dans une entreprise qui associait notamment le Ministère de la santé et le Ministère de l'Éducation, a élaboré un programme intitulé "Éducation à la vie familiale", reprenant des thèmes tels que la "parenté responsable", présentant également les méthodes contraceptives, l'épiscopat camerounais n'a pas repris à son

⁷ Par exemple, un document présentant "L'œuvre de santé de l'Église Évangélique Luthérienne du Cameroun" (document non daté mais qui fait état de données de l'année 1997) précise comme finalité de cette œuvre de santé : "Évangélisation de la population camerounaise par le biais des soins préventifs et curatifs de qualité à faible coût".

compte ce programme et propose, dans ses écoles et ces centres de santé une "Éducation à la vie et à l'amour" dont évidemment la morale catholique n'est pas absente.

La différenciation entre le projet catholique et le projet étatique s'exprime dans les détails les plus techniques, ainsi, par exemple, dans le domaine du recouvrement des coûts. Rappelons que le recouvrement des coûts concerne aujourd'hui de fait dans les structures de santé la vente des médicaments dont une partie des recettes revient à la structure, entre autres, pour renouveler le stock de médicaments ; la mise en place de cette initiative requiert une tarification à l'acte : chaque fois qu'un patient consulte et se voit établir une ordonnance, il doit s'acquitter du coût de la prestation. Or, le responsable du service catholique de la santé dans la Province de l'Extrême Nord ne partage pas cette conception :

"Le recouvrement des coûts est basé sur les médicaments. C'est bien ! Mais, au niveau éthique, on doit voir aussi comment cela se passe... avec une tarification par épisode de maladie, le comportement de l'infirmier est tout à fait autre que celui de l'infirmier qui va faire entrer de l'argent pour le fonctionnement grâce aux médicaments ; celui-là va faire des prescriptions, et la tarification devra couvrir le prix du fonctionnement du centre. C'est un point très délicat dans les réunions de concertation avec la Délégation provinciale de la santé. Le représentant du ministère de la santé voulait que nous aussi nous prenions comme base le médicament, mais nous avons dit que cela n'allait pas avec notre conception, ni avec notre philosophie de la solidarité. C'est toute l'approche communautaire qui est en jeu ; on ne peut pas dire que le recouvrement des coûts c'est seulement le médicament !".

La tarification à l'épisode, c'est-à-dire le paiement par le consultant, une fois pour toute, pour l'ensemble du traitement et des consultations prévus pour résorber la maladie, est moins susceptible de dérives qui pourraient se manifester par une activité excessive en matière de prescription, et cadre mieux avec la conception catholique de la santé. Et de l'aveu même de la responsable citée, ce sont donc bien deux conceptions qui s'affrontent – celles de l'État et celle du service catholique – lors des discussions avec les représentants du Ministère de la santé sur des aspects aussi techniques que la tarification. Le projet sanitaire catholique semble cependant plus en prise sur les directives nationales que les activités des centres protestants, mais à sa manière.

Précisons tout d'abord que le seul expatrié rencontré dans une structure de soins se trouvait dans un hôpital tout à fait particulier⁸ – l'hôpital de Tokombéré dont il sera plus longuement question ci-dessous -, mais toutes les structures de santé de base étaient dirigées par des agents de santé camerounais. Il est vrai que les catholiques, contrairement aux protestants, disposent de leurs propres formations aux professions de santé, et seuls les agents formés par leurs soins exercent dans leurs structures. Il est vrai aussi que cela peut conduire à refuser que certaines structures de base mettent effectivement en œuvre l'ensemble des activités du "paquet minimum d'activités" parce qu'ils ne disposent pas encore dans tel ou tel centre du personnel qualifié. C'est le cas, par exemple, pour les accouchements : parce que tel centre ne dispose pas encore des

⁸ Les expatriés du service catholique de la santé sont plutôt en poste aux niveaux centraux (diocèse, conférence épiscopale, école de formation à Yaoundé).

services d'un infirmier accoucheur, aucun accouchement n'est censé être pratiqué dans ce centre⁹ ; néanmoins, le centre procédera à des activités de PMI, à des consultations prénatales, et des "matrones" ou "accoucheuses traditionnelles" de l'aire de santé desservie par le centre en question seront éventuellement formées.

La rencontre des directives nationales et catholiques¹⁰ est identifiable dans les préoccupations relatives au recouvrement des coûts, comme je viens de le préciser, mais aussi à la participation communautaire, à la sectorisation, à la réalisation d'activités préventives "en stratégie avancée". La participation communautaire s'exprime principalement par la mise en place de comités de santé villageois, dont les membres viennent aider les personnels des centres de santé lorsqu'ils se déplacent dans les villages pour des activités de PMI (sensibilisation des populations, signalement de cas de malnutrition ou de choléra, aide pour la pesée des enfants, etc.) ; mais il ne s'agit guère de gestion des activités du centre de santé avec la "communauté" comme le précise le texte officiel. Les structures catholiques disposent "d'agents itinérants" - appellation inexistante dans le lexique officiel - se déplaçant pour des missions de veille, de conseil, et de sensibilisation des populations. Si les structures catholiques font partie du système de soins national et à ce titre doivent couvrir une aire de santé particulière, il arrive parfois que les structures en question soient liées à une aire "officieuse", dessinée par le service catholique, qui amène les agents itinérants à desservir des villages qui officiellement n'entrent pas dans le territoire de compétence de la structure de ces agents.

Néanmoins, les structures catholiques, qui desservent donc chacune une aire de santé spécifique, s'attachent à rendre effectif, dans la tarification des actes, la distinction entre les patients "hors secteur" et les patients de l'aire de santé. Cependant, cette distinction est loin d'être toujours établie à partir du lieu de résidence des consultants. J'évoquais ci-dessus l'existence d'un véritable projet de santé de l'Église catholique. Très schématiquement, il consiste entre autres à faire en sorte que la population prenne conscience de l'importance de la santé. Aussi, un certain nombre de règles sont édictées, et on attend des consultants des comportements appropriés : par exemple, respecter les séances de vaccination pour les enfants, le nombre de consultations prénatales, etc. Or ceux qui ne respectent pas ces règles, quand bien même ils sont ressortissants de l'aire de santé desservie par la structure, seront considérés comme étant "hors secteur" et devront alors acquitter, la prochaine fois qu'ils seront en contact avec la structure, une somme un peu plus élevée que ceux qui auront respecté les règles.

D'une manière générale, le service catholique de la santé affiche de manière beaucoup plus volontariste et claire son engagement dans la réforme des systèmes de

⁹ Cette position entraîne d'ailleurs un "conflit lexical" entre l'administration de la santé publique et le service catholique de la santé. Pour l'État, les formations de base sont toutes appelées "centres de santé intégrés" et sont toutes censées pouvoir pratiquer des accouchements, prestation qui entre dans le "paquet minimum d'activités" ; le service catholique, pour sa part, distingue les "centres de santé développés" des "centres de santé élémentaire" selon que la structure pratique ou non des accouchements

¹⁰ En fait, selon un de nos interlocuteurs catholiques, la pratique de la santé par les structures catholiques était en avance sur les directives de soins de santé primaires (SSP) édictées lors de la conférence d'Alma Ata de 1978 - conférence fondatrice des SSP pour l'OMS ; l'OMS se serait alors en partie inspirée d'expériences catholiques pour la formulation des SSP, SSP qui ont été adoptés par la suite par les États, dont le Cameroun. Doit-on alors en conclure que certains personnels du service catholique de la santé auraient inspiré - indirectement - la politique de santé camerounaise ?

santé au niveau local que les protestants, il revendique le développement de soins de santé primaires dans le cadre du district de santé, en définissant lui-même des règles parfois ouvertement en désaccord avec les modalités d'application proposées par le ministère de la santé ; on peut alors concevoir aisément l'existence de frictions entre les représentants des deux instances.

L'ADMINISTRATION LOCALE FACE AUX CONFESIONNELS

Comment la non application de la politique nationale est-elle ressentie par l'administration de la santé ? Il faut en fait ici distinguer selon le niveau auquel se situe les interlocuteurs administratifs des confessionnels.

Le premier niveau de contact entre les responsables des structures sanitaires et l'administration de la santé est le district, et l'interlocuteur est ici le médecin chef de district. Précisons d'une manière générale que cette fonction de médecin chef de district est relativement nouvelle dans l'organigramme de l'administration de la santé et difficile à définir : face à une pratique médicale dominée par des soins curatifs délivrés dans des structures de soins, un médecin qui ne soigne pas mais s'occupe pour l'essentiel de coordination, de prévention et d'administration de la santé est une fonction encore peu valorisée à tout point de vue ; un tel médecin est moins susceptible de se trouver impliquer dans des circuits d'échanges monétaires et matériels que des médecins opérant dans des structures de soins et qui ont à acheter médicaments, matériel médical, etc. Disposant alors de peu de moyens, n'étant guère un interlocuteur dans des négociations commerciales, et ayant un statut peu valorisé, les médecins chefs de district ne sont guère en mesure d'exercer quelque pression que ce soit du fait de leur seul statut.

Dès lors, face à la légitimité historique et religieuse des structures confessionnelles, qui par ailleurs bénéficient du concours de personnels de santé expatriés et de subventions du Nord non négligeables, le représentant local d'un État peu crédible auprès de la population – la qualité des soins étant meilleurs dans les structures confessionnelles que dans les structures étatiques -, qui plus est ayant un statut peu valorisé auprès de ses pairs, ne peut que se résoudre à un constat d'impuissance. Certes, les médecins s'adonnent parfois à quelques tâches de supervision des structures de soins, mais la plupart du temps ils doivent demander le concours matériel des confessionnels pour effectuer leur tournée ; par ailleurs, comme je l'ai déjà mentionné, les critiques qu'ils peuvent alors émettre sur le fonctionnement d'une structure confessionnelle sont rejetées avec plus ou moins d'arrogance, l'interlocuteur confessionnel n'hésitant pas parfois à opposer la très mauvaise qualité des prestations des structures du service public avec l'importance des services rendus par les structures confessionnelles. Alors, une des activités principales du médecin chef de district est de recevoir les rapports d'activités des structures de soins, et de les transmettre à la Délégation provinciale de la santé, étant entendu qu'en l'absence de dénombrement rigoureux des populations desservies par les aires de santé et des conceptions différentes quant à la nature des prestations à comptabiliser selon les centres, les informations

chiffrées alors transmises sont très approximatives¹¹. L'autre activité importante des médecins chef de district qui nous est apparue est la réception des vaccins du programme national de vaccination à l'occasion des journées nationales de vaccination, les responsables des structures de soins du district étant censés venir chercher les vaccins auprès du district. Mais il semble que l'acheminement des vaccins ne se fasse pas toujours très bien jusqu'aux districts. Le rôle des médecins chefs de district, en temps normal, semble donc particulièrement réduit.

Au niveau supérieur se trouve la Délégation provinciale de la santé, qui a pour rôle de coordonner, au nom du Ministère de la Santé Publique du Cameroun, l'ensemble des activités de santé de la Province, et de veiller entre autres à la mise en place de la réforme du système de santé ; elle joue aussi un rôle de relais entre les différentes structures de soins de la province, les districts, et le niveau central représenté par le ministère de la santé à Yaoundé, notamment pour la collecte et la transmission des informations sanitaires de la région. Pour la mise en œuvre de la réforme du système de santé (réhabilitation de certaines structures, formation des personnels, notamment), la Délégation provinciale bénéficie de l'appui direct d'agences de coopération, ce qui lui donne incontestablement un certain poids. Alors, il n'est guère étonnant de constater que le véritable interlocuteur des confessionnels est le délégué provincial de la santé et non le médecin chef de district.

Cependant, lui aussi n'est "qu'un" représentant de l'État face à la toute puissance des Églises, et sa marge de manœuvre reste réduite. Voici comment le Délégué provincial de la santé rencontré en 1999 conçoit son rôle, notamment face aux pratiques des confessionnels :

"Il y a une politique globale unique, il peut cependant y avoir des différences sur des points précis. Par exemple, à propos du recouvrement des coûts, il y a plusieurs méthodes : assurance, pré-financement, paiement à l'acte, à l'épisode. Peu importe ; harmoniser ce n'est pas uniformiser. Une des stratégies est de rendre les médicaments génériques disponibles, maintenant, à moi de voir comment je vais faire... Quant aux tarifs, le ministère n'impose pas les prix des médicaments. L'essentiel est que les médicaments ne soient pas gratuits et soient accessibles. Mon problème, en tant que Délégué, est que les objectifs nationaux soient atteints. Le Ministre veut des résultats, peu importe le chemin que j'emprunte. Ce n'est pas une route, c'est une ligne, c'est une route sur laquelle je peux zigzaguer, la route est assez large !".

Cependant, le pouvoir central, en l'occurrence le Ministère de la santé à Yaoundé, est loin de vouloir laisser tous les pouvoirs au Délégué provincial. Une décision émanant du Ministère de la santé datée du mois d'avril 1999 précise que les associations et ONG oeuvrant dans le domaine sanitaire doivent contracter directement avec le Ministère de la santé, le Délégué provincial n'ayant guère qu'un rôle consultatif à

¹¹ Ainsi, il n'est pas rare que les chiffres de couverture vaccinale recueillis par les districts dépassent 100 % en l'absence d'une information sanitaire recueillie rigoureusement. Cependant, un taux supérieur à 100 % étant évidemment inacceptable, il semblerait que des "corrections" peuvent alors être établies par différentes instances de l'administration de la santé afin que les chiffres nationaux publiés soient "conformes".

propos du projet de l'association contractante, le Ministère de la santé étant souverain¹². Selon certains de nos interlocuteurs une telle disposition qui autorise un lien direct entre les associations de développement local et le Ministère de la Santé, outre le fait qu'elle peut entrer en contradiction avec l'organigramme du Ministère et en particulier passer outre les fonctions de coordination régionale du Délégué provincial et qu'elle n'établit pas de distinction entre ONG internationales et associations villageoises, est la porte ouverte au clientélisme : ce que l'on appelle au Cameroun les "élites", à savoir les riches notables originaires d'un village - mais qui en général ne résident pas dans le village - et qui veulent initier des opérations de "développement sanitaire" (construire un dispensaire, faire don d'un stock de médicaments, etc.) peuvent obtenir directement l'aval du Ministère de la santé que leur action s'accorde ou non avec la politique nationale de santé que le Délégué provincial a à coordonner. En d'autres termes, avec un tel texte, alors que toute la politique de santé avalisée par les agences de coopération concourt à une décentralisation, l'État se donne la possibilité d'intervenir directement au niveau le plus localisé.

En fait, c'est en situation de crise, impliquant les plus hautes instances de l'État, sur fond de rivalité ethnique et religieuse, que les différents niveaux administratifs définis dans le cadre de mesures de décentralisation en viennent à jouer un rôle.

LES CHRETIENS CONTRE L'ÉTAT

Le Délégué provincial de la santé, rencontré en juin 1999, et fort apprécié des différents intervenants régionaux de la santé, résumait "l'histoire sanitaire" récente de la province de l'Extrême Nord de la manière suivante :

"Dans la région, les chrétiens ont été persécutés par l'ancien régime [du Président Ahidjo]. Derrière les formations sanitaires confessionnelles, on craignait toujours un peu de prosélytisme. Il y avait une rivalité entre public et confessionnel. Puis, il y a eu un changement à la tête du pays, avec un Président chrétien originaire du sud, ce fut un souffle nouveau pour les confessionnels, et nous en sommes venus à effacer les barrières entre le public et le privé. Mon prédécesseur, était un musulman intégriste qui a voulu fermer les structures confessionnelles. Il a quitté son poste en 1994... Quant à moi, mon père était pasteur ; j'avais contribué à l'évaluation des activités de santé des églises baptistes, et j'assiste à la commission des évêques pour la santé. Je suis moi-même baptiste. Le fait qu'il y ait aujourd'hui un délégué provincial de la santé chrétien a changé beaucoup de choses... Dans la région du Logone Chari [région limitrophe du

¹² "La lettre d'accord de collaboration... est un document par lequel le Ministère de la Santé Publique prend acte de l'intention d'une association d'appuyer l'action du Ministère de la Santé Publique dans l'amélioration de la santé des Camerounais. L'association est enregistrée au Ministère de la Santé Publique... Le délégué provincial de la Santé Publique dispose d'un délai de quinze jours pour transmettre le dossier au Ministre chargé de la Santé Publique, assorti de son avis motivé. Le Ministre chargé de la Santé Publique dispose d'un délai de trente jours, à compter de la date de réception du dossier pour se prononcer. Passé ce délai, son silence vaut accord de collaboration" (articles 3 et 5 de la Décision 413 "Fixant le cadre de collaboration entre le Ministère de la Santé Publique, les associations et les organisations non gouvernementales").

Tchad], il y a 99 % de musulmans, et les populations sont allergiques aux chrétiens. Il n'y a pas de centres de santé dans cette région. Mais les services chrétiens de la santé ont une bonne réputation. J'ai demandé à l'évêque d'implanter des centres de santé dans cette région. J'avais donné des autorisations provisoires pour l'implantation de centres de santé, et le Ministre a suivi mes recommandations".

J'ai donné au début de cet article quelques précisions sur la spécificité historique d'une partie de cette province de l'Extrême Nord, composée de "Kirdi" non islamisés et du Mandara, tampon entre le Bornu et les Fulbe. Sous le régime du précédent président Ahidjo, musulman de Garoua qui faisait la part belle aux dignitaires islamisés du Nord, cette région du pays – rappelons que le terme "Kirdi" signifie "païens" - était délaissée, voire méprisée et marginalisée. Pour les chrétiens, et en particulier pour les missionnaires catholiques, il s'agissait alors de redonner la place que ces "Kirdi" non musulmans méritaient dans l'espace national :

"... pourquoi en 30 ans de vie nationale un Arrondissement comme le nôtre, de 60.000 habitants, il est vrai peuplé exclusivement de 'kirdis', est-il privé de lieu d'éducation secondaire ? Pourquoi nos jeunes montagnards ne peuvent-ils pas, faute de Collège, prétendre à des postes de responsabilité nationaux, incapables de franchir des obstacles matériels que personne ne les aide à franchir"¹³.

Pour les catholiques, il s'agissait alors, dans le cadre d'un projet il est vrai tout à fait particulier et que ses initiateurs eux-mêmes rappellent qu'il n'est pas reproductible, de créer les conditions sanitaires, éducatives et agricoles nécessaires à la promotion des Kirdi, "peuple" dévalorisé sur le plan national¹⁴. C'est dans ce contexte que l'hôpital catholique de Tokombere s'est développé¹⁵.

La Délégation provinciale de la santé ne cache pas les frictions qu'il y a pu avoir entre la volonté de mettre en place une politique nationale de santé et les spécificités de l'action sanitaire des confessionnels :

"C'est dans ce contexte [d'absence de véritable politique de santé nationale jusque dans les années 1995] que l'Église s'est frayé une place dans le vaste champ de la santé. Les besoins étaient si importants qu'un intervenant pouvait s'implanter n'importe où sans risquer d'être de trop. Les Églises s'orientaient surtout vers des zones défavorisées, enclavées et pauvres. L'une des stratégies d'intervention des Églises, perçues comme défaillance, était le fait que l'existence d'une communauté chrétienne de sa confession passait comme critère prioritaire du choix du site. C'est ainsi que l'Église était, pendant plusieurs années, accusée de prosélytisme religieux. Cette situation a entraîné un double

¹³ "Collège Baba Simon. A Tokombere, un projet de santé engendre un collège", Plaquette de présentation du Collège catholique de Tokombere avec comme seule indication de date mars 1992.

¹⁴ Le néologisme de "kirditude" a pu être utilisé pour qualifier la spécificité de la "culture" de cette région qui, rappelons-le est peuplée d'une mosaïque de populations entre lesquelles il n'existe pas toujours d'intercompréhension.

¹⁵ On trouvera toutes les informations sur ce projet Tokombere dans M. Fontaine, *Santé et culture en Afrique Noire. Une expérience au Nord Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 1995.

emploi en plusieurs endroits du pays, à savoir que dans une même localité se trouvaient, en concurrence, des formations sanitaires créées par différents intervenants, pour répondre aux besoins d'une partie de la population. Pour se soigner, des malades se déplaçaient sur de longues distances à la recherche d'une formation sanitaire de leur confession religieuse. Sur le plan préventif, le personnel sélectionnait les villages pouvant bénéficier de leurs interventions, ceci en rapport avec la coloration religieuse. C'est ainsi que les équipes des dispensaires privés confessionnels traversaient plusieurs villages pourtant nécessaires, pour aller donner des soins là où le catéchiste a réussi à réunir quelques fidèles¹⁶.

Les relations sont désormais beaucoup moins conflictuelles entre le service catholique de la santé et la Délégation provinciale de la santé de la Province de l'Extrême Nord : un Président de la République, catholique originaire du sud du pays (Paul Biya), et un délégué provincial de la santé baptiste ont, de l'avis de tous, permis de définir un contexte plus favorable au dialogue. Mais, il y a peu, tous les échelons de la hiérarchie politico-administrative étaient encore mobilisés contre le projet catholique du district de Tokombere.

Comme le rappelait le délégué provincial de la santé ci-dessus, son prédécesseur, "musulman intégriste", voulait fermer toutes les structures catholiques. Le médecin chef de district dont dépend administrativement l'hôpital de Tokombere est entré en conflit ouvert avec le médecin chef de l'hôpital catholique : le premier, arguant de la nouvelle carte sanitaire attribuant une zone et une population particulière à chaque structure de soins a sommé le responsable de l'hôpital catholique de respecter les limites de son aire de santé en évitant d'envoyer ses "agents itinérants" dans toute la région, l'hôpital catholique a refusé de se plier à cette injonction administrative avançant notamment que depuis trente ans une population importante, dépassant les limites de l'aire de santé qui était attribuée aux catholiques, était habituée à l'action sanitaire des catholiques, qu'elles refuseraient d'être desservies par des structures publiques, qui par ailleurs étaient incapables de prendre en charge ses populations, ce qui risquait de se traduire par une catastrophe sanitaire.

On peut se demander si cette assurance avec laquelle le médecin chef de district et le délégué provincial de la santé ont pu alors affronter les catholiques aurait été possible sans une position assez ferme du deuxième personnage de l'État, le Président de l'Assemblée Nationale, musulman, originaire du village où l'hôpital catholique est implanté, et qui s'est présenté pendant longtemps comme un ferme partisan du développement du service public, accusant les catholiques de vouloir monter les "Kirdi" contre l'État camerounais. Après un conflit apparemment très dur, qui a impliqué les plus hautes personnalités de l'État camerounais et de la hiérarchie catholique, le Président de l'Assemblée Nationale et le médecin chef de l'hôpital catholique de Tokombere se sont réconciliés après que la structure catholique se soit vue accordée une certaine prééminence sur l'administration dans la gestion de la santé au niveau local.

On retiendra surtout de ce conflit que l'État, se fondant tout naturellement sur les textes réglementaires qui portaient organisation de la nouvelle carte sanitaire, a implanté un hôpital de district public à proximité de l'hôpital catholique. L'hôpital catholique,

¹⁶ J. Inrombe, "L'Église et la politique sanitaire au Cameroun : état des lieux", Séminaire des Évêques du Cameroun, Yagoua, 5-12 janvier 1999.

qui ne cesse de se développer (3 médecins, 130 lits, radiologie et échographie, de nombreux services dont un de chirurgie, etc.), et qui recrute ses patients sur une zone toujours plus étendue, avait jusqu'il y a peu le statut de centre de santé dont l'action devait être limitée théoriquement à une aire de santé. La structure publique, qui avait le statut d'hôpital de district lorsque nous l'avons visitée en 1999, ne disposait pas, en tant que tel, des services d'un médecin, recevait moins de 10 consultants par jour, ne pratiquait aucun accouchement certains mois, et surtout était toujours en cours de rénovation. Selon les personnels de cet hôpital de district, celui-ci ne dispensait en fait des prestations qu'aux quelques fonctionnaires allochtones du gros village de Tokombere, les autochtones s'adressant massivement à l'hôpital catholique à proximité. Depuis peu – et c'est là une des raisons de la résolution du conflit entre l'État et les catholiques – c'est l'hôpital catholique qui est devenu hôpital de district, et l'hôpital de district public qui est devenu centre de santé¹⁷.

Cet exemple appelle deux réflexions concernant la décentralisation et le rôle de l'État. D'une part, l'administration décentralisée de la santé (district sanitaire, délégation provinciale de la santé), qui en temps normal n'a finalement que peu d'influence face à la légitimité de l'action sanitaire de structures confessionnelles qui ont leur propre conception de la santé publique, parvient à exister seulement lorsque dans un conflit qui n'a rien à voir avec la santé, les plus hautes instances de l'État sont impliquées. La périphérie, qui est censée aujourd'hui être l'objet de toute les attentions dans les politiques de développement qui prônent la décentralisation, n'existerait-elle pas sans enjeu national ? D'autre part, on peut se demander dans quelle mesure la volonté politique de l'État de maintenir à tout prix une structure de santé comme cet hôpital de district vide qui, en langage technocratique est qualifié de "non fonctionnel", ne procède pas en fait de la volonté de l'expression de la puissance publique dans ce qu'elle a de plus formelle : dans une région où l'État était peu présent jusqu'à maintenant, du moins dans un domaine sanitaire largement dominé par les structures confessionnelles, région par ailleurs très éloignée des lieux de décision étatique, parfois peu contrôlée comme en témoigne la permanence des conflits entre Arabes Choa et Kotoko, dresser une structure publique telle que l'hôpital de district de Tokombere, qui a peu de chance d'être équipée et encore moins de recevoir une véritable clientèle, n'est-il pas important en soi comme manifestation de la puissance publique pour "coloniser" une partie de son territoire national qui de fait lui échappe ?

BIBLIOGRAPHIE

- AURENCHE C., 1987, *Sous l'arbre sacré. Prêtre et médecin au Nord Cameroun*, Paris, Les Editions du Cerf.
— 1996, *Tokombéré au pays des Grands prêtres. Religions africaines et Evangile peuvent-ils inventer l'avenir ?*, Paris, Les Editions de l'Atelier/Editions Ouvrières.

¹⁷ Il n'est pas sûr qu'une telle décision règle les problèmes à terme, puisqu'elle implique que c'est une structure privée confessionnelle qui pourrait être amenée à intervenir directement dans la gestion publique de la santé, notamment au niveau des aires de santé.

- BOSSERT T., 1998, "Analyzing the decentralization of health systems in developing countries : decision space, innovation and performance", *Social Science and Medicine*, 47 : 1513-1527.
- FONTAINE M., 1995, *Santé et culture en Afrique Noire. Une expérience au Nord Cameroun*, Paris, L'Harmattan.
- VINCENT J.F., 1978, "Sur les traces du major Denham : le Nord-Cameroun il y a cent cinquante ans. Mandara, 'Kirdi' et Peul", *Cahiers d'Etudes Africaines*, 72, XVIII (4) : 575-606.

La prise en charge de la santé par les associations du quartier Biyem Assi (Yaoundé)

Séverin Cécile Abega¹, Noël Solange Ngo Yebga²

L'appartenance aux associations est une réalité importante dans le milieu urbain camerounais. La plupart des individus sont membres d'une ou de plusieurs associations. S'inscrire dans une association peut donc se justifier par les difficultés qu'éprouvent les populations qui sont d'ordre économique, sanitaire, social, mais aussi par des préoccupations personnelles et communes liées aux diverses activités politiques, économiques, sociales et juridiques qu'offrent ces structures. D'autres aspects sont aussi apparus, notamment sur le plan de l'acculturation, du changement social, de la sociologie urbaine, auxquels se mêlent des questions relatives au genre.

L'adhésion à ces entités se fait parfois d'une manière volontaire ou de gré à gré par l'intermédiaire d'un ami, d'un voisin, d'un collègue de service, d'un ancien camarade de collège, d'un "frère" du village ou d'une même région déjà installé en ville. Ce dernier initie alors le nouvel arrivant à la réalité urbaine, l'insérant dans un réseau de solidarité sélective dont l'appartenance exige en permanence des dons et l'acceptation de contre dons, ainsi que la participation régulière à des réunions, à des cérémonies et à des rituels collectifs. Il ne se crée pas seulement, à travers ces regroupements des stratégies de survie, dont l'importance se fait sentir en cas d'urgence de maladie et surtout de deuil, mais toute une dynamique par laquelle des modes de pensée venus des villages s'adaptent à la ville, des manières de faire venues d'ailleurs se transforment pour s'immerger dans les agir locaux, avant leur transfert vers les villages.

La problématique des associations nous permet alors de nous poser la question de savoir si elles peuvent être des acteurs dans un domaine précis, celui de la santé, qui met en évidence la précarité des populations et la vulnérabilité des individus. En nous intéressant particulièrement à la prise en charge des soins de santé, nous essayons de voir comment cette transformation sociale se met en œuvre dans un domaine délicat et sensible, et si l'action des groupes permet déjà, ou peut laisser espérer un meilleur accès aux soins. Nous essayons ainsi d'identifier les domaines dans lesquels s'oriente l'action de ces groupes, et la manière dont laquelle ils interviennent dans le champ de la santé.

CARACTERISTIQUES DES ASSOCIATIONS

La multiplicité des associations rencontrées permet de mettre en évidence les facteurs essentiels de ces groupes qui se caractérisent par :

¹ Institut de recherche en socio-anthropologie, Université Catholique d'Afrique Centrale, BP 11628 Yaoundé – Cameroun, e-mail : icy.ucac fssg-fthnk@camnet.cm.

² Institut de recherche en socio-anthropologie, Université Catholique d'Afrique Centrale, BP 11628 Yaoundé - Cameroun, e-mail : e-mail yebgs20@yahoo.com.

- un certain nombre de membres recrutés sur une base qui peut être ethnique, religieuse ou culturelle, nous y reviendrons
- des activités parmi lesquelles des réunions, des échanges de prestations financières, sociales, religieuses, de services organisées au cours des réunions
- un cycle précis qui organise les activités sur une période qui est généralement d'un an, ponctuée de réunions qui peuvent être mensuelles, bimensuelles, hebdomadaires certaines femmes, notamment les revendeuses de vivres frais, et même les prostituées, peuvent organiser des réunions quotidiennes
- l'implication dans la vie des membres par la participation aux fêtes, aux rituels, et l'assistance matérielle, entre autres dans le domaine de la santé
- la consommation collective de boissons, de nourritures, le port d'uniformes, la création de chants, de danses, de slogans, etc.
- les cérémonies de fin de cycle pour "casser" les "caisses", c'est-à-dire remettre tous les comptes à niveau, et lancer le calendrier des activités du cycle suivant

La création des associations en général n'obéit à aucun critère prédéfini. Le plus souvent, l'orientation tient compte des objectifs formulés et recherchés par les membres créateurs. Il en existe d'autres qui ne sont pas verbalisés, mais qui n'en existent pas moins, et imprègnent fortement toute l'action des associations. Progressivement, l'association s'adapte en fonction de l'environnement social et économique quand ces autres objectifs s'imposent, consciemment ou non, aux membres. L'enquête réalisée à Biyem Assi nous montre les associations créées sur des bases variées. Celles qui ont été expressément formulées sont les suivantes :

- la religion
- la camaraderie
- la famille
- la région
- l'amitié
- le milieu socio-professionnel
- le sport
- l'ethnie

L'entraide et la solidarité sont les bases fondamentales de ces différents groupements, et prennent la forme d'une assistance financière ou psychologique qui va au-delà des solidarités préétablies par la religion ou l'appartenance à un groupe ethnique.

Parmi les membres des associations interrogés, les Beti et les Bamiléké sont les plus nombreux. Cela peut venir en partie remettre en question l'idée reçue au Cameroun selon laquelle la mentalité associative caractériserait les Bamiléké, et serait inconnue des Beti. En fait, Beti et Bamiléké sont les ethnies les plus nombreuses et les mieux représentées dans les villes du Cameroun au sud de l'Adamaoua. Les Bassa, ethnie de moyenne importance au Cameroun, viennent immédiatement après. Relevons également l'existence d'une association de Massa, groupe de l'Extrême-Nord camerounais, dans la région dite du "bec de canard", à la frontière de la République du Tchad, et dont les originaires étaient peu nombreux dans les villes du sud du Cameroun. Les départements

de la province de l'Ouest sont les plus représentés ; les originaires de cette province se rencontrent aussi bien dans les associations à caractère régional, ethnique, familial que dans les associations de quartier.

Si on a parlé d'une "mentalité associative des Bamiléké", et si les Bamiléké semblent être les plus nombreux dans les associations, c'est sans doute bien davantage en raison des densités de peuplement de leur région, l'importance numérique étant alors significative. Il faut aussi compter avec les stratégies économiques liées aux densités démographiques. La pression démographique est très forte dans la province de l'ouest, dont sont originaires les Bamiléké, et dans le département de la Léké, d'où viennent les Eton, l'un des sous-groupes Beti les plus nombreux. Les terres manquent de ce fait, et les cadets sociaux sont littéralement expulsés en raison des stratégies successorales et des dynamiques foncières qui permettent aux aînés de s'approprier les terres. De ce fait, pour de nombreuses personnes, l'exode rural, surtout vers les villes, devient une solution, et si l'on continue de se réclamer d'un village, on investit plus en ville, où se construisent le présent et l'avenir. Pour cette couche de la population, la ville n'est plus seulement l'endroit où l'on travaille et où l'on gagne de l'argent ; on commence à appartenir à l'endroit où l'on est, parce que l'inscription en fonction du lieu de naissance et de la terre des ancêtres devient problématique. Les stratégies d'insertion au milieu urbain prennent donc une importance plus singulière, et les associations, auxquelles ce rôle est dévolu prennent un relief particulier. Cette donnée particulière permet de mieux comprendre pourquoi les originaires des départements où vit l'ethnie bamiléké s'inscrivent autant dans les associations, et pourquoi on reconnaît tant de vitalité aux associations bamiléké, qui brillent par leur longévité, leur inventivité, leur discipline, et l'importance que leurs membres leur accordent. Il s'agit là de l'attitude de personnes qui ont une véritable stratégie de vie citadine, et pour lesquels la ville prend peu à peu une importance supérieure à celle du village.

Les membres des associations se regroupent pour plusieurs raisons. Les bases de regroupement peuvent être religieuses, familiales, régionales pour les originaires d'une même province, d'un même département, d'un même village, ou parce qu'ils veulent mener ou mènent des activités ensemble : les amicales, les sportifs, les collègues, les coreligionnaires. On découvre donc que les références ne sont pas seulement un passé commun (ethnie, région, famille). Elles peuvent être aussi un présent commun, un futur qu'on envisage ensemble (amicales, sportifs, collègues, voisinage). Il va cependant sans dire que ces bases se recoupent, et on peut être voisin, et décider de se réunir parce qu'on appartient à la même ethnie ; ou appartenir à la même ethnie, et décider de s'associer pour mener des activités d'intérêt commun.

La référence ethnique est la plus fréquente, mais elle n'est ni unique, ni majoritaire. Les autres éléments de regroupements ne doivent donc pas être négligés, car il semble bien apparaître ici que l'inscription régionale laisse une large place à d'autres éléments référentiels. Les solidarités à Biyem Assi sont donc multiples, et cela est caractéristique d'une citadinité aux inscriptions sociales diversifiées. A Biyem Assi, tout le monde a une tribu, mais on convoque le voisinage, la religion, la profession, l'activité sportive au moment de construire les solidarités.

Notre enquête fait apparaître que les associations féminines sont les plus nombreuses, et qu'il y a trois fois plus d'évocations d'associations typiquement féminines que d'associations masculines, la mixité étant au même niveau que la dynamique féminine. Les femmes s'organisent en s'appuyant beaucoup sur l'ethnie, mais

aussi sur d'autres bases, par exemple, en se référant aux études dans un même établissement, à l'assistance envers les femmes rurales de sa région ou de son village, etc. La vie associative est donc au cœur des stratégies des femmes de Biyem Assi. De plus, celles-ci s'y investissent dans une certaine mesure pour augmenter leur pouvoir d'achat et subvenir aux besoins du ménage. Les hommes préfèrent d'ailleurs les associations gérées par des femmes, et l'un des postes qu'on leur confie le plus souvent est celui de trésorier. Beaucoup d'hommes participent aux associations par l'intermédiaire de leur épouse, lui donnant l'argent pour les cotisations et l'épargne, et lui laissant le soin de le gérer. La plupart des femmes sont membres de plusieurs associations. Elles manifestent aussi leur inscription par le port d'un uniforme, généralement une ample robe de cotonnade très caractéristique, appelée localement *kabangondo*, et popularisée par les femmes Douala, d'où le nom *ngondo*, qui désigne un rituel collectif de l'ethnie Douala. En dehors de tous les objectifs avoués, les réunions des associations donnent aux femmes l'occasion de chanter, y compris des chansons très lestes, de danser, y compris des danses très suggestives, de brocarder les époux et les ennemies, de boire et donc de sortir du cadre très contraignant de la vie familiale et au sein du ménage, de s'écarter un peu des normes, de questionner les règles sociales, les contraintes. Ces réunions constituent donc un moment très important, aussi bien sur le plan social que psychologique, et mesurer leur importance uniquement en termes économiques est très réducteur.

Tableau 1 : Raisons déclarées d'adhésion à une association

Entraide assistance	Faire connaissance	Amitié, camaraderie	Sport Développement	Education Sensibilisation	Relations de voisinage	Évangélisation	Total
37	5	3	7	3	2	5	62

Les buts des associations sont multiples et variés. Ils se résument souvent pour certaines à renforcer les liens de famille et des relations de bon voisinage, à participer au développement et assurer la promotion des terroirs d'origine, à éduquer leurs membres, à s'associer pour la construction d'écoles dans la région d'origine ou la construction de locaux pouvant accueillir les manifestations à caractère culturel tel qu'un congrès annuel d'originaires, ou mener ensemble des activités sportives. L'entraide et l'assistance constituent l'un des principaux buts des associations ; c'est ici qu'il faut inscrire la préoccupation pour la santé.

LES COTISATIONS

C'est autour de l'entraide et de l'assistance mutuelle que l'association organise toutes les activités relatives à son fonctionnement, notamment en ce qui concerne les prestations financières. Les cotisations des membres peuvent ressortir à la catégorie des "tontines", épargne personnelle tournante qui est collectée à chaque réunion, auprès de tous les membres et reversée à l'un d'entre eux, ou aux "caisses", qui correspondent aux

cotisations remises à un trésorier et qui sont utilisées pour réaliser des objectifs fixés au départ : alimenter une caisse d'épargne qui peut distribuer des crédits, assister les membres en cas de maladie, de décès, organiser une fête, assurer le fonctionnement de la structure, etc. Ces "caisses" fondent les relations sociales, et les membres ne sont ensemble que parce qu'ils peuvent donner et attendre en contrepartie diverses formes de prestations.

Toutes les associations ne demandent pas de cotisations, c'est le cas notamment des associations religieuses et sportives qui peuvent se maintenir en dehors de prestations financières. Cependant, d'une manière générale, l'argent joue un rôle majeur dans la socialité associative. Il faut pourtant évaluer le montant des cotisations pour comprendre si l'aspect économique est dominant, ou s'il s'agit surtout de cimenter les relations sociales. On peut faire l'hypothèse que des sommes très élevées, compte tenu du niveau de revenu de ces populations, sont liées à un projet économique, tandis que des montants modiques indiqueraient plutôt une activité à caractère social. L'examen du tableau suivant nous permet de vérifier cette hypothèse.

Tableau 2 : Montant des cotisations déclarées (en FCFA)

0	≤5.000	5000-15.000	> 15.000	Taux variable	Taux échelonné	Total
14	16	3	4	8	17	62

Les cotisations sont à taux fixes, variables et échelonnés. Les taux variables permettent à chaque membre de verser un montant correspondant au niveau de ses revenus ; ceux qui ont beaucoup d'argent versent des montants élevés, les autres, des sommes plus modestes. Mais chacun doit s'attendre en retour à des retombées proportionnelles au montant versé. Cette disposition illustre une des caractéristiques des associations : regrouper des personnes qui se sentent les plus proches en dépit des différences de revenus. Ainsi, par exemple, les membres d'une même ethnie restent apparemment solidaires en dépit des différences de revenus, et l'association est la manifestation de cette proximité.

S'agissant des associations à prestations échelonnées, elles mettent aussi ensemble des personnes de niveaux financiers différents. Cependant, des sous-groupes sont formés à l'intérieur de l'ensemble par rapport au niveau des revenus, les cotisations ne sont plus laissées à l'initiative des individus. Une même association peut regrouper deux ou trois catégories, dont l'une cotise à 10.000 CFA par personne, une autre à 5.000, et une troisième à 2.000. Les retombées sont aussi proportionnelles aux versements des membres. Cependant, dans les deux cas, la participation aux rites, l'accès aux boissons, à la nourriture, et aux réjouissances se font selon le principe de la parité et non plus sur une base pyramidale, ce qui permet de maintenir l'illusion de l'égalité des membres. Ces systèmes permettent ainsi à chaque catégorie de membres d'épargner en fonction de sa catégorie sociale et de ses revenus personnels. Les sommes collectées sont généralement reversées aux membres à la fin de l'exercice. Les taux les plus élevés (25.000 et 50.000) existent dans certaines associations à des fins commerciales ou d'investissement.

A côté de ce que nous avons appelé cotisations et tontines, et qui est loin de recouvrir la totalité des activités financières des associations, il existe des "caisses" au sein des associations, sorte de mise en commun des ressources financières par les

membres pendant une période bien déterminée. Cette mise en commun intervient généralement en cas de deuil ou de maladie. La nomenclature des "caisses" est variée, ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Les caisses et leurs montants déclarés (en CFA par personne et par an)

Caisses	Taux fixes			Taux variables	Total
	≤5.000	5.000-25.000	25.000-50.000		
Secours/décès/assistance	7	26	11	4	48
Transport	6	3			9
Restauration	1	1			2
Épargne	1	1		29	31
Investissement/affaires/ ustensiles	1				1
Scolaire				13	13
Assurance vie	6	1	1	1	9
Danse et fêtes annuelles	1			1	2
Développement	1	2		4	7
Enseignement/évangélisation				1	1
Fonctionnement/adhésion		2		1	3
Maladie/santé	1	1			2
Main levée				1	1
Total	18	11	12	54	95

- La "caisse secours" sert à aider ceux qui organisent une fête, qui doivent prendre en charge les soins en cas de maladie, ou qui ont perdu un membre de leur famille nucléaire en ligne directe ascendante (père, mère), descendante (un enfant), ou un conjoint. A la fin de l'exercice budgétaire, s'il y a un excédent, il est redistribué aux membres au prorata des cotisations. Cependant, dans une des associations, les excédents sont gérés de la manière suivante : une partie des ressources est conservée comme fonds de caisse pour démarrer les activités de l'année suivante, l'autre partie est employée pour offrir à chaque membre un présent au cours de la fête de fin de l'année, appelée "fête de cassation".
- La caisse "Décès/assistance" : dans certaines associations, ces prestations sont du ressort de la caisse secours ; lorsqu'une caisse spécifique "décès-assistance" existe, c'est pour individualiser les prestations que l'on verse à celui qui est frappé par un deuil, ou par une maladie.
- La caisse "Transport" est destinée à financer les frais de transport de la délégation que l'association envoie pour assister le membre qui organise des obsèques, ou dont les obsèques ont lieu.
- La caisse "Restauration" permet de financer les repas et les boissons au cours des réunions ; en général, cette caisse est destinée à organiser le banquet de fin de cycle.
- La caisse "Epargne" permet de collecter l'épargne des membres de l'association pour une redistribution sous la forme de crédits à ceux qui ont besoin d'un emprunt. Les

prêts sont remboursés moyennant un intérêt qui sert à rémunérer l'épargne. Tous les prêts doivent être remboursés au plus tard le jour de la "fête de cassation", et toute l'épargne, ainsi que les intérêts, doivent être reversés aux épargnants ce jour là. Un membre peut éventuellement emprunter auprès de cette caisse pour prendre en charge les soins d'un malade dont il a la charge.

- La caisse "Investissements/affaires/ustensiles" permet d'obtenir de l'argent destiné à un investissement quelconque : acheter de la vaisselle, des ustensiles de cuisines, constituer un fonds de commerce, etc ; une délégation est alors désignée par l'association pour s'assurer que l'argent est effectivement employé à ce à quoi il était destiné.
- La caisse "scolaire" fonctionne sur le même mode que la précédente, et est spécifiquement destinée à prendre en charge les frais scolaires des enfants des membres de l'association.
- L'assurance vie a été instaurée au sein de certaines associations pour pallier les insuffisances de la caisse secours, devant la modicité des sommes perçues par ceux qui reçoivent les prestations liées à un décès. Elle est sollicitée en cas de deuil, lorsque meurt un membre de l'association ; l'argent est versé à sa famille.
- La caisse "Danses et fêtes annuelles" est utilisée pour la "fête de la cassation" qui signe une fin de cycle, mais aussi, pour des associations à caractère ethnique, pour des manifestations collectives du groupe : une des associations étudiée utilise cette caisse pour la fête de fin de cycle, précédée par un congrès, fête au cours de laquelle les conjoints sont invités, et pour organiser des excursions.
- La caisse "Développement", dans les associations d'originaires, sert à financer des projets de développement dans les terroirs d'origine ; parfois des amicales d'anciens élèves l'utilisent aussi pour venir en aide à leur ancien établissement scolaire.
- La caisse "Enseignement/évangélisation" se retrouve dans des associations religieuses comme l'Association catholique des femmes et sert à organiser des séances d'évangélisation, à acheter des documents, etc.
- La caisse "Fonctionnement/adhésion" sert aux membres du bureau de l'association pour financer l'achat du matériel de bureau, faire des photocopies, etc ; sont également versées dans cette caisse les pénalités, les amendes infligées aux retardataires, aux absents, aux chahuteurs, à ceux qui ne portent pas l'uniforme, ou à ceux qui ont été surpris en train de le porter hors des manifestations de l'association.
- La caisse "Maladie/santé" se retrouve dans quelques associations qui ont individualisé les interventions relatives à la santé. Cet argent, provient souvent de la "caisse secours" et est alors destiné uniquement à la prise en charge des soins des membres malades, ou des membres de leur famille selon une nomenclature précise.
- La "Man levée" est une quête spontanée ; en cas de maladie, elle vient suppléer la modicité des interventions de la "caisse secours", ou de la "caisse maladie". Quand on en sent la nécessité, et qu'elle est proclamée, elle devient obligatoire pour tous les membres de l'association.

Le tableau ci-dessous résume les différents types de caisse et de prestations.

Tableau 4 : Les "caisses" des associations

Types de caisse	Utilisations
Secours solidarité/ Aide/décès/Mutuelle	Sert pour le fonctionnement, pour secourir les membres en cas de deuils, évacuer les membres décédés, aider financièrement les conjoints, les enfants légitimes des membres et les parents en cas de décès
Santé ou maladie	Secours en cas de maladie
Enseignement	Evangelisation
Transport	Sert au transport des membres qui accompagnent la famille en cas des deuils
Épargne	Assurer les fêtes annuelles dans les associations, accorder des emprunts aux membres en cas de besoins
Restauration et fête	Organiser les banquets à la fin de l'année
Scolaire	Epargne pour la préparation de la rentrée scolaire
Vaisselle	Permet aux membres d'acquérir des ustensiles de cuisine et de la vaisselle
Danse	Achat d'instruments de musique, d'accessoires de danse
Adhésion et fonds de roulement	Fonctionnement du bureau de l'association
Développement	Promotion et développement des villages
Investissement et affaires	Création des petites activités, par exemple, assainissement et électrification du quartier
Assurance vie	Assurer les membres en cas de décès
Main levée	Appui à la caisse secours

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE

Onze des soixante huit personnes interrogées sont membres d'associations dont les cotisations varient entre 25.000 et 50.000 FCFA par personne et par an et dont la caisse secours est aussi destinée à la prise en charge des soins de santé ; l'intervention de l'association peut être alors substantielle en cas de maladie. Mais la "caisse secours" est destinée à d'autres interventions, et aucune caisse spécialisée ne reçoit des versements d'un montant aussi important. Une seule caisse affiche un taux de cotisation individuel de 12.000 FCFA par an, soit un versement de 1.000 francs par mois et par membre. Il apparaît donc nettement que, d'une manière générale, la santé ne fait pas l'objet de prestations très importantes.

Seules cinq personnes mentionnent une caisse spécifiquement dédiée aux soins médicaux. La majorité des personnes interrogées et ayant répondu, soit 41, évoquent le recours à la "caisse secours" pour faire face aux dépenses de santé. Cependant la "caisse secours" étant destinée aussi à d'autres fins, elle ne peut assurer une couverture aussi

substantielle qu'une caisse spécialisée. Les personnes dans le besoin, y compris donc en cas de maladie, peuvent cependant bénéficier d'un crédit auprès de l'association, ce qui permet de disposer rapidement de liquidités, tout en créant une certaine précarité. Le recours à un crédit auprès de l'association entraîne le sociétaire dans un cycle d'endettement dans la mesure où les taux d'intérêt peuvent être très élevés, 5 à 10 % par mois, soit de 60 à 120 % par an. L'impression demeure donc, d'une implication marginale des associations dans la prise en charge des soins de santé.

L'assistance aux membres est l'une des activités principales des associations même si certains aspects, tels que la promotion et l'aménagement des zones rurales, l'évangélisation et la création de réseaux d'amitié entre anciens camarades de collège ou d'université apparaissent aussi. Quant aux activités secondaires, elles sont souvent orientées vers des manifestations culturelles, les rencontres annuelles lors des congrès ou la "fête de cassation" qui sanctionne la fin des activités annuelles de l'association et le démarrage d'un nouvel exercice. L'assistance en cas de maladie est modique, et se doit d'être complétée par d'autres sources financières.

La plupart des associations pratiquent l'assistance sous forme financière et de visites collectives ou individuelles. Elles organisent parfois des séances de prières. Ce qui n'exclut pas par ailleurs qu'il y a des associations dont l'essentiel de l'assistance se limite strictement à des visites en petits groupes en fonction des affinités. En fait, on peut relever une contradiction entre l'intervention affichée des associations pour les soins de santé, presque toutes l'intégrant dans leur démarche, et la modicité des sommes remises au malade. Une question surgit donc : y a-t-il véritablement assistance des associations en cas de maladie ? Les sommes remises aux malades s'échelonnent le plus souvent entre 10.000 et 20.000 FCFA. Elles ne permettent donc pas une prise en charge substantielle des frais médicaux ou d'hospitalisation. Les associations n'interviennent pas non plus en situation d'urgence, car toutes les maladies ne sont pas prises en charge ; les sociétaires doivent en effet convenir qu'un cas est sérieux pour intervenir. Cela suppose donc qu'ils se sont réunis auparavant, ou qu'une démarche a été entreprise auprès des membres du bureau de l'association pour solliciter une aide. L'assistance privilégie les hospitalisations et, dans une moindre mesure, les autres formes de soins souhaitées par les membres. Les associations ethniques, les amicales, régionales, sportives, socio-professionnelles privilégient plus que les autres les soins médicaux à l'hôpital. Les associations de famille, religieuses, de quartier et certains regroupements ethniques laissent leurs membres faire appel aux recours thérapeutiques de leur choix. On peut parler d'une tendance à privilégier l'hôpital, et à ne prendre en charge que les maladies identifiées à l'hôpital.

Les aides versées apparaissent surtout sous la forme de forfaits quelle que soit la gravité de la maladie. Une minorité d'informateurs signale une évaluation de la gravité de la maladie par les membres de l'association qui permettrait de fixer les montants à verser. Certaines associations choisissent de faire varier les taux, en fonction de l'état du malade, mais aussi du recours thérapeutique choisi et de l'efficacité accordée à ce recours. Il s'agit-là d'une tendance minoritaire, qui montre cependant que cette préoccupation n'est pas toujours absente. Il faut quand même rappeler que cette assistance ne constitue pas l'unique forme d'intervention des associations dans le domaine de la santé, les emprunts auprès de la "caisse d'épargne" sont toujours possibles, de même qu'un recours à la "main levée".

Les procédures d'octroi sont connues : remettre à un membre de la famille, faire faire un constat par un membre de l'association ou recevoir le témoignage de la famille, vérifier le dossier médical. La vérification de papiers tels que les ordonnances, les billets d'entrée et de sortie sont les principaux moyens utilisés par les associations. Ces procédures prouvent que l'association ne peut intervenir en urgence, puisque l'ensemble des procédures de contrôle nécessaires au déblocage des fonds prend du temps. Cependant, en règle générale, le peu d'importance accordée à la vérification des papiers prouve que les sociétaires ont confiance dans le jugement et la bonne foi des membres de leur organisation. Les procédures d'octroi, même simplifiées, peuvent prendre du temps ; et la modicité des sommes accordées ne justifie pas une procédure très complexe. La plupart des personnes rencontrées affirment que les membres de l'association n'exigent pas de justificatifs de la transaction financière en cas de maladie. Seuls 7 informateurs ont confirmé que leur association exigeait des justificatifs. En règle générale les associations se contentent d'une déclaration orale, l'argent étant remis par une délégation de l'association, ou à un membre de la famille du malade au cours d'une réunion.

Certaines amicales et associations ethniques remettent cette aide financière au malade lui-même, à un autre membre de l'association ou tout simplement, forment une délégation de quelques membres qui rend visite au malade et lui remet alors l'argent séance tenante. C'est le cas des associations de quartier par exemple. La préoccupation financière est somme toute relative au sein des associations où la comptabilité est contraignante. Si l'argent n'est pas la principale forme de soutien de l'association à ses membres en cas de maladie, et si les prestations financières ont un caractère surtout social, la mobilisation autour de la maladie se manifeste surtout par des visites au malade, des séances de prière, et d'autres manifestations religieuses telles que les chants, les messes et les exorcismes.

Les visites s'effectuent en groupe, par délégation de quelques membres, ou de façon individuelle. Elles s'accompagnent souvent des conseils, notamment sur les choix thérapeutiques, des dons en nature, ou en espèces, par exemple en cas de cotisation exceptionnelle de "main levée". Un seul informateur mentionne le cas d'une association qui n'envoie pas de délégation auprès des malades. Toutes les associations sont donc préoccupées par la santé de leurs membres et réagissent en conséquence. On retrouve ainsi le contraste entre une préoccupation constante à propos de la maladie mais qui ne se traduit que par des aides financières très modestes. On ne saurait expliquer cet état de fait par la pauvreté, des sommes beaucoup plus substantielles étant allouées pour les cérémonies funéraires, pour l'organisation de fêtes en général, ou pour la fête de fin de cycle. Il est aussi étonnant qu'une population de fonctionnaires, de cadres et de commerçants, comme celle rencontrée à Biyem Assi, n'ait pas envisagé des formes d'assurance sociale, hormis une seule association qui était en train d'y réfléchir lors de notre enquête. Des obsèques fastueuses, un banquet de fin de cycle sont des priorités, au vu des sommes investies dans l'organisation de ces manifestations.

Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville

Eliwo Mandjale Akoto¹, Paulette Béat Songue², Samson Lamle³, Jacques Pokam Wadja Kemajou⁴, Marc-Éric Gruénais⁵

L'OFFRE DE SOINS INFORMELLE DANS LE DISTRICT DE BAFIA

Le système de soins du district sanitaire de Bafia

Situé dans au nord-ouest de la Province du Centre, le District de Santé de Bafia est constitué par cinq arrondissements (Bafia, Bokito, Ombessa, Makenene, Ndikinmeki) et de 2 districts administratifs (Deuk et Nitoukou). En 1987 la population totale était estimée à 202.955 habitants. Le district sanitaire de Bafia est actuellement constitué de 20 aires de santé dont 17 desservies par un centre de santé d'appui. L'offre de soins dans ce district est assurée par les institutions suivantes :

- un hôpital de district à Bafia qui regroupe notamment trois médecins dont un médecin chef qui est en même temps le médecin chef du district sanitaire
- quatre centres médicaux d'arrondissement
- un hôpital privé de l'Église presbytérienne du Cameroun, qui supervise par ailleurs un réseau assez dense de dispensaires confessionnels dans le district
- des centres de santé du service catholique de la santé
- des officines privées pratiquant la médecine moderne ainsi que quelques officines de médecine chinoise
- une multitude de tradipraticiens qui se trouvent autant en ville que dans les villages

Le district de Santé de Bafia dispose d'un comité de santé mais où ni les confessionnels, ni les ONG ne sont représentés. Une "structure de dialogue" constituée depuis 1999 se réunit chaque semaine ; elle est constituée par : le chef du district, le médecin-chef de l'hôpital du district, le chef du bureau des affaires financières, l'économiste de l'hôpital, le responsable du service tuberculose/lèpre du district. Une équipe élargie rassemble ces responsables avec les médecins des centres médicaux d'arrondissement ; elle se réunit deux fois par mois. Par ailleurs les médecins se sont constitués en un "Cercle des médecins du district" avec le médecin-chef de l'hôpital privé presbytérien comme président pour une concertation régulière sur la meilleure manière de gérer les problèmes de santé du district.

1 Institut de Formation et de Recherche Démographiques, BP 1556, Yaoundé – Cameroun

2 Université Yaoundé I, BP 6090 Yaoundé – Cameroun, e-mail : pbeat@uycdc.iccnet.cm.

3 Institut de Formation et de Recherche Démographiques, BP 1556, Yaoundé – Cameroun

4 Institut National de Cartographie BP 157 Yaoundé – Cameroun, e-mail : jacpokam@yahoo.fr.

5 IRD/Shadyc, Centre de la Vieille Charité, 13002 Marseille, e-mail : gruenais@chess.cnrs-mrs.fr

L'étendue du district est un handicap à son bon fonctionnement compte tenu des distances à parcourir, de l'absence d'une infrastructure appropriée, et aussi d'un personnel insuffisant et peu motivé. Le médecin-chef du district ne peut qu'utiliser l'ambulance de l'hôpital comme véhicule de liaison et il ne peut donc pas assurer convenablement la supervision des activités du district, tâche qui s'ajoute à sa fonction de médecin-chef de l'hôpital de district. Parfois, la supervision est alors assurée par le personnel du comité de santé du district constitué pour l'essentiel d'infirmiers et techniciens peu à même de pouvoir donner des consignes aux médecins. Les centres médicaux d'arrondissement manquent cruellement de moyens logistiques, ne sont guère équipés et n'ont guère de personnels bien formés ; leurs comités de santé ne s'activent que pendant les journées de vaccinations.

Les notions de district de santé et d'aires de santé ne fait guère l'objet d'une adhésion de l'ensemble des personnels de santé de Bafia. Les établissements confessionnels continuent de fonctionner selon leurs réseaux propres et s'avèrent peu concernés par l'organisation en districts et en aires de santé ; ils disposent de leur propre circuit de ravitaillement en médicaments, ne fournissent pas de rapports détaillés aux autorités sanitaires, organisent la référence en privilégiant leurs propres structures, se méfiant de tout empiètement des autorités sanitaires publiques du district sur leurs activités. Ainsi tous les patients des dispensaires de l'Église presbytérienne, ou ceux des dispensaires catholiques sont adressés systématiquement à l'hôpital protestant de Donenkeng ou à l'hôpital catholique de Bangoua, sans se préoccuper de l'existence du niveau intermédiaire représenté par les centres médicaux d'arrondissement. La mise en place d'un système de recouvrement des coûts dans les structures publiques de la santé a semble-t-il rendu les structures privées et confessionnelles plus attrayantes à cause d'un meilleur rapport qualité/prix : on y attend moins longtemps, le personnel y est souvent plus courtois, les médicaments sont disponibles dans les centres, et, par exemple, pour les accouchements, ils procèdent à une facturation "à l'épisode" proposant un "paquet" peu onéreux et plus rassurant pour les usagers. On relève quelques collaborations entre secteurs public et privé, lorsqu'il s'agit de réaliser certains examens (radiologie, échographie), et surtout pour organiser les journées de vaccination et organiser la référence pour faire face aux accidents de la route.

La collaboration avec le personnel médical en clientèle privée reste informelle. Les relations entre le secteur public et le secteur "privé" sont plutôt tendues étant donné que la plupart des personnels privés exercent sans autorisation et se révèlent peu respectueux de déontologie pratiquant des interventions chirurgicales dans de mauvaises conditions, vendant des médicaments périmés, etc. Il n'existe pas davantage de collaboration formelle entre les autorités sanitaires et les nombreux tradipraticiens du district, même si leur apport est largement reconnu pour certaines maladies.

Les autorités sanitaires de Bafia sont également confrontées au problème assez répandu des circuits parallèles de distribution des médicaments par des commerçants qui ne maîtrisent ni les conditions de préservation de ces médicaments, ni les posologies, ni les risques liés à certaines associations contre-indiquées de médicaments ou à l'absorption de produits périmés. Ces vendeurs illicites de médicaments comptent sur les ordonnances délivrées par les personnels médicaux des hôpitaux pour mettre au point leur traitement pour des symptômes spécifiques. Remarquons que certains médicaments distribués par le réseau national officiel se trouvent dans ce circuit de vente illicite.

Les spécialistes "informels"

59 tradipraticiens et 9 personnels médicaux en clientèle privée ont été interrogés dans le district de Bafia. Certains tradipraticiens sont particulièrement difficiles à repérer, soit parce qu'ils résident dans des zones très difficiles d'accès, soit encore en raison des travaux agricoles qui les mobilisent beaucoup plus, en certaines périodes, que leur fonction de tradipraticien. En d'autres termes, ce ne sont pas des spécialistes toujours facilement accessibles à la population. Les réticences que nous avons pu rencontrer auprès des personnels exerçant à titre privé s'expliquent essentiellement du fait que la majorité n'a pas l'autorisation officielle de pratiquer des soins.

Les principales localités du district, à commencer par Bafia, semblent les mieux desservies tant par les tradipraticiens que par les infirmiers privés. Cette information révèle une fois de plus que ces spécialistes "informels" des soins ne se présentent plus guère aujourd'hui comme des recours de proximité pour les zones les moins bien équipées en service de soins. Bien au contraire, ils semblent se regrouper à proximité des grands centres, là où l'offre formelle est la plus importante, et qui sont aussi les lieux où l'on trouve la clientèle la plus nombreuse et la plus nantie. Cependant, il ne faudrait pas minimiser un biais d'enquête due à une plus grande difficulté d'identification de ces spécialistes dans des zones uniquement rurales.

Les tradipraticiens

La majorité (90%) des tradipraticiens interrogés sont des hommes, plutôt âgés : les trois quarts d'entre eux ont plus de 45 ans, et plus des deux tiers dépassent l'âge de 50 ans ; ils sont tous originaires de la région, ou d'une région proche. Ils ont été en général scolarisés : seul un cinquième des tradipraticiens n'est jamais allé à l'école, plus de la moitié d'entre eux ont abandonné l'école au cours du cycle primaire, et plus du quart (27%) a atteint au moins le niveau secondaire. Les tradipraticiens se déclarent chrétiens dans leur très grande majorité (72%) ; les autres (24%) sont plutôt musulmans ; l'exception est représentée par ceux qui ne déclarent adhérer à aucune religion du Livre. Ces chiffres montrent bien que, contrairement aux idées reçues, il n'y a aucune incompatibilité entre des pratiques que d'aucuns qualifieraient de "traditionnelles" et l'adhésion à des valeurs chrétiennes.

Tableau 1 : Niveau d'instruction des guérisseurs

Niveau d'instruction	Hommes	Femmes	Total
Aucun	9	3	12
Primaire	27	2	29
Secondaire et plus	14	1	15
Total	50	6	56

La majorité des tradipraticiens interrogés considèrent leur pratique de la médecine traditionnelle comme une activité secondaire. La plupart des tradipraticiens sont avant

tout agriculteurs, éventuellement déclarent le petit artisanat ou le commerce comme activité principale.

Tableau 2 : Importance de la pratique de la médecine traditionnelle en tant qu'occupation

Rang de la pratique de la médecine traditionnelle	Hommes	Femmes	Total
Activité principale	21	1	22
Activité secondaire	32	5	37
Total	53	6	59

Les guérisseurs déclarent soigner en moyenne 13 malades par semaine, ce qui prouve combien l'activité de ces spécialistes traditionnels est faible, y compris dans une zone rurale et sous-équipée comme Bafia. Les principales causes de consultation qu'ils déclarent sont, le paludisme, les maladies sexuellement transmissibles, la sorcellerie, les maux de ventre (vraisemblablement surtout dus à des parasitoses), des entorses (soit des accidents survenus aux champs) ; diarrhées et affections respiratoires sont peu citées.

Les guérisseurs déclarent que la quasi-totalité de leurs patients viennent de leur lieu de résidence ou de la proximité, ces patients venant aussi bien de la ville que de la campagne. Mais ils se plaignent du mauvais comportement de certains malades : il s'agit essentiellement de non-paiement des traitements de malades qui disparaissent parfois en cours de traitement, et du dénigrement (diffamation) dont il font l'objet de la part des malades. C'est dire combien ces tradipraticiens, à l'instar des personnels qui exercent dans les structures de santé officielle, ont tôt fait de faire porter l'entière responsabilité de la mauvaise qualité des soins aux usagers dont ils seraient en quelque sorte les victimes.

Près de 60 % des tradipraticiens enquêtés ont déclaré n'appartenir à aucune association, seuls 24 (40 %) adhèrent à une association de tradipraticiens. Remarquons que ce sont les jeunes originaires de la région, et ceux qui déclarent exercer la médecine à titre principal qui sont les plus réticents à devenir membre d'une association. Ce sont donc les allogènes qui semblent principalement à la recherche d'une reconnaissance et d'une légitimité locale qui sont les plus prompts à s'organiser en association. Cette remarque rejoint des observations faites par ailleurs et qui tendent à prouver que ce sont surtout les guérisseurs qui ont le moins de possibilité de revendiquer une légitimité traditionnelle qui sont les plus favorables à la constitution d'associations de tradipraticiens reconnues officiellement.

En règle générale, les guérisseurs, y compris ceux faisant partie d'associations, ont très peu de contact avec les autorités sanitaires locales, même si parfois certains déclarent avoir été informés verbalement ou par correspondance de certaines directives officielles, ou avoir été invités à des séminaires de formation.

Les personnels de santé en pratique privée

Parmi les neuf personnes enquêtées exerçant à titre privé, cinq sont des infirmiers, un est médecin, on compte aussi une sage-femme, un aide-soignant et un pharmacien ; à l'exception d'un seul, ils ont tous plus de 50 ans. Six d'entre eux ont déclaré l'agriculture comme activité principale, ce qui montre bien l'importance très relative accordée par les intéressés eux-mêmes à leur "pratique médicale" qui n'est qu'une occupation d'appoint. En général, ils ont commencé leur activité médicale privée il y a peu de temps, depuis six ans pour les plus anciens dans le "métier". Ils déclarent en moyenne le même nombre mensuel de clients que les tradipraticiens, voire moins, certains affirmant que le nombre de patients qu'ils accueillent ne dépasse pas trois par semaine en certaines périodes. On comprend évidemment mieux pourquoi il ne saurait être question pour eux de faire de la délivrance de soins leur activité principale.

Tout comme les tradipraticiens enquêtés, ils avancent comme principaux motifs de consultation le paludisme, les maladies sexuellement transmissibles, les parasitoses, les plaies et les abcès. Et tout comme leurs "collègues" traditionnels, ils ont plutôt une mauvaise opinion de leurs clients : la majorité affirme que nombre de leurs "clients" abandonnent leur traitement avant terme, et que les abandons sont dus à la malhonnêteté, à la négligence ou à l'inconscience des malades, qui ne veulent pas payer les traitements, qui considèrent les soins prodigués comme étant trop chers ou inefficaces.

Mais contrairement aux tradipraticiens, ces personnels semblent entretenir de bonnes relations avec les autres intervenants en santé de la place, en particulier avec le médecin chef du district sanitaire, qui leur adresse des correspondances administratives. Rappelons que la pratique de ces personnels est en général illégal. Par ailleurs, ils manifestent aussi une certaine sympathie envers les tradipraticiens, les trois quarts les considérant comme des partenaires, et peu comme des concurrents potentiels ; cette opinion favorable n'est pas réciproque.

LES ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES DE LA PROVINCE DE L'EXTRÊME NORD

Au Cameroun, et plus particulièrement dans le nord du pays, les accoucheuses traditionnelles (ou matrones) ont la réputation d'être encore très sollicitées par les femmes enceintes. Certains organismes internationaux, certaines ONG ou des œuvres de santé religieuses tentent encore de vouloir améliorer la qualité des prestations offertes par les matrones traditionnelles en leur dispensant des formations ponctuelles ou continues. Compte tenu de la forte concentration de matrones dans la Province de l'Extrême Nord, nous avons choisi comme lieu d'enquête la région de Maroua où nous avons enquêté auprès de vingt matrones dans différents villages de la région. Le travail auprès des matrones a été complété par des entretiens auprès des personnels de santé et des responsables de la délégation provinciale de la santé de l'Extrême Nord pour mieux appréhender les relations entre les structures de santé et ces spécialistes de santé de la communauté que sont ces matrones.

Les différents types de matrones et leurs pratiques

La majorité des matrones ont appris leur pratique auprès de leur mère, de la mère de leur mari ou auprès d'une autre parente (tante du mari, par exemple). Plus d'une fois, les matrones interrogées précisaient : "ma mère faisait accoucher les femmes", ou encore "ma grand-mère était matrone, j'ai appris d'elle le métier". Plus rares étaient celles déclarant avoir bénéficié d'un véritable apprentissage hors du cercle familial ; deux ont cependant déclaré avoir appris leur métier à l'hôpital. Quel que soit le lieu de l'apprentissage, il procède plutôt de l'observation pour la transmission d'un savoir faire et non à partir de connaissances théoriques apprises. Celles qui déclarent avoir appris à l'hôpital pratiquaient des accouchements avant d'avoir été formées par un personnel médical.

A Tokombere, les personnels de l'hôpital catholique, qui rayonne très largement sur une bonne partie de la région et fait office d'hôpital de district, ont mis en place des formations de deux à trois jours, deux fois par an, pour former les matrones traditionnelles des villages proches de l'hôpital. Outre ces formations, les infirmières se rendent régulièrement dans les villages voisins pour dispenser à ces matrones quelques notions élémentaires de protection maternelle et infantile. Ces matrones servent ainsi d'agents communautaires de santé auprès des femmes enceintes et des nourrissons, à qui elles dispensent soins et conseils. Elles sont formées à la distribution des anti-paludéens et des vermifuges pour enfants, à déterminer l'âge de la grossesse, à préparer les femmes à réunir tout ce qu'il faut pour un accouchement.

Au regard de la formation reçue et des rapports des matrones avec le personnel médical, l'on peut identifier trois types de spécialistes villageois des accouchements dans la région de Maroua :

- les accoucheuses traditionnelles, n'ayant reçu aucune formation médicale
- les accoucheuses traditionnelles "modernes", ayant reçu une formation médicale, et servant de relais entre la communauté villageoise et les centres de santé
- les guérisseurs auprès desquels certaines accoucheuses peuvent référer des accouchements avec complications

S'agissant des accoucheuses traditionnelles modernes, elles ont des connaissances médicales étendues sur la grossesse et l'accouchement, l'asepsie, les soins de base pour la femme enceinte et le nourrisson, mais allient encore souvent, dans leurs interventions, gestes traditionnels et médicaux. Les "guérisseurs-accoucheurs", quant à eux, n'ont été cités que par deux matrones ; ils constituent plutôt des cas isolés et ne semblent pas être voués à se développer.

Toutes les matrones interrogées étaient mariées, et deux d'entre elles ont affirmé avoir pratiqué des accouchements avant qu'elles ne soient mariées. Dans la majorité des cas, ces femmes ont commencé à exercer en tant que matrones lorsqu'elles avaient elles-mêmes accouchées, et pour certaines, après la ménopause. Mais bien qu'il n'y ait pas de règle absolue, il semble exceptionnel qu'une femme n'ayant pas eu d'enfants soit matrone, néanmoins, nous avons rencontré un tel cas une fois. La plus jeune des matrones interrogées avait 44 ans, la plus âgée, qui déclarait avoir déjà arrêté ses activités à cause de sa cécité, 85 ans.

Les matrones ont des connaissances sur les signes précurseurs de l'accouchement : début des contractions, début du travail, rupture de la poche des eaux, dilatation du col, évaluation de la proximité de la délivrance par un doigté (du niveau de dilatation du col). De plus, elles vérifient à la naissance de l'enfant son niveau de vitalité (en lui aspergeant de l'eau pour qu'il y réagisse), et savent également que certaines substances que l'enfant pourrait avaler lors de l'accouchement (liquide amniotique) sont toxiques, et doivent être expulsées des oreilles, de son nez et de sa bouche par aspiration extérieures. Les matrones modernes, en plus de ces connaissances, savent aussi déterminer l'âge de la grossesse, en mesurer les paramètres, identifier les éléments pathologiques d'une grossesse (œdèmes, pâleur des yeux), et les grossesses à risques (multipares avec 5 enfants et plus, femmes déjà césarisées, par exemple).

Les matrones ont cité, parmi les cas d'accouchements difficiles :

- les femmes dont le travail est trop long (supérieur à 12 heures)
- la mauvaise position de l'enfant (présentation par le siège, par les pieds, par les mains, à l'horizontale, etc.)
- les cas où "l'enfant sort en montrant le cordon"
- lorsque l'enfant se présente en même temps que le placenta
- lorsque les contractions s'arrêtent momentanément
- lorsque l'enfant, après s'être engagé, remonte dans le ventre

Par rapport aux matrones "modernes", les matrones traditionnelles s'intéressent peu au déroulement et à l'évolution de la grossesse ; elles peuvent cependant effectuer des visites prénatales chez les femmes enceintes, pour vérifier la position de l'enfant, à partir de 6 mois ; elles tâtent alors le ventre de la femme enceinte pour repérer la position de la tête de l'enfant, en ayant au préalable enduit le ventre de la femme d'un corps gras. A Tokombéré, une vieille matrone a affirmé qu'elle effectuait une excision du clitoris dans certains cas, pour guérir la femme stérile ; un tel cas ne nous a été rapporté qu'une seule fois.

Lorsque la femme est en travail et fait appel à la matrone, cette dernière vient masser le ventre de la parturiente avec un corps gras (huile de caïcedrat, vaseline, beurre, de karité, etc.) afin d'accélérer les contractions. Certaines matrones prennent le soin préalablement de se munir de protections magiques ou d'une tablette avec des versets du Coran, afin d'augmenter leur chance de réussite et de s'attirer les faveurs de Dieu dans l'exécution du travail. Après avoir enduit le corps de la femme en travail de ce corps gras, la matrone la fait asseoir sur une pierre, ou lui demande de se coucher, et attend la sortie de l'enfant. Différents remèdes peuvent être donnés à la femme lorsqu'elle est en travail ; ainsi, à Gazawa, les matrones peuvent utiliser une petite tige d'arbre ressemblant au mil, appelé *djungo*, qu'elles trempent dans de l'eau chaude, puis font boire ce breuvage à la parturiente pour atténuer la douleur des contractions. A Gazawa, les matrones utilisaient aussi une plante appelée *mataysilek*, dont les feuilles sont pilées avec une pierre pour la préparation d'une infusion qui a également pour but de diminuer les douleurs des contractions et d'accélérer le travail.

Les matrones introduisent parfois leurs doigts dans le vagin de la femme pour évaluer le niveau de dilatation du col, et voir si l'enfant engage sa tête vers la sortie. Au cas où l'enfant prend du temps à s'engager, la matrone soulève la parturiente par les pieds, la met la tête en bas, tapote le ventre avec de l'huile pour que l'enfant ressente ces mouvements et engage sa tête vers la sortie. Quelques matrones ont aussi rapporté le

fait qu'elles pouvaient aussi tirer l'enfant par la tête vers la sortie. Si la sortie est trop étroite, certaines matrones peuvent faire une petite coupure à l'aide d'une lame de rasoir ou d'un couteau pour faciliter la sortie de l'enfant. Lorsque l'enfant est sorti, elles coupent le cordon ombilical avec une lame de rasoir neuve, flambée ou simplement trempée dans de l'eau chaude, après avoir mesuré la longueur du morceau de cordon à attacher avec leur index ou leur auriculaire. La matrone essuie par la suite l'enfant avec un linge propre, puis l'habille.

Les matrones ne disposent guère de technique pour l'expulsion du placenta. Le plus souvent elles attendent que cette expulsion suive normalement son cours. Quelquefois, si le placenta tarde à sortir, on tapote le ventre et le dos de la femme avec un balai pour hâter l'expulsion. Lorsque le placenta est sorti, la matrone le recueille et l'enterre devant la porte d'entrée chez les Massa, du côté droit de la porte si le nouveau-né est un garçon, du côté gauche s'il s'agit d'une fille. Après l'accouchement, chez les Massa, on fait un feu pour chauffer l'eau qui servira à laver la femme et nettoyer l'enfant. Lorsque le bois alors utilisé en premier lieu provient des branches de l'arbre appelé *barkedi* "pour que l'enfant ne pleure pas trop et ne tombe pas malade". Les matrones modernes suivent les femmes enceintes, administrent les anti-paludéens, prodiguent des conseils à la nouvelle accouchée la femme et l'enfant.

En cas d'accouchement difficile, les matrones ont toujours affirmé qu'elles réfèrent la patiente à l'hôpital ou au centre de santé le plus proche. Les plus jeunes des matrones enquêtées déclarent parfois adresser la femme à une structure de soins pour couper le cordon ombilical. Une telle pratique atteste d'une situation hybride de prise en charge des femmes enceintes à la fois par les spécialistes traditionnels et le personnel médical. Ces deux univers ne sont plus séparés, et bien que les accoucheuses traditionnelles n'aient pratiquement aucun rapport avec le personnel médical, les patientes constituent le pont entre ces deux types de personnel.

Les matrones apportent leur aide aux femmes résidant dans une proximité géographique immédiate (voisines et parentes). Lorsqu'une nouvelle matrone a réussi son premier accouchement, que la mère et l'enfant sont en bonne santé, la nouvelle se répand dans le voisinage et d'autres femmes viendront la solliciter. Souvent, chaque quartier ou village a sa (ou ses) matrone(s).

Les femmes rémunèrent les matrones en nature. Le don le plus classique consiste en quelques morceaux de savon, accompagnés de farine de mil. D'autres dons ont été cités, tels que des haricots, des légumes, de la bière locale, de l'argent, des tissus. Presque partout, la matrone recevra ultérieurement de la viande de mouton lors du baptême de l'enfant, en particulier des morceaux provenant du dos de l'animal, ainsi que les intestins : puisque l'accouchement concerne essentiellement le ventre, dit-on, la matrone doit recevoir cette partie de l'animal. Une matrone a même affirmé qu'auparavant elles pouvaient également recevoir des cadeaux des enfants qu'elles avaient accouchés une fois que ceux-ci étaient devenus adultes, mais elle soulignait qu'aujourd'hui de tels dons étaient rares. Une autre manière de montrer sa gratitude à l'égard des matrones est de les aider en période d'intenses travaux agricoles. Les femmes ayant eu recours aux services des matrones aident également quelquefois ces dernières à puiser de l'eau, en envoyant leurs enfants, ou bien à porter leurs charges lorsqu'on les croise sur la route. Ce sont les maris qui donnent en général l'argent servant à acheter les cadeaux aux matrones ; des maris nantis peuvent aller jusqu'à acheter des pagens à la matrone. Les matrones sont en général respectées dans la

communauté, mais ne jouissent pas d'un statut particulier, hormis à l'occasion des accouchements.

En résumé, les matrones traditionnelles ont souvent des connaissances erronées en matière d'asepsie, et limitées face aux accouchements difficiles. Par le passé, elles faisaient appel aux services d'un guérisseur ; aujourd'hui, il semble qu'elles renvoient les parturientes dans les structures de santé. Les seuls actes posés sont le massage du ventre de la femme en travail, et l'administration de remèdes accélérant les contractions ; elles accueillent également l'enfant, coupent parfois le cordon ombilical, et enterrent le placenta. Les matrones modernes, suivent également l'évolution de la grossesse, administrent les anti-paludéens à la mère et à l'enfant, et prennent les paramètres pendant la grossesse. Elles semblent référer plus régulièrement les cas à l'hôpital, du moins plus rapidement que les matrones traditionnelles.

Relations entre matrones et personnel médical

Les matrones traditionnelles n'ont dans l'ensemble guère de relations avec les personnels de santé. Seules les matrones formées par le personnel collaborent avec les infirmiers et les médecins qui ont été leurs formateurs. A Tokombere, personnels de santé et matrones effectuaient ensemble "l'animation", c'est-à-dire des séances à l'occasion desquelles il s'agit de dispenser des conseils aux femmes dans les villages. Cela semble surtout vérifié pour les relations entre matrones et personnels des structures de santé confessionnelles.

En fait, la plupart du temps les relations sont de trois types : opposition, ignorance pure et simple, ou tolérance. Une des matrones, évoquant les relations conflictuelles qu'elle pouvait avoir avec des personnels des structures de soins, précisait : "l'infirmière du centre de santé, me demande souvent : "Toi aussi tu es déjà docteur ! ; et elle me gronde" ; alors la matrone de répondre confuse : "je me repens ! je me repens ! Madame". Mais ce genre de réflexions ne l'empêchait pas d'intervenir dès la prochaine sollicitation de ses belles-filles ou de ses voisines. Une autre matrone affirmait : "Je fais l'accouchement traditionnel, mais les gens de l'hôpital sont contre !" Souvent, lorsque les femmes, après un accouchement à domicile avec l'aide d'une matrone, emmènent leurs bébés au centre de santé pour la vaccination, les infirmiers et les médecins les ignorent. Une matrone déclarait : "Moi, je fais ça, et les gens de l'hôpital ne me connaissent pas ! Je n'ai pas de relations avec les gens de l'hôpital" ; une autre, répondant à la question sur ses relations avec les personnels de santé, disait : "ils ne sont pas au courant du fait que je fais accoucher, donc, nous n'avons aucune relation." Certaines matrones cherchent à éviter d'être identifiées par le personnel de santé. Cependant, si le personnel médical ne connaît pas individuellement les matrones, il est cependant informé de leurs activités, et ils en connaissent au moins le nombre dans les villages.

Lorsque l'attitude de tolérance domine, c'est que les infirmiers adoptent une attitude pragmatique : ils savent qu'ils ne peuvent enrayer ni les accouchements à domicile, ni l'activité des matrones ; ils les tolèrent, et acceptent de couper le cordon ombilical des nourrissons qui sont conduits par leur mère à l'hôpital après un accouchement au village. L'une des matrones affirme : "à l'hôpital, les femmes expliquent alors que c'était brusque ; et on leur coupe le cordon." Entre elles, les matrones n'ont pas de rapports, certaines se connaissent, d'autres s'ignorent, ou font semblant de s'ignorer ; se

nommer entre soi équivaldrait à une dénonciation aux autorités publiques. Il y a ni collaboration entre elles, ni concurrence ; chacune dispose de sa clientèle.

MEDECINES TRADITIONNELLES A YAOUNDE

L'offre de santé que l'on pourrait qualifier "d'informelle" à Yaoundé ne cesse de se multiplier : tradipraticiens qui manifestent leur présence par une pancarte, accoucheuses traditionnelles, infirmiers privés dont les cabinets pas toujours légaux sont également signalés par une pancarte, praticiens de médecines naturelles (naturothérapie, aromathérapie, homéopathie, etc.), spécialistes de la "médecine chinoise" fleurissent. Le nombre de tradipraticiens qui se sont fait recenser dans le département de Mfoundi – dans lequel s'inscrit Yaoundé – a presque doublé en dix ans passant de 210 en 1988, à environ 400 en 1999.

Notre propre recensement, dont on ne saurait affirmer qu'il est exhaustif, effectué dans le district de Biyem Assi en 1999 à partir des écriteaux indiquant la présence de ce type de spécialistes, a permis d'identifier 107 spécialistes pour ce seul quartier.

Tableau 3 : Types de "spécialistes privés" à Biyem Assi

Spécialistes	Nombre
- Infirmiers privés (individus et cabinets avec plaques indicatives)	12
- Laborantins privés (avec plaque)	1
- Médecine traditionnelle et moderne chinoise (cabinets)	4
- Médecine traditionnelle africaine (individus et cabinets)	86
- Médecine naturelle diverse (cabinets)	4
Total	107

Parmi les tradipraticiens 76 déclarent exercer dans des "cliniques", ce qui traduit la prégnance du modèle bio-médical. Cependant, cette population de spécialistes est très fluctuante, car, par exemple, en 1999 nous identifions 4 cliniques de médecine chinoise et 13 infirmiers privés, l'année suivante, ils n'étaient plus respectivement que 2 et 8. Il est en fait très difficile d'établir une typologie de ces spécialistes, tant chacun joue sur une diversité de registres qui va de l'herboristerie fondée sur une connaissance dite "traditionnelle", jusqu'à la médecine chinoise et ayurvédique en passant par l'astrologie et les recommandations de l'OMS, sans oublier les références au christianisme.

Parmi les tradipraticiens qui revendiquent une identité africaine, il convient de distinguer entre ceux qualifiés de "conservateurs" ou de "vrais tradipraticiens", des tradipraticiens "modernes". Les premiers sont plutôt âgés, exercent à partir d'un savoir acquis uniquement individuellement (héritage familial, "inspiration" des ancêtres, apprentissage auprès d'un pair dans son village d'origine, etc.), et ont peu pignon sur

rue. Les tradipraticiens "modernes", en revanche, sont beaucoup plus "professionnels", si l'on peut dire : la majorité est anglophone, a suivi une formation soit dans la province du Nord-Ouest, soit dans des établissements spécialisés à l'étranger (Nigéria et Ghana, le plus souvent) ; ils exercent dans des "cabinets", installés à proximité d'axes de communication principaux, et vendent leurs remèdes conditionnés dans des flacons, bénéficient parfois du service d'un aide pour l'accueil des patients, et établissent des prescriptions. Le modèle bio-médical est donc ici très présent, mais tous se réclament d'une "tradition africaine", ce sont réellement des professionnels de la médecine traditionnelle, qui souvent n'hésitent pas à se faire recenser par les autorités locales. Les premiers en revanche semble en perte de vitesse tant dans les campagnes que dans les villes où les populations sont de plus en plus sensibles à la médecine classique et aux idéologies religieuses ; souvent analphabètes, peu expansifs, tout entier investis dans une "tradition" qui souvent est crainte, ils sont de moins en moins approchés, face aux second plus dynamiques et plus connus. Il faut aussi compter avec ceux, herboristes, très nombreux mais plus difficiles à saisir, qui ont quelques connaissances sur des remèdes et des maladies, qui apportent une aide à la communauté mais sans faire de leur pratique un métier comme les précédents. Il semble que les tradipraticiens trouvent un terrain favorable à leur implantation en ville. Ils s'installent plutôt à proximité de versants ou des aires marécageuses, dans des zones d'habitation "spontanées", en des lieux où ils peuvent encore cultiver leurs plantes médicinales, soit en trouver dans les quelques zones de la ville qui ne sont pas encore habitées.

Depuis quelques années, la médecine chinoise a fait son apparition. Elle a beaucoup bénéficié de l'impact favorable imprimé par les médecins chinois installés à l'hôpital de Mbalmayo, à 80 kilomètres de Yaoundé environ, dans les années 1970. Les cabinets de médecine chinoise, tenus ici par des Camerounais, sont situés dans les quartiers centraux où réside la classe moyenne, et recherchent la facilité d'accès en s'implantant aux abords des routes bitumées. Ils étaient aisément identifiables par une plaque bien visible, mais sur laquelle sont très rarement écrits les noms et adresses des propriétaires. Depuis 1997-1998 ils s'installent de plus en plus en clientèle privée, qu'il s'agisse de quelques Chinois qui ont été chassés du Gabon, ou surtout de Camerounais ayant suivi une formation sur le tas auprès des "médecins chinois" de Mbalmayo, et qui à leur tour sont tenus de former d'autres Camerounais dans leur clinique et de les encourager à s'installer à leur propre compte. Cette dissémination en douceur a provoqué une levée de boucliers de l'Ordre National des Médecins du Cameroun et des autorités sanitaires administratives et politiques. Le Ministère de la Santé Publique a alors lancé dans les rues en septembre 1999, tambour battant, la Commission d'identification et de fermeture des cliniques chinoises illégales. Finalement, deux cliniques sur quatre du district sanitaire de Biyem Assi ont été fermées, ainsi que la plupart des autres cliniques chinoises de la ville de Yaoundé. En fait, seules les cliniques détenues par les Chinois ont été réellement fermées, les cliniques appartenant aux Camerounais ayant été maintenues mais avec interdiction de pratiquer l'acupuncture, eu égard aux risques de transmission du VIH/SIDA.

Le massage est largement pratiqué dans cette médecine, et certains sous couvert de massages continuent de pratiquer l'intégralité de leur médecine en cachette. Les cliniques de médecine chinoise font une large place à la pharmacie, et sont ostensiblement présentées dans des comptoirs vitrés médicaments chinois et coréens (tisanes, "génériques" de produits pharmaceutiques fabriqués en Chine et en Inde, etc).

A cela s'ajoute la vente d'objets chinois divers : produits de beauté et d'entretien, ornements, pots de fleurs, bibelots, cravates, vêtements et autres jouets tantôt posés à même le sol, tantôt étalés sur des comptoirs muraux, ou alors accrochés au plafond. Enfin, signalons que l'un des praticiens de la médecine chinoise affirmait détecter les maux dus aux agressions "mystiques".

Des médecines "douces", "naturelles", "par les plantes", etc., de toute nature connaissent également un certain succès. Celles-ci se réclament des registres les plus divers : médecines naturelles du Nord, mais aussi diverses pratiques asiatiques. Citons l'exemple de l'unique clinique spécialisée de phytothérapie du district sanitaire de Biyem Assi. Les pratiques que l'on peut y observer sont en fait un cocktail de médecines parallèles et d'herboristerie. Le propriétaire, formé sur le tas en moins de deux ans dans un cabinet de médecine chinoise tombée en faillite, s'essaya tout d'abord tant bien que mal à l'acupuncture et au massage. Il pratique la "moxibition" peu prisée par les autres adeptes de la médecine extrême-orientale qui consiste à mettre la peau en contact avec un corps incandescent (souvent un bâtonnet d'armoise) pour brûler un tissu en vue de détruire les parties malades et obtenir une action hémostatique. Il utilise également tous les produits naturels issus de tous les horizons : de Chine et de Corée pour le traitement des nerfs, de l'Inde pour le traitement des maladies allergiques, et va chercher des plantes en Afrique de l'Ouest au Bénin, au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire. Il vend même quelques produits pharmaceutiques génériques. Il vend également divers petits articles chinois pour compléter ses revenus et bénéficie de la collaboration d'un infirmier.

Parmi ces nouvelles médecines, on trouve une seule clinique tenue par un jeune médecin homéopathe formé au Nigeria. Seul spécialiste de sa clinique, il est obligé de faire la navette entre Yaoundé et Douala où il possède une autre clinique. En dépit de l'efficacité supposée de traitements homéopathiques longs et coûteux, ce spécialiste fait parfois appel à la médecine classique pour les examens, ce qui justifie dans sa clinique la présence notamment d'un technicien en laboratoire. La clinique homéopathique traite principalement la stérilité, l'impuissance sexuelle, les "maladies métaboliques" (tension, diabète) et les maladies chroniques. D'autres thérapies telles que la psychologie médicale et la diététique constituent des appoints importants. En outre la clinique se charge de fabriquer certains de ses produits et de vendre les médicaments homéopathiques et de phytothérapie. Cette médecine au Cameroun est volontiers rangée dans la catégorie des médecines traditionnelles.

S'il y a peu d'associations de médecines parallèles ayant leurs directions dans le district sanitaire de Biyem-Assi, il en existe une pléthore dans toute la ville de Yaoundé : 21 associations et 3 fédérations de tradipraticiens, 3 associations de médecine chinoise et 1 association d'homéopathie. Elles sont toutes nées à partir de 1991 au lendemain des Lois sur les Libertés de décembre 1990. Toutefois, toutes les associations de médecines parallèles modernes (médecine chinoise, homéopathie) ont été créées à partir de 1998. Quant aux associations de tradipraticiens, les premières sont nées sur les dépouilles de l'unique syndicat de tradipraticiens. Ces derniers semblent avoir mis particulièrement à profit la loi sur les libertés de 1990 pour créer des associations et accéder à une certaine reconnaissance officielle. Mais leurs associations, très instables, sont minées par des querelles interminables. De plus, les rapports entre les tradipraticiens et les autorités administratives, politiques et militaires sont souvent emprunts de suspicion et de tension.

Les infirmiers privés, qui se disent d'abord infirmiers mais n'excluent pas toujours le recours à la religion et aux plantes dans leurs pratiques, sont plutôt installés dans les zones densément peuplées, souvent difficiles d'accès, et peu équipées (difficultés d'approvisionnement en eau et électricité, notamment). Ces cabinets infirmiers bénéficient dans ces zones du manque d'infrastructures, ce qui en fait des recours de proximité, surtout la nuit, plutôt prisés pour des problèmes bénins ou des blessures ; leur implantation discrète malgré tout dans ces zones leur garantit un relatif anonymat vis-à-vis des autorités sanitaires envers lesquelles ils sont loin d'être toujours en règle.

L'appellation d'infirmiers privés désigne ici les personnels médico-sanitaires (aides-soignants, infirmiers, techniciens de laboratoire, etc.) exerçant à domicile (avec pancartes devant leurs habitations) ou dans les cabinets de soins infirmiers à titre privé et souvent dans l'illégalité. Ils sont sollicités à tout moment par leur entourage pour des interventions ponctuelles, pour les premiers soins, pour l'achat de médicaments dont ils ont parfois un petit stock ; ces médicaments sont achetés sur le marché, dans les pharmacies des hôpitaux de la ville, parmi les dons offerts aux centres de santé, etc. Certains infirmiers font de la vente ambulante de médicaments. En fait, lorsque l'on sait qu'il y a un "infirmier" dans le quartier il est considéré comme inadmissible par la population que celui-ci ne soigne pas. Aussi, ces infirmiers consultent, posent des diagnostics, délivrent des ordonnances et vendent les médicaments dont ils disposent, éventuellement orientent, voire accompagnent, les malades dans les formations sanitaires appropriées en fonction de leurs relations personnelles, et parfois les aident à recevoir les soins. En fin de compte le bénéfice financier semble faible pour l'infirmier et grand pour le malade. La plupart de ces infirmiers de proximité exercent dans les formations sanitaires officielles de la ville. Certains de ces infirmiers pratiquent des accouchements, voire des césariennes, dans leur cabinet. Ces cabinets ne peuvent réaliser des analyses médicales faute d'équipement, la salle de soins, quand elle existe, sert éventuellement à réaliser les prélèvements qui seront analysés ailleurs à travers des réseaux de relations bien établis.

CONCLUSION

Les observations réalisées tant en milieu urbain qu'en milieu rural des différents types de "spécialistes de la communauté" (accoucheuses traditionnelles, tradipraticiens, "infirmiers privés") attestent de la marginalité de ce secteur. Bien plus, pour les tradipraticiens et accoucheuses traditionnelles, c'est de marginalisation dont il faudrait parler tant ils sont ignorés par les structures de soins (hormis par les structures de soins confessionnels), et tant ces occupations de soins traditionnels prennent une place souvent secondaire pour les personnes qui s'y investissent. C'est peut-être en ville que ce secteur est le plus dynamique, surtout grâce aux "nouvelles médecines" venus de tous les horizons (Nigeria, Chine, Inde, astrologie, etc.). Ces thérapeutes néo-traditionnels, ou les infirmiers privés qui ne se privent souvent guère de puiser dans tous les registres à disposition (herboristerie, médecine, prière, etc.) sont souvent intellectuellement les plus proches, et des populations urbaines à la recherche de tout marqueur de modernité, et des personnels de santé, en raison de référents qui voisinent et s'accommodent fort bien des catégories de la bio-médecine. Cependant, si ce secteur apparaît comme le plus dynamique, par l'imagination dont leurs représentants font preuve, et par leur

multiplication, il ne faut sans doute pas exagérer leur importance en termes de recours thérapeutiques. Le nombre de clients qu'ils reçoivent est souvent très faible, et il apparaît clairement que pour nombre d'infirmiers des cabinets privés, leur occupation est considérée comme un pis-aller, relevant davantage de la débrouillardise pour survivre, que d'une véritable stratégie d'installation et de fidélisation d'une clientèle.

Chronique Scientifique

Scientific Diary

COLLOQUES / SEMINARS

Auront lieu :

- + *Systèmes agroalimentaires localisés : produits, entreprises et dynamiques locales*, 16-18 octobre 2002, Montpellier (France) ; date de remise des résumés : 31 mai 2002 - décision du comité scientifique : 28 juin 2002 - langues : français, anglais, espagnol. Contact : Secrétariat Technique - Pascale Lajous - Cirad-Tera - TA 60/15 - 34398 Montpellier Cedex 5 - France - Tél. : 33(0)4 67 61 55 36 - Télécopie : 33(0)4 67 61 44 15 - email : pascale.lajous-causse@cirad.fr
- + *La 10e Conférence générale de l'EADI sur "L'élargissement de l'UE dans un monde changeant - Défis pour la coopération au développement au 21e siècle"* va se tenir à Ljubljana en Slovénie du 19 au 21 septembre 2002. Le programme et les thèmes des sessions de travail est maintenant déjà disponible en français sur le site de l'EADI (<http://www.eadi.org/generalconference.htm>), de même que l'Appel aux documents. En organisant les Sessions de travail en groupes, les Groupes de travail permanents jouent un rôle vital à cette Conférence. Certains d'entre eux ont déjà publié un Appel aux documents pour leur propre session ; on peut les consulter sur le site de l'EADI, sous la rubrique: "Groupes de travail de l'EADI" : <http://www.eadi.org/wg/index.html>
- + *Appel aux documents pour la Session de travail sur la science et la technologie pour le développement à la 10e Conférence générale de l'EADI du 19 au 21 septembre 2002*. Les responsables du Groupe de travail encouragent les chercheurs à présenter à cette Conférence des documents liés à leur recherche. Des documents dont le thème aborde l'avenir du développement de la science et de la technologie dans les économies de transition sont particulièrement bienvenus, afin de pouvoir faire des liens intéressants avec le thème général de cette Conférence. On attend aussi des présentations de documents qui parlent d'expériences dans le domaine de la science et de la technologie centrés sur d'autres régions du monde en développement. Pour obtenir l'Appel aux documents et des détails additionnels, visiter le site <http://www.eadi.org/wg/index.html>
- + *Groupe de travail sur la gouvernance* - Appel aux documents pour la 10e Conférence générale Suite au départ de Peter Waller, qui a pris sa retraite, le Groupe de travail est en train d'être rétabli par les nouveaux responsables, Gordon Crawford (Centre for Development Studies, Université de Leeds, RU) et Christian von Haldenwang (Institut Allemand du Développement, DIE, Bonn). La première activité est l'organisation des sessions sur la gouvernance à la Conférence générale de septembre 2002 en Slovénie. Les participants intéressés doivent faire parvenir leurs documents avant la date limite du 28 février 2002 (site à visiter: "Appel aux documents" : <http://www.eadi.org/generalconference.htm>). Le concept de la 'gouvernance' peut être compris de façon assez large, afin de pouvoir y inclure des éléments tels que la démocratie et la démocratisation. De plus, tant les documents théoriques que ceux de nature empirique sont les bienvenus, tout autant que ceux qui couvrent des secteurs géographiques régionaux différents. Les documents reçus et acceptés par le Groupe de travail seront présentés dans une série de sessions thématiques pour faire l'objet de discussions à la Conférence. Pour plus d'information veuillez contacter soit Gordon Crawford - email :

g.crawford@leeds.ac.uk ou Christian von Haldenwang - email : Christian.Haldenwang@DIE-GDI.de

- * *Conférence internationale 2002 d'Edimbourg sur les études africaines* - "Une nouvelle approche au développement ? Visions internes et externes", 22 et 23 mai 2002 - Centre des études africaines, Université d'Edimbourg - 40 ans après le début de la politique de libération africaine, le développement économique reste le défi majeur dans l'ensemble du continent. En ce début du millénaire on assiste à des tentatives de mettre en place une vision différente et une nouvelle stratégie de développement africain, venant cette fois-ci de l'Afrique elle-même, et étroitement liée au 'Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique'. Aujourd'hui, les organismes de coopération au développement situés au Nord ont commencé à coopérer à travers un nouveau type de stratégie pour le développement africain prenant appui sur les documents intitulés 'Pour une stratégie de réduction de la pauvreté'. Cette conférence va essayer d'examiner ces approches et les interactions qu'on en attend. Pour plus d'information et pour s'inscrire: pking@ed.ac.uk. Le programme va être publié sur le site du Centre : <http://www.ed.ac.uk/~centas>
- * *Séminaire International : "Corruption et développement : état des lieux, facteurs explicatifs et politiques de réduction "*. Dans ce contexte, le Ministère de la Justice de Madagascar, le groupe de recherche DIAL/IRD, la section locale de Transparency International, en collaboration avec d'autres institutions de la société civile malgache, co-organisent un séminaire international sur le thème de la corruption. Celui-ci se tiendra durant deux jours à Antananarivo au cours de la première quinzaine de mai 2002. Il permettra de mettre en présence tous les acteurs qui désirent contribuer à leur échelle à la réflexion sur le thème de la corruption (universitaires, chercheurs, administrations, bailleurs, acteurs de terrain, projets, ONG, société civile). Contact : pour les résidents à Madagascar - André ROGER, Ministère de la Justice, Antananarivo 101, Madagascar ; Tél : 22-624-65; email: minjust.roger@simicro.mg ; pour les non-résidents à Madagascar: - DIAL, 4 rue d'Enghien, 75010, Paris, France - Tél : 01-53-24-14-50 ; Fax : 01-53-24-14-51 ; email : dial@dial.prd.fr

REVUES ET RESEAUX / JOURNALS AND NETWORKS

- * *Forum for Development Studies* - un magazine des pays nordiques sur les questions du développement Depuis de nombreuses années, *Forum for Development Studies* est le principal magazine norvégien de recherche sur le développement. Il est publié en anglais deux fois par an par le NUPI (Institut norvégien des affaires internationales), en coopération avec l'Association norvégienne de recherche sur le développement. Ses objectifs principaux sont d'améliorer la qualité de la recherche norvégienne et nordique sur les questions du développement, les relations Nord-Sud et le développement, et de rendre publics les résultats de ces recherches et de stimuler les débats dans ces domaines. Récemment, le magazine a publié par exemple des articles sur l'éthique mondiale et l'éthique de la recherche du développement, l'aide et les pauvres, les changements dans la répartition mondiale des revenus pendant les 4 dernières décades, et la démocratie en Afrique. Le tout

dernier numéro est disponible en entier sur le site : <http://www.nupi.no/PubFelles/Forum/Pdf/>

- + *Le European Journal for Development Research (EJDR)*. Le prochain numéro (Vol 13, No 2) du Journal de l'Association européenne des instituts de recherche et de formation en matière de développement (EADI) est un numéro contenant divers articles individuels sur toute une variété de sujets. Site à visiter pour voir le contenu exact et le commander : <http://www.frankcass.com/jnls/index.htm>
- + *Numéro thématique "Science"* de la revue "Actes de la recherche en sciences sociales" n°141-142, mars 2002.
- + *ARTEMISIA : Rencontres entre santé, sciences humaines et solidarité internationale*
- *La revue Artemisia a pour objectif* d'interroger le développement de santé au travers des sciences humaines, avec une attention particulière accordée aux traditions médicales. Il s'agit d'un outil véhiculant certaines problématiques centrales de la solidarité internationale au travers d'une approche concertée entre techniciens du développement et spécialistes du monde social. L'objet est de dégager l'essence d'un développement de santé prenant comme fondements les réalités sociales locales, les représentations de la maladie, les ré-interprétations des activités de développement, les pratiques de santé et pharmacopées vernaculaires, etc.
- *Cette revue, initiée par l'organisation internationale Nomad RSI* (Recherche et soutien international appliqués aux traditions médicales), forme un outil pour les acteurs du développement et un lieu d'expression interdisciplinaire pour les chercheurs du Nord et du Sud.
- *Les articles sont extraits* de recherches originales utilisant les traditions de santé comme prisme à la lecture du monde social et de ses enjeux contemporains. Les articles sont de présentation concise et concernent les disciplines suivantes : anthropologie, ethnopharmacologie sociale, ethnopsychologie, ethnobotanique, études du développement, écologie humaine, droits indigènes.
- *Direction et publication* : Laurent Pordié, Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie, Université d'Aix-Marseille / Nomad RSI, France ; Sébastien Gonzalez, Nomad RSI, France. — ARTEMISIA - C/o NOMAD RSI - 36, rue Bernard Mulé - 31400 Toulouse, France ; email : nomadfrance@yahoo.fr

ANNONCES / ANNOUCEMENTS

⇒ *Le 5 juin 2001*, à l'occasion de la Journée mondiale de l'environnement a été ouvert le portail Internet du Réseau de Liaison et d'Échange de l'information environnementale Francophone (RELIEF). Ce projet, financé par le Fonds Francophone des Inforoutes, est animé et coordonné par l'Institut de l'énergie et de l'environnement de la Francophonie situé à Québec, organe subsidiaire de l'Agence intergouvernementale de la Francophonie en collaboration avec l'Observatoire de l'écopolitique internationale (OEI) de l'Institut des Sciences de l'Environnement de l'UQAM (Montréal), Agora 21 (École nationale supérieure des mines de Saint-Etienne - France) et le Réseau pour l'environnement et le développement durable en Afrique (REDDA - Côte d'Ivoire).

- *RELIEF vise à* : — Assurer une circulation constante de l'information environnementale publique dans l'espace francophone et en particulier dans les pays francophones en développement — Stimuler la diffusion en français des textes des institutions internationales — Permettre aux pays participants et à leurs organisations de prendre part efficacement aux négociations internationales et à la mise en oeuvre des accords et traités de coopération à l'échelle mondiale — Rendre accessible la documentation gouvernementale de langue française touchant aux aspects politiques, économiques, financiers, scientifiques et techniques pertinents — Favoriser les échanges d'informations environnementales publiques et le développement de partenariats entre organisations du Nord et du Sud — Lier les besoins des décideurs aux produits des travaux des chercheurs — Diffuser des techniques de gestion et de présentation de données sur le réseau Internet — Développer un réseau de partenaires actifs afin d'assurer la permanence du réseau RELIEF
- *Pour accéder au portail RELIEF* :
 - Pour l'Amérique du Nord : www.iepf.org/www.er.uqam.ca/nobel/oei/relief
 - Pour l'Europe : www.agora21.org/relief
 - Pour l'Afrique : www.nesda.org/relief
- *Source* :
 - *Institut de l'énergie et de l'environnement de la Francophonie* : Habib Benessahraoui, Directeur exécutif - Tél. : 1 (418) 692 57 27 - Téléc. : 1 (418) 692 56 44 - Courriel : iepf@iepf.org

⇒ *On Archaeology of Sainthood and Local Spirituality in Islam - Past and present cross roads of events and of ideas. (Call for papers). Yearbook of the Sociology of Islam* (eds. Helmut Buchholt and Stauth), (LIT-Verlag, Hamburg - Transactions Publications, New Brunswick), Vol. 5, edited by Georg Stauth

- *In this volume*, I propose to address the following themes and issues: Islam embraces in many places the diversity of material cultures of rural and urban cults, their networks and institutions. Beyond the general perplexity about the modern significance of the practices involved, there exists the concrete fact about the place and the local cultural significance of the exercises and their events: the sociological evidence of their ethnic or genealogical origin, of their relation to rural and urban

life styles, the constitution of corporations and brotherhoods, the ideas of spiritual Islamic exercises..

On the symbolic level this complexity becomes even more obvious. There exists a variety in topography, presuming a similarly variant mix with pre-Islamic traditions, locations and mentalities. Most strikingly the "classical" approach of specific ritual and symbolic forms, enhancing local morphologies in texts (scripture, icons, monuments) and nature (spots, physis, mutations) remains of importance here.

Furthermore, there exist the transitions between social and trans-social principles and visions which pose at large the problem of transgression of collective norms into individuality and of ethical inclinations into patterns of knowledge and wisdom: With respect to sainthood, I would wish, for example, to portrait the problem of hubris and/or resentment. Muslims would state that Islam is the "religion without hubris", others probably believe Islam to be the "religion without resentment" - these are patterns of thought which relate to various visions in which Islamic spirituality is figured out as a specific case among world religions which forbids the believer to take "share" in the knowledge of God while on the other side - as Massignon has shown - the trans-sociality and absoluteness of the Islamic concept of God seems to be a source of individual and collective spirituality based on visionary and ritual approaches of redemption. Paradoxically, all this is to limit any absolute claim of knowledge of God on the side of the human being. However, the absoluteness of God also seems to invite at the same time to a sort of trans-social experience of God. This ambiguity of the presence and absence of God relates to many forms of religious expression, and is most directly referred to in Sufi practices.

At a third level, there remains the problem of power and politics: The problem of legitimacy of power and sainthood is not merely related to "unity" and/or "knowledge" as forms of communal control or control of saints by state institutions. There remains the problem of legitimacy of rites, there is the problem of political legitimacy at large and, at the same time, cultural legitimacy seems to emerge as a matter of coincidence of modernity and recognition of authentic religion. Here, certainly, the games over retarded sentiments and archaic resurgence are most prevalent. Engaging ideas and technologies of reconstruction, which rely on inner principles of different cultures, the invoking of archaic visions and rites turns into a most ambivalent cultural enterprise.

I am very well aware that with these questions, I do not exhaust the complexity of the sociological field of investigation that could be named: the modern significance of Islamic cults of saints. However, my intention with this volume is, in deed, to open up this field for an intensive sociological investigation. This is why in a first step it would be appropriate to combine a more general approach with more specific local analysis. In the empirical field certainly; I am looking for descriptions and interpretations of life stories of saints, of localities as culture places, embracing the sediments of history, of events and practices, of ideas, their encorporations and networks.

It is well known, how important for any student of Islamic saints, popular rites, Sufism, and spiritual practice the writings of classical Orientalists are today. It seems useless to mention the ones which for me had the most striking and

challenging influence on ideas and methods of research in this field: Goldziher, Massignon, Snouck Hurgronje, Corbin and Berque. It is imperative to us today to study their work and to re-align it with empirical research. This is why I also propose, that in this volume studies on some of the "classics" will have a place. Beyond looking to the empirical field, it seems to me, it is important, to attempt at summarising some of the major concerns of these classics specifically with respect to their understanding primordial inclinations and modern control of saints as much as the sainthood devices between "modernity" and "pre-modernness".

- Please send titles and abstracts of proposed contributions (not longer than 300 words) to: Georg Stauth, Fakultät für Soziologie, Universität Bielefeld, Postfach 100131, 33501 Bielefeld.- email: georg.stauth@uni-bielefeld.de orgstauth@t-online.de. I would like to have these abstracts until 1 May 2002. Closing date for papers : 15 September 2002

⇒ *Equilibre entre l'appropriation et la participation dans la recherche sur le développement.*

- *Le Conseil néerlandais de recherche sur l'aide au développement* (le RAWOO) vient de publier son rapport d'activités. Le rapport couvre une période qui était centrée sur le besoin de procéder à des changements dans les modèles de coopération. C'est les partenaires du Nord qui avaient en effet traditionnellement décidé des types d'actions ; mais on s'est rendu enfin compte qu'il était temps que les partenaires du Sud dans la communauté de chercheurs, que les gouvernements et la société civile aient un droit de regard égal non seulement dans la prise de décisions concernant les programmes de recherche et les priorités de recherche, mais aussi dans la direction et la gestion des programmes de recherche communs, y compris pour les processus de mise en place de bourses de recherche. Le défi principal est ici de trouver un équilibre entre le principe de l'appropriation du Sud des programmes de recherche, et le principe de bénéfice mutuel de la coopération entre les partenaires du Sud et ceux du Nord. *Le rapport du RAWOO est disponible sur le site* <http://www.rawoo.nl> , on peut aussi le commander à : rawoossec@rawoo.nl

⇒ *Maîtrise "Comprendre et protéger les droits humains".* L'Institut des études du Commonwealth à l'université de Londres continue d'offrir des maîtrises en Droits humains de plus en plus intéressantes, qui comprennent p.ex. un stage hebdomadaire dans la région londonienne. *On peut trouver le programme sur le site* <http://www.sas.ac.uk/commonwealthstudies>

⇒ *22ème formation de l'ICRA* en équipes interdisciplinaires sur le développement rural participatif L'ICRA offre un programme d'apprentissage expérimental (13 janvier au 24 juillet en anglais, 20 janvier au 31 juillet en français) au cours duquel des professionnels pourront se qualifier pour mettre en place des activités de développement et de recherche qui répondent aux attentes de clients et de bénéficiaires, et qui apportent une contribution au développement durable. On a prévu des ateliers aux Pays-Bas et une intervention en équipe professionnelle pour un client qui sera un institut de développement ou de recherche situé dans le Sud. Ceci devrait permettre aux participants d'améliorer leur compétence à travailler en équipe, à employer des systèmes d'approche pour l'analyse du changement rural, et de faire participer les

actionnaires à la planification et à la mise en pratique d'activités de développement et de soutien à la recherche. *Pour plus d'information* et pour obtenir des détails sur les modalités d'inscription et les dates limites pour demander des bourses : <http://www.icra.agropolis.fr>

⇒ *Prospectus de l'ISS pour 2002-2003*. L'Institut des études sociales, à La Haye, offre à partir de 2002 des programmes de doctorat et de maîtrise ainsi que des programmes compacts de diplômes de post graduat. L'intérêt principal de ces programmes est qu'ils sont liés à des études pratiques du développement, de la planification et d'alternatives politiques. *Pour plus d'information* : <http://www.iss.nl> , ou commandez le prospectus auprès de student.office@iss.

⇒ *Nouveau service d'information de la British Library for Development Studies (BLDS)*. La plus grande bibliothèque européenne sur le développement international vient de mettre en place trois services d'information faciles d'accès pour ceux qui veulent les consulter. Le catalogue en ligne contient maintenant plus de 40.000 articles et 90.000 documents accessibles par Internet, et un service d'envoi en ligne 24 heures. *Un bulletin d'information électronique* informe les abonnés sur 15 domaines de recherche en fonction des informations les plus récentes sur les documents reçus à la bibliothèque. *Un numéro vert* est à la disposition des chercheurs et leur permet de contacter directement du personnel spécialisé (+ 44 1273 678263). Pour vous abonner et recevoir le bulletin électronique et l'accès à la bibliothèque : <http://www.ids.ac.uk/blids>

⇒ *Ecole internationale de l'été sur les frontières 24-28 juin 2002, Durham*. En combinant des interventions d'orateurs, des séminaires de réflexion et des exercices pratiques, l'école de l'été veut offrir une formation complète sur les principes et la pratique régissant la délimitation des frontières, la gestion et la solution de problèmes qui en résultent, tant en mer que sur terre. *Voir* <http://www-ibru.dur.ac.uk/2002/summerschool.html> *pour de plus amples détails*.

⇒ *Etudes de développement à l'ère de la mondialisation, 9 et 10 août 2002, université Dalhousie, RU*. Si vous désirez obtenir le programme de l'atelier d'été qui est organisé chaque année à l'Université Dalhousie, *contact* : *email* : tim.shaw@sas.ac.uk

⇒ *Sommet Mondial sur le Développement Durable* : 26 Août - 4 Septembre 2002 Johannesburg, Afrique du Sud. *Site Web* : <http://www.johannesburgsummit.org>

⇒ *Rio plus 10* : examen de dix ans de la conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement. Pour de plus amples informations : Organisateur - DESA. *Contact* : Andrey Vasilyev - Tél. : +1 212 963 5949 - Fax : +1 212 963 4260 - email : vasilyev@un.org - *Web* : <http://www.johannesburgsummit.org/> Thématique(s) : développement durable ; assises régionales du développement durable.

⇒ *Sustainable Building 2002*, 23 - 25 Septembre 2002 ,Oslo, Norvège. C'est la troisième édition de cette manifestation après Vancouver (1998 - Canada) et Maastricht

(2000 - Pays-Bas). Pour de plus amples informations, Contact: email:trine.pettersen@byggforsk.no, Web : <http://www.sb02.com/>

⇒ *Twilight institutions and local politics in Developing Societies*, PhD researcher training course (September 24-27th, 2002), Organised by Christian Lund (clund@ruc.dk/clu@cdr.dk) and Kristine Juul (kristine@ruc.dk), International Development Studies, Roskilde University.

- *Theme of Researcher Course*: Literature on the state in developing societies generally has a hard time specifying what is state and what is not. It seems that the closer one gets to a particular political landscape, the more apparent it becomes that many institutions have a twilight character. The state is often represented by a multiplicity of institutions. Not only are multiple layers and branches of institutions which call themselves state (the judiciary, the administration, the customs service and police, the various extension agencies etc.) present and active to various degrees, but so-called traditional institutions which have been bolstered by state-sanctioned recognition also vie for public authority. In addition to this, associations and organisations which do not appear at first sight as political may also exercise political power. Similarly, occasions which would appear to be ostensibly non-political may reveal themselves to be active sites of political negotiation and mediation in which local and regional identities and authority relations are reshaped and recast. This makes it a dubious and often unrewarding enterprise to attempt to make an analytical distinction between state and civil society, although this distinction has a lot going for it in the discursive and political organisation of society on a grand and small scale alike. Indeed, whether labelled state or not, it seems that a variety of institutions constitute themselves as *de facto* public authorities, albeit with greater or lesser success. And this is the point. This researcher course will focus on how institutions' public authority waxes and wanes. Local politics provides a privileged opportunity for the study of how the capacity to regulate and control is not neatly stored within the state. The question to us is, rather, how individuals' and organisations' political competition and attempts to govern articulate the notion of state and public authority.

The term 'local' often invokes a taken-for-granted spatial mapping of 'local' in contrast to 'global' and of 'above' in contrast to 'below'. However, by imagining the primacy of certain 'levels' over others we miss out on the central question of *how* this primacy is established in a social and political process. Local politics is clearly not confined to a local space, let alone isolated from other spheres of politics. 'Home-town' associations, elite associations, 'clubs' and strategically-placed individuals, generally with education, political office, positions in the civil administration or in commerce, are often very important to 'local development'. However, while local politics is not confined to a certain sphere, the term 'local' is used in political vernacular in rural and small town politics as well as in social analysis. It seems not only a central marker but even a constituent of rural and small town politics.

This brings in the issue of identity. As a socio-political concept, identity has an individualist and a collective meaning and can be seen as a person's sense of belonging to a group and place, if it influences his political behaviour. Identity politics are, thus, politics which start from or aim to stake a claim in the identities of their protagonists in the struggle over certain resources. A fundamental element in


this is, of course, that identities are socially and politically constructed, and hence subject to change, negotiation and contestation. However as the term local is linked to a spatial configuration and thus not open to totally arbitrary construction, the negotiability of identity curbed in some way. Thus, social situation and history clearly condition the exercise of localist identity, the construction of 'locality' and the configuration of public authority.

- *Invited Lecturers:* Peter Geschiere, University of Leiden, The Netherlands — Carola Lentz, University of Frankfurt, Germany — Eric Worsby, Yale University, USA — Pierre-Yves le Meur, University of Mainz, Germany — Tania Li, Dalhousie University, Canada — Giorgio Blundo, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Marseille, France — Kristine Juul, Roskilde University, Denmark — Christian Lund, Roskilde University, Denmark.
- *Format :* The seminar will run for four days with presentations of papers by the invited speakers and Ph.D researchers. Presentations of papers by Ph.D. researchers will take place in two or three workshops with the invited lecturers as discussants. Ph.D researchers are invited to present a paper on theory, their methodology and/or findings depending on their interests and their stage in the research process. It is possible to participate without a paper, but paper presenters will be preferred in case too many people sign up for the course.
- *Language :* All plenary sessions will be held in English. Presentation of papers by Ph.D. researchers can be in English or French.
- *How to apply :* Danish and foreign PhD students can apply. For all students selected, the Graduate School of International Development Studies will cover the costs of accommodation and meals. Foreign participants will have to cover their own travel expenses. — Application must include a brief CV and a short description of their PhD project (max. one page). Applications must be received no later than February 28th 2002. — Papers must be received no later than June 15th, 2002. — Applications and papers should be sent to Inge Jensen, International Development Studies, Roskilde University, 4000 Roskilde, Denmark or be e-mailed to inge@ruc.dk — The seminar will be held at Arresødal outside Copenhagen, Denmark.

Lu et à Lire

Reviews of Publications

LU POUR VOUS

 **Critique de la santé publique. Une approche anthropologique, sous la direction de Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin, Paris, Balland (coll. Voix et regards), 2001, ISBN 2715813767, 362 p.**


Marc-Eric Gruénais

La médecine, à l'évidence, a toujours été productrice de normes. La prise en compte des déterminants de santé, aujourd'hui à partir de l'épidémiologie, par des approches qualifiées de "santé publique", pour améliorer l'état de santé des populations se situe, par définition, dans cette perspective normative. Comme le montre très bien H. Hudebine en comparant les positions françaises et anglaises à l'égard de la toxicomanie, les approches de santé publique peuvent être multiples. Toujours à propos de la toxicomanie, A. Lovel, analysant le jeu complexe des pratiques des usagers de drogue, illustre les tentatives d'une mise en forme et en pratique d'une réflexion orientée vers la "réduction des dommages" (pour l'usager de drogue) qui tente de s'éloigner de la normativité inhérente à l'approche risque. Les mesures de santé publique s'inscrivent toujours, peu ou prou, au sein d'une tension entre un modèle libéral valorisant la responsabilité individuelle et une gestion autortaire holiste de contrôle des individus, comme le souligne M. Calvez. Néanmoins, toute tentative de généralisation ne doit pas faire oublier l'existence de positionnement différents de santé publique selon le type de problème de santé envisagé (infection par le VIH, toxicomanie), selon le pays, mais aussi selon l'époque. Les articles de L. Berlivet et de J.P. Gaudillère apportent ici des éclairages utiles sur l'évolution de la notion de risque dans l'histoire de l'épidémiologie depuis la fin du XIXe siècle, pour le premier, et sur les décalages successifs de la notion de causalité, pour le second, depuis le risque mis en rapport avec des prédispositions familiales jusqu'à la "génétisation" des étiologies et à la médecine prédictive aujourd'hui. Cette diversité, dans le temps et dans l'espace, J.P. Dozon tente de la systématiser en identifiant quatre modèles de prévention : modèle magico-religieux, modèle de la contrainte profane, modèle pastoren, et modèle contractuel, ces différents modèles n'étant pas exclusifs les uns des autres.

A ces raffinements successifs en rapport avec la notion centrale de risque, à des approches de santé publique complexes et hétérogènes semblent venir s'opposer des généralisations massives, voire hâtives dès lors que l'on s'intéresse aux populations du Sud. C'est ce que montre bien l'article de L. Vidal à propos de la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire. Alors que le savoir épidémiologique crée de l'incertitude, sont proposés des discours simplificateurs, voire simplistes, à destination des personnes exposées et pour lesquelles les discours techniques ne répondent pas aux demandes. Cette tendance à la simplification, on la retrouve aussi dans les travaux de Tobie Nathan que critique J. Andoche, qui souligne notamment combien T. Nathan s'est éloigné de la perspective de l'ethnopsychiatrie complémentariste de Devereux dont il se réclame, et apparaît bien davantage comme un "médiateur ethno-clinicien" dont l'intervention est guidée par des présupposés globalisant sur la position de l'immigré face à sa culture.

La "culturalisation" des problèmes de santé, lorsqu'il s'agit de parler des sociétés différentes, équivaut, pour D. Fassin, à la négation du statut politique de l'Autre. Et face à un problème comme la drépanocytose, qui affecte de manière privilégiée les populations noires et donc qui prête facilement le flanc aux interprétations culturalistes, D. Bonnet propose de développer un "conseil génétique" non fondé sur les considérations ethniques. Dès lors, s'agissant par exemple de la progression de l'infection par le VIH en Afrique, les explications culturelles, voire même sociologiques sont insuffisantes : "ni les habitus culturels, ni le multiparenariat, ni la condition de dépendance des femmes, ni la pauvreté en tant que telle, ni même la possible sous-estimation de la transmission sanguine ou des déficits nutritionnels, ne sauraient suffire, pris ensemble ou isolément, à expliquer semblables évolutions", écrit J.P. Dozon. Il poursuit en faisant remarquer que les débats sur l'accessibilité des antirétroviraux dans les pays du Sud obligent désormais à considérer d'autres moyens de lutte que la prévention et l'information, et invitent à s'interroger sur les questions d'organisation.

La conclusion de J.P. Dozon et D. Fassin fait écho à un des articles de D.Fassin qui figure dans la première partie de l'ouvrage qui considère que la santé publique se situe constamment entre utopie et idéologie et est gouvernée par des choix moraux. Au terme du livre, les éditeurs proposent notamment de dépasser le dilemme d'une santé publique tiraillée entre la production de normes et la prise en compte des exceptions culturelles grâce à une anthropologie de la santé qui s'interroge sur les conditions effectives d'un droit à la santé. Lourde tâche à laquelle devra se livrer l'anthropologie sociale, surtout face à la diversité des problèmes et des approches soulignée par les articles de cet ouvrage et dont le titre, "Critique de la santé publique", qui pourrait faire croire à l'existence d'une discipline unifiée, rend mal compte.

 ***Imaginaires politiques et pentecôtismes (Afrique/Amérique latine), sous la direction de André Corten et André Mary, Paris, Karthala, 2000, ISBN 284586163, 368 p.***

Marc-Eric Gruénais

Cet ouvrage sur les pentecôtismes africains et sud américains qu'ont édité A. Corten et A. Mary constitue un travail particulièrement important, de type encyclopédique. Il se caractérise incontestablement par une unité de ton, ce qui n'est finalement pas si courant aujourd'hui dans les ouvrages collectifs : tous les articles adoptent une perspective historique ; tous traitent de la diabolisation et partant du devoir de moralisation des contextes contemporains que s'attribuent ces mouvements ; tous évoquent par ailleurs, bien évidemment, les relations entre les pentecôtismes et l'espace du politique, voire l'espace public.

Cette unité de ton fait notamment ressortir combien il est difficile, voire impossible, d'évoquer **une** Eglise pentecôtiste. Les expressions et les mises en forme de "l'effusion de l'esprit" susceptible de s'exprimer dans tout un chacun indépendamment de tout clergé, qui caractérise le pentecôtisme, sont plutôt à envisager comme une "mouvance" ou une "nébuleuse", d'où l'utilisation du pluriel (les pentecôtismes). C'est sans doute au Brésil (comme le montre les articles de V. Boyer, P. Freston, et A. Pedro Oro) que la diversité de cette mouvance est la plus importante.

Si, d'un point de vue "théologique", les pentecôtismes se distinguent peu les uns des autres, leur dynamique est difficile à cerner dans l'espace tant, aujourd'hui, le nombre de mouvements est important, y compris au sein d'un même pays, et tant leur recrutement semble diversifié : des plus démunis, comme en Haïti (A. Corten), aux plus nantis, tout le monde adhère. Cette mouvance pentecôtiste est aussi délicate à cerner dans le temps : les protestantismes co-existent avec des "pentecôtismes historiques", bientôt concurrencés par le Renouveau charismatique (d'origine catholique) ; au Brésil, des néo-pentecôtismes se sont développés sans pour autant que l'on puisse identifier un mouvement unitaire. Au Venezuela (A. Pollak-Eltz), on rencontre un pentecôtisme des riches et un pentecôtisme des pauvres ; en Afrique du sud, les communautés blanches et noires ont chacune le leur (A. Anderson). La dynamique pentecôtiste semble venir déjouer toute tentative de périodisation ou de typologie. Face à ces pentecôtismes qui co-existent dans les mêmes villes, il est sans doute un peu réducteur, comme le fait René Devisch, de tout vouloir faire entrer dans la catégorie homogénéisante "d'églises de guérison" s'agissant de la situation de Kinshasa.

L'ensemble des articles souligne combien la mouvance pentecôtiste accompagne la définition de figures du pouvoir : elle participe à la construction du "big man" au Burkina Faso (P.J. Laurent), elle s'insinue dans les processus de production de l'homme accompli chez les Kikuyu du Kenya (I. Droz), elle est aussi mise en forme de la violence des discours et des actes au Gabon par des processus de diabolisation (A. Mary).

Les pentecôtismes se dressent comme force politique notamment au Mexique (C. Garma Navarro), au Guatemala (S. Pedron-Colombani), au Costa Rica (J.P. Bastian), mais aussi en Afrique, par exemple en Ouganda (P. Gifford), face à la toute puissance des "Eglises historiques" que sont le catholicisme et le protestantisme. Mais c'est une force politique très peu contestataire : prônant le salut individuel, la théologie de la prospérité, les pentecôtismes diffusent des discours normatifs, conservateurs voire réactionnaires qui viennent parfaitement épouser les positions des dirigeants politiques, comme au Bénin (A. de Surgy) ou en Argentine (P. Seman et D. Miguez). Le lecteur peut alors être amené à déduire de l'ensemble de ces analyses que les pentecôtismes contribuent efficacement à renforcer les stratifications sociales (entre riches et pauvres, Blancs et Noirs, malades et bien portants, dominants et dominés, etc.). Encyclopédie des pentecôtismes en Afrique et en Amérique latine, donc, cet ouvrage est parcouru par une thèse que A. Corten et A. Mary précisent dans leur introduction : "Notre thèse est que le discours pentecôtiste tire toute sa force de sa capacité à mobiliser ces deux imaginaires de l'espace public et des forces invisibles en les traduisant l'un dans l'autre et en inventant une nouvelle syntaxe" (p. 17).

📖 *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Evaluation de l'Initiative Onusida/ministère ivoirien de la santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux*, sous la direction de Philippe MSELLATI, Laurent VIDAL, Jean-Paul MOATTI, Paris, Agence nationale de recherche sur le sida (col. Sciences sociales et sida), 2001, ISBN 2910143171, 327 p.

Marc-Eric Gruénais

La publication de cet ouvrage, d'une assez grande technicité, doit être saluée. Il est en effet peu courant, me semble-t-il, qu'un éditeur institutionnel, l'Agence nationale de recherche sur le sida, par ailleurs agence de financement de recherches sur le VIH/sida, lié à une opération d'un organisme des Nations Unies (Onusida), dans le cadre d'une opération aux enjeux considérables, l'accessibilité aux antirétroviraux, publie une évaluation sans concession, faisant état des erreurs, des errements, des redéfinitions en cours de projets, des interrogations sur l'incidence d'un projet ambitieux. Au départ de l'opération, on trouve une mobilisation des associations à partir de 1996, une volonté politique, affichée notamment par la France et la Côte d'Ivoire en 1997 à l'occasion de la Xème Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique, une mobilisation internationale à travers Onusida, et une innovation technique (les antirétroviraux). Il s'agit de rendre accessible les multithérapies aux personnes infectées par le VIH/sida en Afrique. Abidjan est alors choisi comme site pilote. Le premier chapitre retrace par le menu l'histoire du démarrage de ce qui est désormais connu sous l'appellation "d'Initiative Onusida" et met en évidence les difficultés d'un projet qui n'a pu démarrer qu'en 1998 ; il était prévu initialement que 4000 patients bénéficieraient de l'Initiative, en 2000, période à laquelle a été réalisée cette évaluation, seuls 2000 patients environ ont pu bénéficier de cette opération dans le pays le plus touché de l'Afrique occidentale francophone et qui compterait 1 million de personnes atteintes. Les modalités de sélection des patients bénéficiaires du projet "sur des critères biologiques peu sélectifs [laissait] un poids important à des appréciations ou facteurs extra-médicaux dans la régulation effective de l'accès au traitement". Rendre accessible les traitements suppose évidemment envisager la distribution des médicaments, et à cet égard, la création d'un organisme à but non lucratif devant faciliter les relations entre structures de soins et laboratoires pharmaceutiques fut un échec. L'évaluation montre globalement que l'Initiative n'a guère eu l'effet d'entraînement souhaité : les tests de dépistage n'ont guère été rendus plus accessibles, les personnels de santé non directement impliqués par l'Initiative ont continué de surestimer certains risques, les traitements des infections opportunistes sont restés peu valorisés, les structures de soins non directement concernés par l'Initiative n'ont guère prêté d'attention au projet. Avec beaucoup de lucidité, un des articles conclusifs précise que l'Initiative, qui a touché moitié moins de patients qu'initialement prévu "risque de faire dériver la logique [...] d'un projet pilote de santé publique, visant à modifier les conditions d'accès aux traitements à l'échelle de la population ivoirienne infectée par le VIH dans son ensemble, vers ce qui ne serait plus qu'une expérimentation limitée de la faisabilité de la mise sous trithérapie dans un contexte africain". Doit-on conclure à un échec ? Le dernier article de cette publication, tend à montrer qu'étant donné les différentes théories économiques actuellement disponibles, rapportées aux avantages et inconvénients, tant pour l'industrie pharmaceutique (eu égard au coût de recherche et développement) que pour l'économie

des pays, de faire baisser le coût des antirétroviraux, il pourrait être largement avantageux pour tous de rendre largement accessible les multithérapies dans les pays du Sud. De manière beaucoup plus triviale, de l'expérience de l'équipe pluridisciplinaire, qui associait anthropologues, historiens, économistes et épidémiologistes, qui a mené cette évaluation quelques conclusions peuvent être tirées. Tout d'abord, entre les espérances initiales d'un projet de développement et les résultats effectifs, la marge peut être importante, ce que l'anthropologie du changement social n'a de cesse de répéter. Que l'analyse sans concession de ce décalage puisse faire l'objet d'une publication d'une agence officielle est indéniablement à verser au mérite, évidemment des auteurs de l'évaluation (trop nombreux pour être tous cités), mais aussi de l'agence en question, l'ANRS. Qu'une évaluation conclut à l'absence de conclusion définitive est un autre mérite de ce travail. Néanmoins, en dépit de toutes les difficultés mises en évidence, cette évaluation autorise un optimisme mesuré : d'une part, les patients africains, y compris dans des conditions de vie très difficiles, peuvent être tout aussi "compliants" aux traitements que n'importe quels autres patients plus nantis ; d'autre part, aucune analyse économique ne permet d'argumenter sérieusement sur le coût trop important de la généralisation des traitements antirétroviraux pour les pays du Sud.

A LIRE

- Alvergne C.**, 2001, "L'aménagement du territoire en Afrique : un second souffle pour la décentralisation ?", *Villes en développement*, n° 54 : 2-3.
- Badru P.**, 1998, "International banking and rural development : the World Bank in Sub-Saharan Africa.-Aldershot", *Ashgate*, XI :127-142.
- Banegas R. et al.**, 2001, "RDC [République démocratique du Congo], la guerre vue d'en bas", *Politique africaine*, n° 84 : 5-146.
- Bibliographie n° 10 du CEAN**, 2001, *Swaziland, un royaume en Afrique australe, bibliographie thématique et commentée (1886-2000)*.
Résumé : Ce micro-État mérite l'attention qui lui a jusqu'ici fait défaut, ne serait-ce que pour permettre de mieux penser la modernisation des monarchies et la dépendance des micro-États. Le recueil constitue la plus importante bibliographie publiée sur le pays, avec **1241 références** allant des vieux écrits aux sites Internet, accompagnées de synthèses sectorielles et de considérations sur la recherche. Au-delà des références bibliographiques c'est un état de la recherche en sciences humaines et sociales sur le Swaziland. La lecture est facilitée par un index thématique et géographique. Résumé, sommaire, avant-propos en ligne sur le site du CEAN <http://www.cean.u-bordeaux.fr/pubcean/bib10.html>
- Blundo G., Olivier de Sardan, J-P.** (éds), octobre 2001, "La corruption au quotidien", *Politique africaine*, n° 83.
- Blundo G.**, 2001, "Négocier l'État au quotidien : intermédiaires, courtiers et rabatteurs dans les interstices de l'administration sénégalaise", *Autrepart*, n° 20 : 75-90.
- Blundo, G.**, 2001, " La corruption comme mode de gouvernance locale : trois décennies de décentralisation au Sénégal ", *Afrique contemporaine*, 199, 3^e trimestre : 106-118.
- Braathen E, Orre A.** 2001, "Can a patrimonial democracy survive ? : the case of Mozambique", *Forum for development studies*, n° 2 : 199-239.
- Harris N.**, 2002, *Thinking the unthinkable: the immigration myth exposed*, London, New York, I.B. Tauris, XX.
- Hebinck P., Verschoor, G.** (eds), 2001, *Resonances and Dissonances in Development. Actors, networks and cultural repertoires*, Assen, Royal Van Gorcum.
- Kaag M.**, 2001, *Usage foncier et dynamique sociale au Sénégal rural. L'histoire d'un bas-fond et de ses défricheurs*, Amsterdam, Rozenberg Publishers.
- Keita M.**, 2001, "Conceptualizing, re-conceptualizing Africa : the construction of African historical identity", *Journal of Asian and African studies*, n° 4, vol. XXXVI : 331-337.
- Lochak D.**, 2001, "L'humanitaire, perversion de l'Etat de droit", *Sciences sociales et santé*, n° 4, vol. 19 : 35-42.
- Marchesin P.**, 2001, *Les nouvelles menaces : les relations Nord-Sud des années 1980 à nos jours*, Paris, Karthala.
Extrait de la couverture : " Depuis le rendez-vous manqué du Nouvel ordre économique international, à la fin des années 1970, le Sud a du mal à trouver sa place dans les relations internationales. Et pourtant, même si le terme pose problème, le Sud, ou ce qui lui ressemble dans le contexte actuel de mondialisation, existe. Régulièrement, les relations Nord-Sud font la une de l'actualité. L'objet de cet ouvrage est de poursuivre l'analyse de ces relations là où, dans une large mesure, elle

a été arrêtée, à savoir depuis le début des années 1980. L'axe retenu est celui des nouvelles menaces. Durant ces vingt dernières années, le Sud a souvent été présenté comme une menace, ses " atouts " reposant essentiellement sur un " pouvoir de nuisance " (drogue, immigration, terrorisme, prolifération nucléaire...). S'il convient d'éviter de tomber dans le piège de l'exagération de ces nouvelles menaces - qui servent les intérêts bien compris de certains milieux occidentaux de la sécurité -, il n'empêche qu'elles traduisent à leur façon une réalité qu'il faut bien prendre en compte. Elles expriment les multiples réponses transnationales des sociétés du Sud mais aussi l'implication plus sournoise de leurs États face au défi du développement. Mais si le Sud apparaît ici comme le principal producteur de nouvelles menaces, il ne saurait être question de dédouaner les pays du Nord. Moins visible, plus hypocrite, la part du Nord, qui constitue souvent la face cachée des nouvelles menaces, n'est pas moins réelle. C'est l'occasion de dresser un bilan des relations Nord-Sud, relations ambivalentes construites à bien des égards sur le binôme attirance/répulsion. L'actuel regain du Nord-Sud se mesure aussi bien par la réapparition de certaines tensions que par l'émergence de nouvelles solidarités. Il pose la question de l'invention d'une autre forme de mondialisation conduisant à moins d'inégalités.

- Marcus George E.**, 1998, *Ethnography through thick and thin*, Princeton (USA), Princeton University Press, X.
- Neu D.**, 2001, *Evaluer : apprécier la qualité pour favoriser la décision : six notes pour contribuer à l'efficacité des évaluations*, Paris, GRET (Groupe de recherche et d'échanges technologiques).
- Olivier de Sardan J-P.**, 2001, "La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée", *Autrepart*, 20 : 61-73.
- Olivier de Sardan J-P.**, 2001, "Le "développement participatif" : n1 solution miracle n1 complot néolibéral", *Afrique contemporaine*, n° 199, juillet-septembre :148-156.
- Olsen G.R.**, 2001, "European public opinion and aid to Africa : is there a link ?", *The Journal of modern African studies*, n° 4, vol. 39 : 645-674.
- Rossi G.**, 2000, *L'ingérence écologique. Environnement et développement rural du Nord au Sud*, Paris, CNRS Editions.
- Sawadogo R.A.**, 2001, *L'Etat africain face à la décentralisation : la chaussure sur la tête*, Paris, Karthala.
- Sorbo G.M.**, 2001, "Aid and academia : an uneasy relationship", *Forum for development studies*, n° 2 : 309-327.
- Tallet B. (ed.)**, 2001, *Visages de l'Ouest burkinabé. Dynamiques spatiales d'un ancien front pionnier*, Grafigéo 15, Collection mémoires et documents de l'UMR PRODIG, Paris.
- Touret P.**, 2001, "Afrique : Etats démantelés et privatisations", *A l'Encontre*, n° 2, novembre : 19-28.
- Villers G. de, Omasombo Tshonda J., Kennes E.**, 2000, "République démocratique du Congo : guerre et politique : les trente derniers mois de L. D. Kabila (août 1998-janvier 2001)", *Cahiers africains*, n° 47-48 : 5-343.

Annexes

Appendix

SOMMAIRES DES NUMEROS PRECEDENTS

• BULLETIN N°1 - JUIN 1991 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).

La préhistoire de l'APAD, par J.-P. Olivier de Sardan - Pourquoi l'APAD? -L'anthropologie du changement social et du développement comme ambition théorique?, par J.-P. Olivier de Sardan -Les projets et les politiques de développement sont-ils des préoccupations légitimes de l'anthropologie?, par Th. Bierschenk. -Le dilemme connaissance/action le développement comme champ politique, par J.-P. Dozon -Administrateurs, développeurs et ethnologues en France: une mise en perspective historique, par J.-L. Amselle -Existe-t-il des demandes nouvelles émanant du secteur du développement à l'adresse des sciences anthropologiques?, par J.-P. Chauveau. -Qu'attendent les bailleurs de fonds des anthropologues? par C. Freud... et les rubriques. Vie de l'APAD (rapport des groupes de travail, programme des actions prioritaires de l'APAD pour 1991-1992), Euro-Afrique (Anthropologie et Développement dans quelques pays d'Europe et d'Afrique: Burkina Faso, Sénégal, Belgique, Allemagne), Agenda, Lu et à lire, Point de vue (La question du "statut du chercheur africain" comme discours stratégique, par L.-M. Sehoueto)

• BULLETIN N°2 - DÉCEMBRE 1991 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).

Réseau et langue de bois, par J.-P. Olivier de Sardan -Les Sciences et Techniques appliquées au Développement et l'Anthropologie, par J. Schmitz -L'expertise internationale en Afrique: le cas de l'expertise juridique sur les questions foncières, par E. Le Roy -Le projet APAD et le projet du peuple, par M. Singleton... et les rubriques: Vie de l'APAD, Journées de l'APAD (22-23-24 octobre 1992) Programme général -Initiatives locales: Réunions APAD à Bamako, Abidjan et Dakar -Groupes de travail: Anthropologie et sciences appliquées au développement -Euro-Afrique Anthropologie et Développement dans quelques pays d'Europe et d'Afrique. Mali (F. Koné), Burkina Faso (Y. Jaffré), Pays-Bas (G. Diemer) -Agenda, Lu et à lire, Point de vue (Le développement un et indivisible? en (re)lisant Latouche, par M. Singleton).

• BULLETIN N°3 - OCTOBRE 1992 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).

L'APAD au milieu du gué, par J.-P. Chauveau -Light, Rapid Rural Appraisal: des méthodes brillantes et légères, par A.S. Fall et A. Lericollais -Quelques réflexions sur la multiplicité des intervenants externes et la multiplication des organisations paysannes au Burkina Faso, par J.-P. Jacob -Le "modèle participatif" de développement rural est-il alternatif? par J.-P. Chauveau -Participation paysanne, discours et pratiques. Quelques réflexions sur le texte de J.-P. Chauveau, par Ph. Lavigne Delville -Les organisations paysannes. émergence et devenir, par D. Thiéba .. et les rubriques: Vie de l'APAD, Journées de l'APAD (22-23-24 octobre 1992), Nouvelles des réseaux nationaux de l'APAD: Sénégal, Burundi, Bénin -Euro-Afrique: Requiem pour l'ISH ou la fin de l'approche pluridisciplinaire institutionnelle au Cameroun, par F. Tchala-Abina -Éducation pour la santé et pratiques sociales, par Y. Jaffré -L'anthropologie et auto-promotion communautaire dans la région d'Itombwe, par Kaza Rutereza -Agenda -Bibliographie thématique: les organisations paysannes -Les "Apariens ont publié..." -Courrier

• BULLETIN N°4 - DÉCEMBRE 1992 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).

Où en est l'APAD? par J.-P. Olivier de Sardan -Journées de l'APAD, octobre 1992 "socio-anthropologie des organisations et associations paysannes": Du populisme bureaucratique dans l'histoire institutionnelle du développement rural en Afrique de l'Ouest, par J.-P. Chauveau -Le conflit dans l'"Entente". Coopération et compétition dans les associations paysannes de Kounghoul (Sénégal), par G. Blundo -Les organisations populaires du Rwanda: leur émergence, leur nature et leur évolution, par J. Nzisabira -Les organisations rurales au coeur de la transformation des campagnes africaines?, par J.-C. Devèze - synthèses des groupes de travail: Capital culturel, innovation sociale et gestion de l'innovation technique animé par M. Singleton, par H. Pagezy -Microsociologie des organisations: légitimité, participation, leadership; discours développementiste et pratiques des organisations, animé par R. Mongbo, par Ph. Lavigne Delville -Interactions entre groupements et organismes d'appui: stratégies, négociations, confrontations, manipulations et alliances, animé par J.-P. Jacob -Désengagement de l'État et montée de la société civile, animé par J.-C. Devèze, par Y. Guillerrou -Nouvelles des groupes de travail de l'APAD -Appel à la création du groupe thématique sur la santé et l'anthropologie de la santé, par Y. Jaffré - Nouvelles des réseaux nationaux de l'APAD -Le modèle de la coopération suisse, par A. Tonti -Lu et à

lire - Point de vue - Annonces de publications -Le bétisier -Courrier: Pour une sociologie du développement, par C. Girard

• **BULLETIN N°5 - JUIN 1993 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

Éditorial, par J Faye -Journées de l'APAD, octobre 1992 "socio-anthropologie des organisations et associations paysannes" (suite et fin): Interactions entre groupement et organisme d'appui: stratégies, négociations, confrontation, manipulation et alliances: cas du projet de développement du village de Madina Kouroulamini dans le cercle de Bougouni au Mali, Par Y. Touré -Le groupement villageois: un cadre de participation communautaire au développement ou un instrument de réalisation d'intérêts individuels et conflictuels, par R. Cocou Toussou -Journées de l'APAD 1994 (Bamako, Mali) Colloque sur le thème: "Les sciences sociales et l'expertise en développement" -Appel à contributions -Table ronde bailleurs de fonds-chercheurs-opérateurs de développement -Nouvelles des réseaux nationaux de l'APAD (Congo) -La conception du développement de la France coloniale en Afrique Noire: quelques réflexions à propos de l'APAD, par U. Schuerkens -Relations à distance des migrants et réseaux d'insertion à Dakar, par A S Fall -Les courtiers locaux du développement, par J.-P. Olivier de Sardan et Th. Bierschenk -Annonces -Point de vue -Courrier: L'APAD et les sciences économiques, par P -Y. Le Meur -Enquête. Les activités d'expertise en sciences sociales auprès des membres de l'APAD -Questionnaire en vue de la réalisation d'un nouvel annuaire de l'APAD -Formulaire de pré-inscription au colloque de Bamako.

• **BULLETIN N°6 - DÉCEMBRE 1993 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

Éditorial, par M. Singleton -Le développement comme champ politique local, par J-P. Olivier de Sardan -Un "mâle" nécessaire pour le programme de la Fédération Wend-Yam (Burkina Faso), par P-J Laurent -Quelques réflexions sur la recherche méthodologique liée aux opérations de développement, par P. Lefèvre -Colonisation, développement et sciences sociales: éléments pour une sociologie de la constitution du champ des "arts et sciences du développement" dans les sciences sociales francophones belges, par M. Poncelet -Évaluation des enjeux sociaux lors de l'implantation d'une coopérative d'épargne et de crédit au Mali, par Cl Rossi -Recherches qualitatives et quantitatives dans une thèse de démographie camerounaise, par S D. Yana -Programme du Colloque "Les sciences sociales et l'expertise en développement" -Annonces -Lus pour vous -Courrier: Prémices à une anthropologie du développement, vu du côté du Sud et vécu au quotidien, par Th Mai Manga Keita

• **BULLETIN N°7 - JUILLET 1994 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

Éditorial, par G. Diemer et E. Crowley -Les sciences sociales et l'expertise en développement. Communications présentées aux 3èmes journées APAD à Bamako (14-17 février 1994) -Première partie - Du paradigme perdu au paradigme ... retrouvé ? Pour une sociologie du développement orientée vers les acteurs, par N. Long -ECRIS' Enquête Collective Rapide d'Identification des conflits et des groupes Stratégiques..., par J.-P. Olivier de Sardan & Th Bierschenk -L'expertise en sciences sociales dans les projets d'aménagement hydro-agricoles, par I. Dia -Chercheur à la croisée des demandes, par C. Quiminal -Anthropologie et foresterie sociale: une exploration théorique, par H. van den Breemer, R. Bergh et M.J Vermeij -Le marché de l'expertise et la place du socio-anthropologue: le chercheur en sciences sociales en Afrique, par M. -Akam -L'expertise socio-anthropologique et la coopération technique, par R. Foster - Vie de l'APAD: Appel à communications du réseau "Cultures et identités culturelles" -P. Titu Nwel et M. Singleton -Compte-rendu du séminaire "Politique économique? Vous avez dit politique économique?" - N. Bako-Arifari, K. Fghoul, N. Perrot -Euro-Afrique. Que se passe-t-il en Allemagne? Le groupe de travail sur l'anthropologie du développement, par B. Kannen -Ateliers, colloques, appels d'offre -Revue et réseaux -Annonces -Lu et à lire -Compte-rendu de lectures.

• **BULLETIN N°8 - DÉCEMBRE 1994 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

Éditorial, par A.S. Fall et D. Koné -Les sciences sociales et l'expertise en développement. Communications présentées au colloque -Deuxième partie Bamako (Mali), 14-17 février 1994 -Faut-il des professionnels de l'expertise distincts des chercheurs? par Jean N. Engono - Le développement comme arène. implications pour l'évaluation des projets, par P. Lefèvre et P. Kolsteren -L'expertise à l'oeuvre: le cas de la coopération européenne en Bolivie, par A. Le Naëlou -Recherche sociale, solidarité et rapports de genre: réflexion à propos d'une étude sur les migrantes seerer à Dakar, par P. Simard, Y Pelchat, K. Tall Thiam -Appliquer l'anthropologie au domaine de la santé Entre recherche et expertise,

par M-É Gruénais -Socio-anthropologie d'une expertise: cas d'une évaluation externe d'un projet au Niger, par M Sani Sanda -Local management of common property Theory and practice of the common pastures in Morocco, par B Venema -L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le Sida: enjeux méthodologiques d'une rencontre, par L. Vidal -Le diagnostic institutionnel et la méthodologie du développement institutionnel l'expérience du projet d'appui aux ONG/USAID au Sénégal, par A. Paye Guèye et M Dieng -Vie de l'APAD, Nouvelles des groupes de travail -Euro-Afrique; Au forum des ONG, les femmes se mobilisent pour l'égalité, le développement et la paix, par C Cécilia -Annonces -Lu et à lire -Thèses, Résumés des thèses soutenues en anthropologie du développement

• **BULLETIN N°9 - JUILLET 1995 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

Éditorial, par J.-P. Olivier de Sardan -Appel à contribution aux journées de l'APAD (Stuttgart 1996) - Competition over jurisdictions and political manoeuvres in Niger, par C. Lund -Pratiques de la médiation dans le secteur informel à Dakar, par A.S. Fall & A. Mboup -Pour la construction d'un champ du développement rural, par D. Pesche -Petite histoire d'un grand mariage entre le néolibéralisme et le culturalisme, par P Labazée -Ex-père, expertise toi-même, par M. Singleton -Anthropologie parallèles: description d'une procédure d'Enquête Anthropologique Rapide, par J Bouyu -Vie de l'APAD; APAD Niger, APAD Bénin; APAD Côte d'Ivoire, APAD Congo, APAD Sénégal -Annonces -Lu et à lire -Thèses - Courrier

• **BULLETIN N°10 - DÉCEMBRE 1995 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

Éditorial, par G. Lachenmann - Appel à contribution aux journées APAD (Stuttgart 1996) -Boundaries, cohesion and seitching. On we-groups in ethnic national and religious forms, par G Elwert -Les Peuls, les Sénoufo et l'État au nord de la Côte d'Ivoire. Problèmes fonciers et gestion du pastoralisme, par Y. Diallo -Développement local, stabilité politique et décentralisation. L'exemple du Burkina Faso, par P.-J. Laurent -La recherche en sciences sociales au Dahomey et au Bénin: l'hégémonie du paradigme développementaliste, par Th Bierschenk et R. Mongbo -Les sciences sociales sont-elles utiles pour un projet de recherche-développement? Un opérateur de développement (le projet piscicole du Centre-Ouest, Côte d'Ivoire) face aux diagnostics accessibles, par M Oswald et F. Sanchez -Rapport sur le forum des ONG à Huarou du 30 août au 8 août 1995 -à l'occasion de la Conférence Mondiale sur les femmes à Pékin, par G Lachenmann -Vie de l'APAD; APAD Cameroun, APAD Côte d'Ivoire, APAD Mali, APAD Niger -Annonces; Cours en sociologie de développement et en anthropologie sociale -Lu et à lire -Thèses.

• **BULLETIN N°11 - MAI 1996 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

Éditorial, par Ph Lavigne Delville -Colloque International de l'APAD (Stuttgart Juin 1996); Objectifs et programme du colloque -Thème 1: La négociation des dispositifs techniques: Agrarian technologies as socio-technical hybrids. Food crop improvement and management of land and water in sub-Saharan Africa par P. Richards & G Diemer -How should the bunds be built?. Negotiating technologies for soil and water conservation in semi-arid South India par B Adolph -The genus *Oryza*: sources and uses of genetic variability by S. & L. farmers in Sierra Leone par M. S. Jusu -Thème 2. Les courtiers locaux du développement: Des courtiers ruraux pour le développement au Bénin par R.L. Mongbo -The role of local brokers in the development system. Experiences with "self-help projects" in East Africa par D. Neubert -Seu Néné, leader paysan à Massaroca (Bahia, Brésil): une trajectoire nordestine par E. Sabourin, J.-Ph. Tonneau & P. Caron -Leaders paysans et autorités religieuses comme courtiers du développement en milieu rural sénégalais par M. Salzbrunn -Mélanges: Per-diem et topping-up. Quelques enjeux de pouvoirs et stratégies dans un projet de santé au Mali, par T. Berche; Conférence internationale de Pékin..., Ôtez-moi d'un doute! par M. Mathieu; L'élaboration de la politique de décentralisation au Mali: des logiques plurielles, par J. Félix -Vie de l'APAD; APAD Mali -Annonces -Lu et à lire -Thèses.

• **BULLETIN N°12 - DECEMBRE 1996 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

Editorial, by Th Bierschenk -Colloque International de l'APAD (Stuttgart Juin 1996) Le développement négocié: courtiers, savoirs, technologies »Les courtiers locaux du développement" (1ère partie). De la gloire à la déchéance: histoire d'un courtier local en Côte d'Ivoire, par M. Koné- Le développement négocié: cas de Codebriwak à Talamanca, Costa Rica, par M. Laforge- Trajectoires d'une reconversion du militantisme associatif au courtage en développement: le cas de Timidria au Niger, par M Tidjani

Alou- Beyond 'Negotiation', challenges of participatory projects for the anthropology of development, by J. Gould- The rural concillor as development agent: an uneasy connection: a report from Senegal, by B Venema- Les courtiers locaux du développement. Synthèse, par P.-Y. Le Meur- Chronique scientifique, Colloques, Réseaux et Annonces- Lu et à Lire- Vie de l'APAD- Vers les Journées de l'APAD 1998 à Cotonou: Décentralisation, pouvoirs locaux et réseaux sociaux: lères réflexions sur le thème des Journées de l'APAD 1998- Développement local, stabilité politique et décentralisation: exemple du Burkina Faso, par P.-J. Laurent.

• **BULLETIN N°13 - MAI 1997 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

Editorial, by G. Diemer -Colloque International de l'APAD (Stuttgart Juin 1996) Le développement négocié: courtiers, savoirs, technologies "Technologies négociées" (2ème partie). Discours d'ouverture de la conférence de Stuttgart, par P. Hountoundji -Local knowledge and participatory technology development: Beekeeping in Ouélessébougou, Mali, by A. Gnâgi -Le plan d'aménagement de la lagune Aby-Tendo-Ehy, jeux et enjeux d'un développement négocié, par G. Kponhassia -Une production négociée de technologies de gestion de la fertilité des sols, une recherche-action au Bas-Bénin, par A. Floquet -Femmes rurales et innovations techniques: cas du projet Moulin au Mali, par B. Bérédogo -An ethnography of the social and cultural content of new methods of public sector crop improvement research aimed at resource poor farming. cowpea for african farmers, by S. Squires -Du changement sous contrôle: les recompositions de la filière élevage en Nouvelle-Calédonie, par M. Djama -Agritechology and anthropology: smallholder sprinkler systems in Zimbabwe, by G. Diemer -La fabrique sociale du poisson au sud du Mali, par B. Kassibo -Mélanges. Développement. connaissance, idéologie, par P.-Y. Le Meur -Soil, water, fish and forest, by G. Diemer -Chronique scientifique, Colloques, Réseaux et Annonces -Lu et à Lire -Vie de l'APAD -Vers les Journées de l'APAD 1998 à Cotonou: Décentralisation, pouvoirs locaux et réseaux sociaux: Appel à contribution, Invitation sur ce thème à la rencontre de Louvain-la-Neuve du 20 au 22 novembre 1997; La décentralisation au Bénin. aperçu sur la réforme et les recherches, par N. Bako Arifari.

• **BULLETIN N°14 - DECEMBRE 1997 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

Editorial "La décentralisation au Mali. Etat des lieux", par B. Kassibo -Processus de décentralisation au Mali et couches sociales marginalisées, par B. Bérédogo -Des dynamiques villageoises au service d'une "démocratie décentralisée" Le cas de Mali-sud, par J. Coll -Les micro-communes: expression de logiques locales, par Y. F. Koné -La décentralisation face à l'ordre ancien, par S. Koné -Mélanges. À quoi servent les sciences sociales dans les projets de développement rural? Points de vue d'un "Agent double", par Ph. Lavigne Delville -Chronique scientifique, Colloques, Réseaux et Annonces -Lu et à Lire -Vie de l'APAD -Vers les Journées de l'APAD 1998 à Cotonou: Décentralisation, pouvoirs locaux et réseaux sociaux: Compte-rendu de la rencontre de Louvain-la-Neuve du 20 au 22 novembre 1997, sur le thème "Pouvoirs locaux et décentralisation", par P.-Y. Le Meur.

• **BULLETIN N°15 - MAI 1998 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

Editorial "La décentralisation comme ambition multiple", par N. Bako-Arifari et P.-J. Laurent -"Les dimensions socio-économiques du développement local en Afrique au sud du Sahara: quelles stratégies pour quels acteurs?", par P.-J. Laurent et J.-P. Peemans -"Logiques de gestion publique dans la décentralisation sénégalaise: participation factonnelle et ubiquité réticulaire", par G. Blundo - "Décentralisation par le bas et participation clientéliste au Bénin", par P.-Y. Le Meur -"Chefs et projets au village (Niger)", par J.-P. Olivier de Sardan -"La décentralisation en Haïti", par V. Dornier -"La décentralisation et le destin des délégués de quartier à Dakar", par S. M. Tall -"L'enlèvement des réformes de l'administration locale en milieu rural africain. La difficile négociation de la décision de décentraliser par les États et les intervenants externes", par J.-P. Jacob -Chronique scientifique, Colloques, Réseaux et Annonces -Lu et à Lire.

• **BULLETIN N°16 - DECEMBRE 1998 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

Editorial, par G. Blundo & R. Mongo -Programme Journées APAD Cotonou 25-28 novembre 1998 -"La face cachée de la décentralisation", par R. Lemarchand -"L'Etat est-il soluble dans la société civile?", par P.-Y. Le Meur, T. Bierschenk & A. Floquet -"Décentralisation de la gestion foncière et "petits reçus"", par M. Koné & J.-P. Chauveau -"Organisations professionnelles agricoles et décentralisation", par M.

Bouy, J. Dasmère & F Loua – "Pratiques et perceptions d'un appareil étatique en voie de décentralisation", par C Anthoine – "Compétition des acteurs sociaux pour le contrôle du pouvoir et des ressources dans la commune rurale de Zégoua", par B Bérédogo – "Décentralisation et enjeux politiques", par Hassane Dramé – "Décentralisation, réseaux sociaux et privatisation de la violence", par D. de Lame – "Décentralisation et rapport global-local", par N: Bako-Arifari – "Décentralisation et pouvoirs locaux", par G Blundo – "Décentralisation, services de développement agricoles ruraux et affaires sociales", par P-J Laurent – "Décentralisation, migrations et identités", par R. Mongbo – "Quelques réflexions autour de la décentralisation comme objet de recherche", par J-P. O. de Sardan. - Vie de L'APAD: Rapport moral, par T. Bierschenk – Rapport financier, par N: Bako.Arifari – Compte-rendu de l'assemblée générale, par P-Y. Le Meur -Vers les prochaines journées de l'APAD: Appel à contribution pour le séminaire de Dakar (janvier 2000).

• **BULLETIN N°17 – JUIN 1999 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

-Éditorial, Par Jean-Pierre Olivier de Sardan ; -Les services de santé "pour de vrai" Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey), par Yannick Jaffré -Le sida en Afrique, un objet politique?, par Marc-Eric Gruénais, Karine Delaunay, Fred Eboko, Eric Gauvry, -Projets de santé et prévention en milieu dogon du Mali, par Sidiki Tinta -Pharmacies des villes, pharmacies "par terre", par Yannick Jaffré; -"L'accouchement c'est la guerre" - De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien, par Jean-Pierre Olivier de Sardan, Adamou Moumouni, Aboubacar Souley, -Aperçu sur un système de soins - Le cas de Mbandjock, par Nicolas Montellet; - Décentralisation et développement local, par Jean-Pierre Olivier de Sardan; - Jean-Pierre Jacob: entre a priori et tentative autoritaire, par Dominique Gentil, -L'empirisme idéologique de Dominique Gentil, par Jean-Pierre Jacob; -Décentralisation et développement local. Espace public, légitimité et contrôle des ressources, par Pierre-Yves Le Meur; Chronique scientifique / Scientific diary - Lu et à lire / Reviews of publications; -vie de l'apad / apad in action -Corruption, gouvernance et développement en Afrique. Proposition pour la création d'un nouveau réseau au sein de l'APAD, par Michel Ahohounkpanzon -A socio-anthropology of corruption in Africa. comparative perspectives' Panel to be held at the 42nd meeting of the African Studies Association, Philadelphia, November 99, 11-14th Call for paper by Thomas Bierschenk & Jean-Pierre Olivier de Sardan.

• **BULLETIN N°18 – DECEMBRE 1999 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

-Éditorial Par Cornelius Bayie Kamanda - Cameroon : The retrenched Workers of te Civil Service and Parastatals. Assessing the Needs for the forms, par Cornelius Bayie Kamanda - "Les "déflatés" du développement. De la tradition de dépendance à l'autogestion, par Edjenguèlè Mbonji - Les déflatés de la fonction public au Cameroun : du rêve de la réussite sociale au désenchantement. Étude de cas sur l'itinéraire des "déflatés" du Minrest, par Jean Nzhie Engono - Rethinking the Role of Integrity at Public-Private Sector Interface : Coherence or Confusion. Mapping a New Vision for Africa at the Dawn of a New Millennium, par John W. Forje - Building a Vibrant State-Civil Society in Cameroon; Facing the Changes of the New Millennium, par John W. Forje – Chronique Scientifique / Scientific Diary – Lu et à Lire / Reviews of Publication – Vie de L'APAD / APAD in Action : Rapport moral, par Thomas Bierschenk; Rapport Financier, par Nassirou Bako Arifari; Compte rendu de l'Assemblée Générale, par Pierre-Yves Lemeur; Compte rendu du Bureau, par Giorgio Blundo.

• **BULLETIN N°19 – Juin 2000 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

-Éditorial Par Abdou Salam Fall, Cheikh Guèye, Ibrahima Dia – Les interactions rurales – urbaines en Afrique de l'Ouest et Centrale, par Paul Pélissier – Transactions foncières marchandes dans l'ouest du Burkina Faso : vulnérabilité, conflits, sécurisation, insécurisation, par Mahamadou Zongo, Paul Mathieu – Le paradoxe Touba : une ville produite par des ruraux, par Cheikh Guèye – Manipulations foncières sur les zones dans les villes africaines, par Alphonse Yapi-Diahou – Circulation des biens et approvisionnement des villes, le raccourci par l'agriculture péri-urbaine et les rôles des femmes, par Cheikh Ba – Les commerçants et les transporteurs dans l'approvisionnement vivrier et la distribution à Douala, par Hacheu Emil Tchawe – Women and agro-processing in Africa : a case study of the state of women in fish smoking in the central region of Ghana, par E.L. Okorley, J.A. Kwarten – Dynamique des pouvoirs locaux liés à la gestion du Marché Central de Parakou, par Abou-Bakari Imourou – La personnalisation de l'impersonnel. Réflexion autour du commerce de l'igname à Cotonou, Bénin, par Jean

Adangudi – Intégration horticulture – élevage dans les systèmes agricoles urbains de la zone des Niayes (Sénégal), par Safiétou Touré Fall, Abdou Salam Fall, Ibrahima Cissé, Aminata Badiane, Cheikh Alassane Fall, Maty Ba Dialo.

• **BULLETIN N°20– décembre 2000 - 8 € (adhérents) 13 € (non adhérents).**

-Etudes de genre et développement, de l'archétype à la polyphonie, par Danielle de Lame - Structure par genre de l'enclassement trans-local de l'économie. Exemples d'Afrique de l'Ouest, par Gudrun Lachemann - Groupements de femmes rurale au Sénégal Espaces de liberté ou plates-formes pour le changement ?, par Joelle Piroux - Le beurre et l'argent du beurre. Intérêt et limites du concept "genre" dans les études préalables aux projets de développement, par Laurence Boutinot - Gender and Power in the Use and Management of Coastal Space and Resources in Saadani Village, Tanzania, par Rosemarie R.N Mwaipopo - Enduring passions · The fallacies of "gender-focused" development in Kenya, par Stella Nyacham-Okemwa - Genre et développement : bibliographie sélective, par Danielle de Lame - Chronique Scientifique/*Scientific Diary* - Lu et à Lire/*Reviews of publications* - Vers les journées de l'APAD 2002/*Towards the APAD congress 2002 in Leiden*

Collection APAD - KARTHALA "Anthropologie et Développement"

- Jean-Pierre Jacob et Philippe Lavigne Delville (dir.) 1994. *Les associations paysannes en Afrique. Organisation et dynamiques.* coéd. IUED (Genève). 311 p. 150 FF. (soit environ 22,87 €)
- Jean-Pierre Olivier de Sardan 1995. *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social.* 221 p. 150 FF. (soit environ 22,87 €)
- Jean-Pierre Darré 1996. *L'invention des pratiques dans l'agriculture. Vulgarisation et production locale de connaissance.* Préface de Jean-Pierre Chauveau. 220 p. 120 FF.(soit environ 18,29 €)
- Thierry Berche 1998. *Anthropologie et santé publique en pays dogon.* Préface de Jean-Pierre Olivier de Sardan. 232 p. 150 FF. (soit environ 22,87 €)
- Thomas Bierschenk, Jean-Pierre Chauveau & Jean-Pierre Olivier de Sardan (dir.) 1999. *Les courtiers en développement. Les villages africains en quête de projets.* 160 FF (soit environ 24,39 €)

Collection LIT VERLAG "APAD Studies in Anthropology and Development"

- Christian Lund 1998. *Land, Power and Politics. Land struggles and the Rural Code.* With a preface by Thomas Bierschenk. 272 p. 38,80 DM.(soit environ 19,84 €)
- Roch L. Mongbo 1999 (forthcoming). *The Appropriation and Dismembering of Development Intervention.* 304 p. 48,80 DM.(soit environ 24,95 €)
- Mark Breusers (forthcoming). *On the Move. Mobility, Land Use and Livelihood Practices on the Central Plateau in Burkina Faso.* 368 p. 69,80 DM.(soit environ 35,69 €)
- Pernille Sorensen, *Money is the True Friend. Economic Practice, Morality and trust among the Iganda Maize Traders in Uganda.* 216 p. 39,80 DM (soit environ 20,35 €)

Composition du bureau de l'APAD / APAD Board Members

A.S. FALL (IFAN, CAD Univ., BP 206, Dakar, Sénégal) email: asfall@ smtp.refer.sn - **President**

I. DIA (ISRA, BP 240, Saint-Louis, Sénégal) email: ibradia@syfed.refer.sn - **Vice-President**

G. BLUNDO (EHESS, Centre de la Vieille Charité, F-13002 Marseille, France) email: blundo@ehess.cnrs-mrs.fr - *General Secretary*

M.-E. GRUENAI (IRD-SHADYC, 2 rue de la Vieille Charité, F-13002, Marseille, France) email: gruenais@ehess.cnrs-mrs.fr - *Deputy Secretary*

M. MATHIEU (EHESS, 2 rue de la Vieille Charité, F-13002, Marseille, France) email: Maloumat@aol.com - *Treasurer*

N. BAKO ARIFARI (IUED-Programme d'appui au développement de la santé, BP 233 Parakou, Bénin) email: pmpak@bow.intnet.bj

C. BAYE KAMANDA (Univ. Yaoundé I, BP 13179 Yaoundé, Cameroon) email: cogestion.iucn@camnet.cm

T. BIERSCHENK (Mainz Univ., Inst. for Ethnology und African Studies, Forum 6, D-55099 Mainz, Germany) email: biersche@mail.uni-mainz.de

B. KASSIBO (IRD, BP 2528, Bamako, Mali) email: cnrst@spider.toolnet.org)

D. DE LAME (Musée Royal de l'Afrique Centrale, Leuvensesteenweg 13, B-3080 Tervuren, Belgium) email: danielle.delame@skynet.be

P.-J. LAURENT (Univ. Cathol. de Louvain, Place Montesquieu 3, B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgium) email: laurent@anso.ucl-ac.be

P.-Y. LE MEUR (Mainz Univ., Inst. for Ethnology and African Studies, Forum 6, D-55099 Mainz, Germany) email: lemeur@mail.uni-mainz.de

C. LUND (International Develop. Studies, Bld. 51 Roskilde University, D-4000 Roskilde, Denmark) email: clund@geo.ruc.dk

R. MONGBO (CEBEDES BP 06-2564, Cotonou, Bénin) email: rmongbo@ intnet.bj

M. TIDJANI ALOU (Min. Affaires Etrangères et Coopération, BP 393, Niamey, Niger) mata@intnet.ne

APAD
Centre de la Vieille Charité
2, rue de la Charité – 13002 MARSEILLE France
tél : (+33) 04 91 14 07 77 – fax : (+33) 04 91 91 34 01
Courriel : apad@ehess.cnrs-mrs.fr

BULLETIN D'ADHESION (ou de réadhésion) APAD
APAD REGISTRATION FORM

Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie
du Changement Social et du Développement

Euro-African Association for the Anthropology of Social Change and Development

Nom / Surname:Prénom / Given Name:

Institution de rattachement / Organisation:

Fonction / Title:

Adresse professionnelle

Tél.: Fax:

E.mail:

Domaines d'intérêt / Areas of Expertise:

COTISATION ANNUELLE - ANNUAL SUBSCRIPTION

-39 € (1 Euro = 6,55957 FF - 1 Euro = 1,95583 DM - 1 Euro = 640,301 CFA (BCEAO))
Particuliers disposant d'un revenu mensuel supérieur à 762,25 € (5000 FF - DM 1.500)
/Institutions

Individuals with monthly revenue above 762,25 € (5000 FF - DM 1.500) and Institutions

-19 €

Particuliers dont le revenu mensuel est inférieur à 762,25 € (5.000 FF - DM 1.500)

Individuals with monthly revenue under 762,25 € (5.000 FF - DM 1.500)

-11 €

Etudiants (prière de fournir une copie de la carte) et personnes en situation financière difficile (sur demande adressée au secrétariat uniquement!)

Students (please provide card); people in financial difficulties (on request only!)

NB : Les cotisations minimum sont une forme de subvention pour les revenus les plus bas. Elles ne couvrent pas les frais d'édition et d'acheminement des bulletins.

REGLEMENT

Règlement par chèque bancaire de préférence en Euros (preferably by cheque) payable sur une banque française ou mandat postal (or by postal order) encaissable sans frais (compte CCP Marseille n°1072 26P (La Poste).

AUTRES PAYS / OTHER COUNTRIES

Mandat postal (by postal order) encaissable sans frais.

Tout règlement doit se faire à l'ordre de l'APAD et à l'attention de / to the attention of:

APAD

Centre de la Vieille Charité

2, rue de la Charité - 13002 Marseille - FRANCE

tél : +33 (0)4 91 14 07 77 - fax : +33 (0)4 91 91 34 01

Courriel : apad@ehess.cnrs-mrs.fr

APAD Bulletin

Herausgeber: Association Euro-Africaine pour
l'Anthropologie du Changement Social et du
Développement / Euro-African Association for the
Anthropology of Social Change and Development

Thomas Bierschenk;

Pierre-Yves Le Meur (éd.s.)

**Le développement négocié: courtiers,
savoirs, technologies / Negotiated
Development: Brokers, Knowledge,
Technologies**

Bd. 12, 1997, 176 S., 17,90 €, br., ISBN 3-8258-3234-1

Geert Diemer (éd.)

**Le développement négocié: courtiers,
savoirs, technologies (II) / Negotiated
Development: Brokers, Knowledge,
Technologies (II)**

Bd. 13, 1997, 192 S., 17,90 €, br., ISBN 3-8258-3026-8

Bréhima Kassibo (éd.)

**La décentralisation au Mali: état des
lieux / Decentralization in Mali: Current
Situation and Perspectives**

Bd. 14, 1998, 160 S., 17,90 €, br., ISBN 3-8258-3460-3

Nassirou Bako-Arifari; Pierre-Joseph
Laurent (éd.s.)

**Les dimensions sociales et économiques du
développement local et la décentralisation
en Afrique au Sud du Sahara / Social
and Economic Dimensions of Local
Development and Decentralization in
Sub-Saharan Africa**

Bd. 15, 1998, 176 S., 17,90 €, br., ISBN 3-8258-3960-5

Giorgio Blundo; Roch Mongbo (éd.s.)

**Décentralisation, pouvoirs sociaux et
réseaux sociaux / Decentralization, local-
level politics, and social networks**

Bd. 16, 1999, 216 S., 17,90 €, br., ISBN 3-8258-3972-9

Jean-Pierre Olivier de Sardan (ed.)

**Anthropologie de la santé / Medical
Anthropology**

Bd. 17, 1999, 184 S., 17,90 €, br., ISBN 3-8258-3973-7

Cornelius Bayie Kamanda (ed.)

**Itinéraires de "déflâtés" au
Cameroun / Trajectories of Cameroonian
Laid-off Civil Servants**

Bd. 18, 2000, 136 S., 12,90 €, br., ISBN 3-8258-4796-9

Abdou Salam Fall; Cheikh Guèye;

Ibrahim Dia (eds.)

**Les interactions rural-urbain: circulation
et mobilisation des ressources / Rural-urban
interactions: resources circulation and
mobilisation**

Bd. 19, 2001, 160 S., 20,90 €, br., ISBN 3-8258-4797-7

Danielle de Lame (ed.)

**Genre et développement / Gender and
development**

Bd. 20, 2002, 208 S., 20,90 €, br., ISBN 3-8258-4798-5

Anthropology and Development

edited by Thomas Bierschenk (Institut für

Ethnologie und Afrikastudien, Johannes

Gutenberg-Universität Mainz) and Jean-Pierre

Olivier de Sardan (Ecoles de Hautes Etudes en

Sciences Sociales, Marseille) for APAD

(Euro-African Association for the Anthropology of
Social Change and Development)

Christian Lund

**Law, Power and Politics in Niger
Land Struggles and the Rural Code**

The book analyses how the recent land tenure reform in Niger, aiming at clarification of property, caused the eruption of a massive number of conflicts. Through the detailed analysis of conflicts the book displays the complex institutional structure of dispute management and the ambiguous nature of the rules concerning to land rights. In particular, the book shows how competition over resources intertwine with institutional competition over jurisdiction in rural Niger.

Bd. 1, 1998, 272 S., 19,90 €, br., ISBN 3-8258-3405-0

Roch L. Mongbo / Frühjahr 2002

**The Appropriation and Dismembering
of Development Intervention**

Bd. 2, Frühjahr 2002, ca. 304 S., ca. 24,90 €, br.,
ISBN 3-8258-3406-9

Mark Breusers

On the Move

**Mobility, Land Use and Livelihood Practices
on the Central Plateau in Burkina Faso**

This book analyses the complex interplay between livelihood practices in northern Burkina Faso and diverse processes of geographic mobility, among which massive migration by Moose to the south and west of the country and to the Ivory Coast. Supported by extensive ethnographic data it is demonstrated how the flexibility of land

LIT Verlag Münster – Hamburg – Berlin – London

Grevener Str. 179 48159 Münster

Tel.: 0251 – 23 50 91 – Fax: 0251 – 23 19 72

e-Mail: vertrieb@lit-verlag.de – <http://www.lit-verlag.de>

Preise: unv. PE

tenure arrangements allows for and is fuelled by actors geographic mobility, how the meaning of migration and the way it is embedded in social organization changed over the last century, and how differential accumulation of cattle by migrants strains relations among Moose farmers and complicates the latter relations with Fulbe herdsman.

Bd 3, 1999, 456 S., 40,90 €, br., ISBN 3-8258-3941-9

Pernille Sørensen

"Money is the True Friend"

Economic Practice, Morality and Trust among the Iganga Maize Traders in Uganda

The Ugandan economy was once solidly based on the export of cash crops such as coffee and cotton. The economic crisis and the civil war in the 1970s and 1980s however profoundly changed the agricultural economy, and marketing of traditional cash crops was replaced by marketing of commercialized food crops. "Money is the true friend" deals with the emergence of de-regulated food markets for maize in Eastern Uganda. The focus is not marketing as such, but rather a new social and economic field for local traders demarcated by the involvement in three maize markets: the relief market, the Kenyan market and the domestic market. The central problem illuminated in the book is the relationship between the liberalization of food marketing and the development of a new social and cultural practice – a morality – for trading which is both shaped by and shapes the marketing opportunities for the participating traders.

Bd. 4, 2000, 248 S., 20,90 €, br., ISBN 3-8258-4393-9

Kristine Juul

Tubes, Tenure and Turbulence

The effects of drought related migration on tenure issues and resource management in Northern Senegal

Drought is often associated with crisis. Drought may, however, also be analysed as a disruption of conventional routines enabling actors to innovate herding techniques and alter existing power structures as in northern Senegal, where pastoral migration acted as a catalyst for technological innovation. The book focuses on the changes in access and control over water and pastures which were triggered by post-drought population movements and explores the micro-politics surrounding the allocation of grazing lands and watering and the changing configurations of power which have ensued.

Bd. 5, Frühjahr 2002, ca. 256 S., ca. 20,90 €, br., ISBN 3-8258-5673-9

Beiträge zur Afrikaforschung

herausgegeben vom Institut für Afrikaforschung

Heidi Willer; Till Förster;

Claudia Ortner-Buchberger (Hrsg.)

Macht der Identität – Identität der Macht

Bd. 5, 1995, 508 S., 45,90 €, br., ISBN 3-8258-2063-7

John W. Curtis

Opportunity and Obligation in Nairobi
Social Networks and Differentiation in the Political Economy of Kenya

Bd. 6, 1995, 176 S., 24,90 €, br., ISBN 3-89473-858-8

Chuma N. Himonga

Family and Succession Law in Zambia

Bd 7, 1995, 350 S., 24,90 €, br., ISBN 3-8258-2192-7

Mechthild Reh; Gudrun Ludwar-Ene (eds.)

Gender and Identity in Africa

Bd. 8, 1995, 240 S., 24,90 €, br., ISBN 3-8258-2199-4

Jacqueline Knörr

Kreolisierung versus Pidginisierung als Kategorien kultureller Differenzierung

Varianten neoafrikanischer Identität und Interethnik in Freetown/Sierra Leone

Bd. 10, 1995, 344 S., 30,90 €, br., ISBN 3-8258-2318-0

Doris Schmieß (ed.)

Changing Rural Structures in Tanzania

Bd. 11, 1996, 260 S., 24,90 €, br., ISBN 3-8258-2407-1

Kurt Beck und Gerd Spittler (Hrsg.)

Arbeit in Afrika

Bd. 12, 1997, 392 S., 30,90 €, br., ISBN 3-8258-3021-7

Stefan Reichmuth

Islamische Bildung und soziale Integration in Ilorin (Nigeria) seit ca. 1800

Bd. 13, 1998, 448 S., 24,90 €, br., ISBN 3-8258-3570-7

Elisabeth Boesen

Scham und Schönheit

Über Identität und Selbstvergewisserung bei den Fulbe Nordbenins

Die Arbeit handelt von den Fulbe Nordbenins, die als relativ seßhafte Rinderzüchter eine Minderheit innerhalb der bäuerlichen Gesellschaft der Region darstellen. Im Zentrum der Untersuchung steht die Frage nach den Formen individueller und kollektiver Selbstreflexion. Die Nordbeniner Fulbe verfügen nicht über die üblichen Formen des symbolischen Identitätsausdrucks, wie religiös-rituelle Handlungen, künstlerische Darstellungen, Historiographie – daß sie dennoch weder kunstlos noch Kult-los sind, macht die Studie von Boesen klar. Konstitutiv für die Identitätsvorstellungen der Beniner Fulbe ist ein spezifischer Begriff von

LIT Verlag Münster – Hamburg – Berlin – London

Grevener Str. 179 48159 Münster

Tel.: 0251 – 23 5091 – Fax: 0251 – 23 1972

e-Mail: vertrieb@lit-verlag.de – <http://www.lit-verlag.de>

Preise: unv. PE

Fremdheit. Fremdheit hat hier zwei Erscheinungsformen: Scham und Schönheit. Anders formuliert: Fremdheit wird in der Kunst des Sich-Verbergens und in der des Sich-Zeigens zur Anschauung gebracht. Nach einer kurzen Einführung in die Sozialstruktur der Fulbe-Gemeinschaften Nordbenins, in der besonderes Gewicht auf die Betrachtung der Handlungs- und Wahrnehmungsmöglichkeiten des Einzelnen gelegt ist, widmet Boesen sich der Darstellung von *pulaaku*, dem Wert- und Normensystem der Fulbe. Ihre Analyse macht vor allem deutlich, daß *pulaaku* nicht lediglich als ein kulturelles Symbolsystem verstanden werden darf, sondern ein praktiziertes Ethos von großer ästhetischer und emotiver Kraft darstellt, in welchem die öffentliche Darstellung und Erfahrung von Scham einen zentralen Platz einnimmt. Der dritte Teil ihrer Studie behandelt die besondere Verbindung, die im Fall der Fulbe zwischen Jugend und Schönheit besteht, und damit die expressive Kompetenz und die spezifische Symbolisierungsfunktion, die den Jugendlichen hier zuerkannt werden.

Bd. 14, 1999, 280 S., 24,90 €, br., ISBN 3-8258-4347-5

Roman Loimeier

Säkularer Staat und islamische Gesellschaft

Die Beziehungen zwischen Staat, Sufi-Bruderschaften und islamischer Reformbewegung in Senegal im 20. Jahrhundert. Viele arabische und afrikanische Staaten übernahmen nach ihrer Unabhängigkeit die säkular geprägten Staatsverfassungen, Verwaltungs- und Rechtssysteme der früheren Kolonialmächte. Diese Tatsache wurde insbesondere von islamischen Reform- und Oppositionsbewegungen kritisiert. Sie setzten sich für die Entwicklung einer islamischen Gesellschaftsordnung ein und waren zum Teil bereit, für dieses Ziel mit radikalen Mitteln zu kämpfen.

In Senegal ist es dem säkularen Staat seit der Unabhängigkeit jedoch gelungen, die islamischen Reform- und Oppositionsgruppierungen weitgehend ins politische Leben des Landes zu integrieren. Die Präsidenten Senghor (1960–1980) und Diouf (1980–2000) bemühten sich im Rahmen ihrer Innenpolitik zudem darum, die islamischen Reform- und Oppositionsgruppierungen zu instrumentalisieren, um den beträchtlichen gesellschaftlichen und politischen Einfluß der Sufi-Bruderschaften zu beschneiden.

In der Arbeit "Säkularer Staat und Islamische Gesellschaft" wird gezeigt, wie sich das Verhältnis zwischen säkularem Staat, islamischen Reformbewegungen und Sufi-Bruderschaften in der islamischen Gesellschaft Senegals im 20. Jahrhundert gestaltet hat und warum der senegalesische Staat

seinen säkularen Charakter nach der Unabhängigkeit nicht nur behaupten, sondern sogar noch verstärken konnte.

Bd. 15, 2001, 504 S., 40,90 €, br., ISBN 3-8258-5039-0

Gerhard Hesse

Händler, Soziale Distinktion und Sudanisierung

Die Jallabala und die Nuba Nordkordofans

Bd. 16, Frühjahr 2002, ca. 432 S., ca. 35,90 €, br., ISBN 3-8258-5890-1

Schweizerische Afrikastudien – Etudes africaines suisses

herausgegeben von der Schweizerischen Afrika-Gesellschaft (SAG)/édité par la Société suisse d'études africaines (SSEA)

Yvan Droz; Anne Mayor;
Lilo Roost Vischer (Hrsg./éd.)

Partenariats Nord- Sud/Forschungspartnerschaften

Werkschau Afrikastudien 3 – Le forum suisse des africanistes 3

Der dritte Band der Reihe "Le forum suisse des africanistes", herausgegeben von der Schweizerischen Afrika-Gesellschaft, ist dem Oberthema Forschungspartnerschaften zwischen dem Norden, hauptsächlich der Schweiz, und dem Süden, genauer Afrika, gewidmet. Die 23 zumeist jüngeren Autorinnen und Autoren unterschiedlicher Disziplinen befassen sich mit den Themenbereichen "Forschungspartnerschaften: Kontext und Beispiele", "Lokales Wissen und dauerhafte Entwicklung", "Gesundheit zwischen Verwaltung und lokaler Perzeption", "Fragen zur Politik" und "Grundlagenforschung zu Vergangenheit und Gegenwart". Hamady Bocoum, Direktor des "Patrimoine culturel du Sénégal", betont im Eingangsreferat den Zusammenhang zwischen wissenschaftlicher Partnerschaft und Globalisierung.

Bd. 3, 2001, 392 S., 30,90 €, br., ISBN 3-8258-5688-7

Schriften der Vereinigung von Afrikanisten in Deutschland

Peter Meyns (Hrsg.)

Staat und Gesellschaft in Afrika

Erosions- und Reformprozesse. Jahrestagung der VAD vom 28. – 30. April 1995 in Duisburg

Bd. 16, 1996, 552 S., 35,90 €, br., ISBN 3-8258-2461-6

LIT Verlag Münster – Hamburg – Berlin – London

Grevener Str. 179 48159 Münster

Tel.: 0251 – 23 50 91 – Fax: 0251 – 23 19 72

e-Mail: vertrieb@lit-verlag.de – <http://www.lit-verlag.de>

Preise: unv. PE

Heike Schmidt; Albert Wirz (Hrsg.)

Afrika und das Andere

Alterität und Innovation

Bd. 17, 1998, 408 S., 30,90 €, br., ISBN 3-8258-3395-x

Hans Peter Hahn; Gerd Spittler (Hrsg.)

Afrika und die Globalisierung

Aus dem Inhalt:

Entwicklung, Wirtschaft und Migration. Organisationskultur und interkulturelles Management in Afrika, *Erika Detmar*; Cultural Environment, *Olukunle Iyanda*; Wer ist dein Ndugu? Verwandtschaftsbeziehungen in einer tansanischen Fabrik, *Gundula Fischer*; Konsum, Bedürfnisse und materielle Kultur, *Hans P. Hahn und Gerd Spittler*; Kleidung, Eleganz und Macht in Zentralafrika, *Anna-Maria Brandstetter*; Das nubische Lehmhaus in der Savanne Kordofans, *Gerhard Hesse*; Mais-Insima und Milch – Ausdruck von Freiheit und Modernität. Konsumvorlieben in kultursoziologischer Interpretation, *Sabine Tröger*; Zur Ethnologie des Krieges, *Trutz von Trotha*; Genocidal Civil Wars and the Construction of Mythical-Histories: the View from the Great Lakes Region of Africa, *René Lemarchand*; Afrikanische Kriegsherren – Überlegungen zur Entstehung von Gewaltmärkten in präkolonialen und postkolonialen Afrika, *Michael Bollig*; Krieg und Kriegserfahrung im Luwero-Dreieck, Uganda, 1981-1986, *Frank Schubert*; Vom Krieg zum Frieden im Norden von Mali, *Georg Klute*

Bd 18, 2000, 528 S., 30,90 €, br., ISBN 3-8258-4363-7

Politics and Economics in Africa

Series Editors: Robert Kappel and Ulf Engel
(Universität Leipzig)

Jedrzez Georg Frynas

Oil in Nigeria

Conflict and Litigation between Oil Companies and Village Communities

"Oil in Nigeria is destined to become a standard reference work on the Niger Delta and a template for future legal studies. Its relevance extends beyond Nigeria and it deserves a wide readership." (African Affairs)

"An important study of the interplay among multinationals, local legal systems, and activists for human rights and the environment." (Foreign Affairs)

"I would highly recommend this book to everyone interested in understanding the complex story of the oil industry in Nigeria, the role of both the state and the oil companies and the impact of oil exploration on local communities in the Niger Delta." (Journal of Modern African Studies)

"The author's approach is lateral and the narratives made clear with illustrations and conclusions, are compelling and revealing." (Social & Legal Studies)

"This carefully researched book ... is of interest not only to specialists in Nigeria, but to anyone seeking to understand how international relations of diplomacy and business have adapted to the brave new world of privatisation." (Stephen Ellis, African Studies Centre Leiden)

Bd 1, 2000, 288 S., 25,90 €, br., ISBN 3-8258-3921-4

Ulf Engel

Die Afrikapolitik der Bundesrepublik Deutschland 1949 – 1999

Rollen und Identitäten

Gibt es angesichts der Vielschichtigkeit der afrikapolitischen Beziehungen Bonns eine übergreifende Klammer für die Interpretation der westdeutschen Afrikapolitik? Auf der Basis einer als "empirischer Konstruktivismus" bezeichneten Wissenschaftsmethode werden in dieser Arbeit vier Interpretationsdimensionen bemüht: Rollen, Normen, der Prozeß der Normenaneignung und das Verhältnis von Identität und Paradigmenwechsel. Dabei steht die Frage im Vordergrund, wie sich afrikapolitische Identitäten konstituieren, reproduzieren oder verändern. Einem Überblickskapitel zu den dominanten politischen Paradigmen der Bonner Afrikapolitik folgen Fallstudien zur Anwendung der Hallstein-Doktrin gegenüber Tanzania (1964–65), zur Beteiligung der Bundesrepublik an der UN-Sicherheitsratsinitiative 435 zur Lösung der Namibiafrage (1973–83), zur im Rahmen der Europäischen Politischen Zusammenarbeit betriebenen Sanktionspolitik gegenüber Südafrika (1985/86) sowie zur Politik in Zentral- und Westafrika unter den Vorzeichen regionaler französischer Hegemonie, mit besonderer Berücksichtigung von Togo (1956–67 bzw. 1991–94). Bd. 2, 2001, 344 S., 25,90 €, br., ISBN 3-8258-4709-8

Barbara Praetorius

Power for the People

Die unvollendete Reform der Stromwirtschaft in Südafrika nach der Apartheid

Seit Anfang der 90er Jahre steht die südafrikanische Stromwirtschaft vor der Herausforderung, sich an die neuen gesellschaftlich-politischen Bedingungen am Kap anzupassen. Reformbedarf ergibt sich sowohl aus den historischen Ungerechtigkeiten als auch den exklusiven, von der Apartheid geprägten politisch-institutionellen Strukturen. Bereits frühzeitig begannen die neuen gesellschaftlichen Akteure mit breiten Konsultationsprozessen, in denen nach Lösungen für die Unterelektrifizierung, Strukturängel und die fehlende Transparenz und Partizipation in der

LIT Verlag Münster – Hamburg – Berlin – London

Grevener Str. 179 48159 Münster

Tel.: 0251 – 23 5091 – Fax: 0251 – 23 1972

e-Mail: vertrieb@lit-verlag.de – <http://www.lit-verlag.de>

Preise: unv. PE

sektoralen Steuerung gesucht wurde. Die Autorin recherchierte diese Reformprozesse für die Zeit von 1990 bis 1999 während mehrerer Forschungsaufenthalte in Südafrika. Sie analysiert den Verlauf der sektoralen Koordinationsprozesse aus einer handlungstheoretischen Perspektive im Kontext des Systemwechsels zur Demokratie. Die Dynamik der sektoralen Verhandlungen lässt sich so aus dem Zusammenwirken von politisch-institutionellem Rahmen und dem strategischen Handeln politischer Akteure wie dem ANC, den Gewerkschaften, den Kommunen, den Regierungsinstitutionen und der Stromwirtschaft selbst erklären. Es zeigt sich, dass der zunächst formulierte Anspruch einer partizipatorischen und transparenten Entscheidungsfindung nur bedingt durchgehalten wird; er weicht vielmehr einer erneuten Zentralisierung der politischen Strukturen und Steuerungsmechanismen.

Bd. 3, 2000, 312 S., 25,90 €, br., ISBN 3-8258-4772-1

Ulf Engel; Robert Kappel (Eds.)

Germany's Africa Policy Revisited

There is a striking contrast between the role of Germany in sub-Saharan Africa as the second most important trading partner and bilateral donor of most African countries on the one hand, and the state of art on Germany's Africa policy in social science on the other. Almost 25 years after the last edited volume on Germany's Africa policy has been published – and with only two, three monographs worth mentioning having come up since –, the editors endeavour to critically review Germany's past Africa policy record and look at the challenges the united Germany is facing in sub-Saharan Africa at the beginning of the new millennium.

Bd. 4, Frühjahr 2002, ca. 224 S., ca. 20,90 €, br., ISBN 3-8258-5985-1

Afrikanische Studien

Gabriele Altheimer; Veit Dietrich Hopf; Bernhard Weimer (Hrsg.)

Botswana

Vom Land der Betschuanen zum Frontstaat. Wirtschaft, Gesellschaft, Kultur

Bd. 1, 2. Aufl., 1997, 350 S., 19,90 €, br., ISBN 3-88660-511-6

Ulrich van der Heyden; Achim von Oppen (Hrsg.)

Tanzania: Koloniale Vergangenheit und neuer Aufbruch

Bd. 7, 1996, 160 S., 15,90 €, br., ISBN 3-8258-2146-3

Werner Biermann

Tanganyika Railways – Carrier of Colonialism

An Account of Economic Indicators and Social Fragments

Bd. 9, 1996, 150 S., 19,90 €, br., ISBN 3-8258-2524-8

E. Adriaan B. van Rouveroy van Nieuwaal; Werner Zips (eds.)

Sovereignty, Legitimacy, and Power in West African Societies

Perspectives from Legal Anthropology

Bd. 10, 1998, 264 S., 19,90 €, br., ISBN 3-8258-3036-5

Beat Sottas; Thomas Hammer;

Lilo Roost Vischer; Anne Mayor (Hrsg./éd.)

Werkschau Afrikastudien – Le forum suisse des africanistes

Bd. 11, 1997, 392 S., 24,90 €, br., ISBN 3-8258-3506-5

Hans van den Breemer;

Bernhard Venema (eds.)

Towards Negotiated Co-management of Natural Resources in Africa

Bd. 12, 1999, 368 S., 25,90 €, br., ISBN 3-8258-3948-6

Lilo Roost Vischer; Anne Mayor;

Dag Henrichsen (Hrsg./éd.)

Brücken und Grenzen – Passages et frontières

Werkschau Afrikastudien 2 – Le forum suisse des africanistes 2

Bd. 13, 1999, 480 S., 25,90 €, br., ISBN 3-8258-4398-x

Fred Krüger; Georgia Rakelmann;

Petra Schierholz (Hrsg.)

Botswana – Alltagswelten im Umbruch

Facettes of a Changing Society

Bd. 14, 2000, 224 S., 15,90 €, br., ISBN 3-8258-4671-7

Deutsch-Madagassische Gesellschaft e. V.

(Hrsg.)

Madagascar: Perspectives de Développement

Croissance de la Population et Croissance

Economique contre Sauvegarde de la Nature

Bd. 15, 2000, 344 S., 20,90 €, br., ISBN 3-8258-4807-8

LIT Verlag Münster – Hamburg – Berlin – London

Grevener Str. 179 48159 Münster

Tel.: 0251 – 23 50 91 – Fax: 0251 – 23 19 72

e-Mail: vertrieb@lit-verlag.de – <http://www.lit-verlag.de>

Preise: unv. PE

LIT
ISBN 3-8258-6109-0