

LA LUTTE CONTRE LE SIDA AU CAMEROUN :
COLLUSIONS ENTRE PERSPECTIVES
INTERNATIONALES ET DYNAMIQUES D'UN ÉTAT
FRAGILE¹

FRED EBOKO* & CAMILLE RENAUDIN**

LE CAMEROUN SE singularise en Afrique par la précocité de sa réponse face à ce qui va devenir un véritable défi de Santé Publique. Cependant la lutte institutionnelle contre le Sida, sans cesse compromise par des dynamiques internationales qui la dépassent, va souffrir de nombreuses contradictions et aussi d'avancées inédites. Entre ces logiques dissonantes et des succès atypiques, l'inégale répartition sur le territoire national de la riposte, notamment en termes de prise en charge des patients et de sensibilisation, marque de manière abrupte l'ethos de la politique publique de lutte contre le sida au Cameroun : la dialectique externalité/appropriation de ce défi crucial pour ce pays qui n'a jamais aussi bien symbolisé le fameux slogan, « l'Afrique en miniature ».

I) DIACHRONIE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA AU CAMEROUN : 1985-2004

Depuis le premier cas de sida diagnostiqué au Cameroun à la fin de l'année 1985 jusqu'à ce jour où l'on le nombre officiel de cas recensés approche la barre du million, ce pays constitue, sur les plans

¹ Cet article est une synthèse actualisée des travaux de Fred Eboko et du mémoire de maîtrise de Camille Renaudin. Voir notamment EBOKO Fred, *Pouvoirs, jeunesse et sida au Cameroun. Politique publique, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Th. De doctorat : Science politique, CEAN IEP de Bordeaux, Un. Montesquieu Bordeaux 4, 2002, 489 p. ; et RENAUDIN Camille, *Prévenir et traiter le sida en Afrique, l'exemple du Cameroun*, Mémoire de maîtrise : Géographie, Univ. Paul Valéry Montpellier III, 2004, 140 p.

* Socio-politologue, chercheur à l'IRD, Bondy.

** Géographe, étudiante Master 2, « Acteurs et nouvelles territorialités », UFR Sciences Humaines et Sciences de l'Environnement, Université Paul Valéry, Montpellier III.

anthropologiques, politiques et médicaux, un champ de paradoxes. D'abord présenté comme un « miraculé » jusqu'à la fin des années 1980, du fait de son faible taux de séroprévalence par rapport aux autres pays d'Afrique centrale, le Cameroun connaît une progression exponentielle depuis le début de la décennie 1990. Bien que les autorités sanitaires aient anticipé sur l'épreuve annoncée en créant un premier comité de suivi en 1985, avant que le premier cas de sida ne soit formellement répertorié et malgré la précocité de la mise en place, en 1987, du Programme national de lutte contre le sida (PNLS) suivant les directives de l'OMS, le péril sanitaire recouvre aujourd'hui la réalité d'une crise épidémiologique dont atteste l'expansion du VIH/sida. En l'an 2003, on estimait à près de 12%² le pourcentage de la population sexuellement active (les 15-49 ans) atteinte par le virus. Notre article porte donc sur l'évolution de la lutte institutionnelle et non institutionnelle contre le sida au Cameroun avec une attention particulière pour les enjeux politiques, économiques et sanitaires majeurs concentrés dans la question de l'accès aux antirétroviraux.

L'accès aux molécules antirétrovirales et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida se sont hissés au cœur de la lutte contre le sida, laquelle fut pratiquement privée de tout débat local sur ce thème pendant près de quinze ans pour des raisons relatives au coût des médicaments contre le sida. Ainsi la politique et les modalités sociales de la prise en charge des patients concentrent à elles seules de multiples enjeux qui vont des contradictions des relations internationales aux inégalités de l'accès à cette prise en charge. L'historique de la lutte contre le sida au Cameroun induit des réseaux différents d'acteurs (*advocacy coalitions*). Cette périodicité peut ainsi se présenter en trois étapes ayant chacune un point d'orgue .

- 1985-1992 : une période de latence, la mise en place du Comité national de lutte contre le sida
- 1993-1998 : la pérennisation des réseaux biomédicaux et le turn-over au CNLS
- 1998-2004 : la problématique de l'accès aux soins et la pression internationale

A) 1985-1991 : UNE PÉRIODE DE LATENCE : LA MISE EN PLACE DU COMITÉ NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA.

En 1985, le Pr. Kaptué, alors à la tête de la Direction Générale de la Santé au sein du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) crée le

² Ce chiffre a été révisé à la baisse par l'Enquête Démographique et Santé (EDS, 2004) et est estimé à 5,5%. Les chiffres contenus dans cet article sont donc ceux qui avaient cours par ailleurs pour le CNLS camerounais et l'ONUSIDA avant cette enquête EDS

premier comité de suivi sur le sida. Suite à des tests pratiqués par le Centre Pasteur de Yaoundé sur des patients présentant des « suspicions »/symptômes cliniques de la maladie, le premier cas de sida est formellement diagnostiqué à la fin de l'année 1985.

Sur les directives du Global Program on Aids de l'OMS, les Etats africains mettent en place des Programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) dès 1986. Celui du Cameroun, naîtra en 1987 en même temps que son organe exécutif, le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS). Le Pr. Kaptué en prend « naturellement » la direction, secondé par le Dr Léopold Zékeng qui le rejoignit un peu plus tard au CNLS. Quelques priorités sont tracées : la mise en place d'une surveillance épidémiologique, les campagnes de sensibilisation, la formation de différents acteurs (sanitaires et sociaux comme « les pairs éducateurs ») pour des publics dits « cibles » : les jeunes, notamment les scolaires, les femmes dites « libres » (le nom pudique des « prostituées »). A la faveur de l'implication de différents organismes de la coopération bilatérale et multilatérale, puis de certaines organisations non gouvernementales l'action publique contre le sida trace des relations bijectives entre ces partenaires et des publics ou des actions ciblés. L'Etat *via* le CNLS/MINSANTE, coordonne ou avalise ces actions et programmes dont la multiplication et l'importance ont souvent dépassé ses capacités et prérogatives officielles en matière de coordination et de régulation.

B) 1991, UN POINT D'ORGUE : LA VII^E CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LE SIDA EN AFRIQUE (CISA).

La VII^o CISA tenue à Yaoundé en 1991 a été un point focal important de cette période de « latence » de la lutte contre le sida au Cameroun. Cette manifestation dont le maître d'œuvre fut le Pr. Kaptué, secondé par la Dr Zékeng a permis aux acteurs camerounais d'intensifier leur implication dans les réseaux transnationaux. En effet, la présence de chercheurs, de responsables d'organisations internationales et d'acteurs de la coopération bi et multilatérale a participé de l'ouverture du champ du sida au Cameroun à la configuration plurielle qu'appelaient les directives et les intérêts internationaux. La recherche scientifique (virologie, recherches cliniques, sciences sociales, etc.), la prévention et l'appel à la participation d'agents d'intermédiation sociale dans l'optique d'une plus grande sensibilisation ont provoqué des alliances multiples entre les acteurs locaux et étrangers. L'issue de cette conférence a par ailleurs produit une première déconnexion entre le CNLS et les dynamiques locales de la lutte contre le sida puisque le Pr. Kaptué et ses collaborateurs ont quitté la direction de ce comité sans que

leur implication sous d'autres formes n'en soit infléchi. Ce fut donc la naissance d'une multiplicité de réseaux dans les domaines cités plus haut³.

C) 1991-1998 : TURN-OVER AU CNLS, PÉRÉNNISATION DES RÉSEAUX BIOMÉDICAUX, ÉMERGENCE ASSOCIATIVE.

Le « turn-over » au sommet du CNLS a débuté à la suite de cette conférence. Le Dr Roger Salla Ntouna qui avait succédé à Lazare Kaptué a été recruté par la GTZ et affecté au Zimbabwe, avant d'être recruté à l'OMS. Il dirigea donc le CNLS jusqu'en 1993. De 1993 à 1994, l'intérim fut assuré par le Dr Marie G. Mbouni Essomba jusqu'à la nomination du médecin colonel Eitel Mpoudi Ngollé. De 1996 à 1998, période creuse au GPA de l'OMS, le CNLS fut confié à la direction de la santé communautaire. Dans l'intervalle, un nouveau ministre de la santé nommé à l'occasion du grand remaniement ministériel de décembre 1997, Pr. Gottlieb Monnékosso prit la décision que la présidence du CNLS serait désormais assurée par le ministre de la santé. Ainsi, la gestion technique (l'exécutif) fut confiée à un groupe technique central fondé par la même occasion. Malgré les changements de ministres, une relative stabilité au CNLS est apparue. Le GTC n'ayant connu « que » deux « secrétaires permanents », le Pr. Koula Shiro et le Dr Zékeng, nommé en 2002, puis remplacé en 2004 à la suite de sa nomination à l'ONUSIDA. La tentation de chaque nouveau ministre de la santé de « prendre le contrôle » du CNLS en nommant un nouveau président a été réduite grâce à la décision du Pr. Monnékosso puisque le ministre est de fait président du CNLS.

Cette période a aussi renforcé le travail des réseaux transnationaux de recherche scientifique constitués depuis les années 1990. Ils ont su résister au « turn over » du fait que chacun, en plus de l'implication constante de partenaires du Nord, ces réseaux bénéficient de la tutelle locale d'acteurs impliqués peu ou prou dans la lutte contre le sida de longue date. De fait, la situation camerounaise montre des résultats probants dans ce domaine scientifique par un schéma où les actions majeures et les découvertes importantes sont pratiquées non pas sous la direction du CNLS mais à sa marge, donc de manière excentrée vis-à-vis de l'Etat. Qu'il s'agisse des découvertes de différents sous groupes du sous type I du VIH (le VIH1) par

³ Voir, entre autres, les travaux de Fred Eboko, « L'Etat camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida », *Politique africaine*, n° 64, déc. 1996 . 135-145 , « L'organisation de la lutte contre le sida au Cameroun : de la verticalité à la dispersion » . 49-68. In GRUENAIIS Marc-Eric [dir], *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, Bull. de l'APAD, n° 21, 2001 ; « Pouvoirs, sexualité et risque-sida. La puissance de L'Etat en question au Cameroun » : 235-262 In COURADE George (éd.), *Le désarroi camerounais. L'épreuve de l'économie-monde*, Paris, Karthala, 2000.

le biais du Centre Pasteur de Yaoundé et de ses partenaires français de l'Institut du même nom, du succès scientifique, thérapeutique et médiatique de l'essai TRIOMUNE (IRD France, MSF Suisse, Hôpital militaire Yaoundé, etc.) ou encore des avancées en matière d'observance thérapeutique du projet pilote de mise sous trithérapies antirétrovirales initié par MSF Suisse (projet PARVY), c'est le même schéma qui est en œuvre. A savoir des collaborations d'une décennie entre Camerounais et Européens, en l'occurrence, ayant éprouvé et résisté sur le moyen terme (une décennie) aux arcanes d'une administration en crise, en impliquant des « agents doubles » (appartenant simultanément à ladite administration et à des projets de recherche décentrés de la tutelle étatique sans en être exclus).

Le domaine associatif a connu au cours de cette période une lente évolution. Les associations de lutte contre le sida, réparties de manière inégale sur le territoire national ont connu des durées de vie très brèves de manière générale et un renouvellement tout aussi rapide, à quelques exceptions près. Parmi elles, les associations de personnes atteintes sont passées de la solidarité et à un début de « collaboration » effective avec les autorités sanitaires. Pour autant, une seule d'entre elles a pu s'imposer dans cet univers pendant ces années 1990 : l'Association des frères et sœurs unies (AFSU). Comme l'ensemble du champ du sida, elle a connu (et, dans son cas, elle a subi) des modifications importantes à l'aune des années 2000 qui sont celles des ARV, de la baisse des prix et d'un début de politisation au forceps de la lutte contre le sida.

- **La prévention : un échec et un espoir.**

Il n'est sans doute pas possible d'aborder ces questions d'organisation de la lutte contre le sida au Cameroun sans mettre en exergue l'échec de la prévention dont atteste l'inexorable avancée de cette pandémie au Cameroun. De même, si les autorités sanitaires successives en charge de cette question depuis les années 1980 sont politiquement comptables de cet échec, il faut d'emblée souligner la solitude involontaire de ces médecins à qui il incombait de réaliser d'autres choses que la stricte médecine. En effet, en l'absence de groupes sociaux pouvant servir et nourrir les médiations sociales entre l'Etat et les « populations » en proie au risque lié à l'infection à VIH, les médecins camerounais n'ont pas eu en face d'eux des instances capables de traduire, répondre ou s'opposer à leurs discours. Ceux-ci étaient quelques fois contre-productifs en termes de santé publique et ont repris souvent des représentations populaires et persécutrices de la maladie, lesquelles abolissaient ostensiblement toute velléité de recours au dépistage volontaire. C'est une contradiction majeure mais peu évidente à première vue, de soutenir l'idée que certaines personnes diffusent « volontairement » la maladie et de demander au grand public de se soumettre à des tests de dépistage. L'idée de la criminalisation de la séropositivité, trop souvent présente dans les discours, en « haut » comme en « bas » de la société

camerounais s'oppose à l'idée cruciale que toutes les personnes vivant avec le VIH sont d'abord et surtout des victimes. Depuis le début des années 2000 cette contradiction tend à s'infléchir. Entre-temps, le recours au préservatif semble progresser même si son appréhension reste assez aléatoire et butte sur la représentation que les acteurs se font de la « moralité » de leur (s) partenaires, davantage que sur la connaissance du statut sérologique qui passe par les testes de dépistage qui souffrent de manière générale des maux que la lutte contre le sida au Cameroun : une faible démystification et une carence de la dédramatisation de la maladie.

Les chiffres sont les témoins cruels de l'échec de la prévention au Cameroun. Le taux d'utilisation des préservatifs, s'il a augmenté depuis 1998, reste faible puisqu'il n'est que de 23,5% dans la tranche d'âge des 15-24 ans selon une enquête de l'Unicef. Si cette augmentation témoigne d'une meilleure accessibilité financière au préservatif, grâce au Programme de Marketing Social du Cameroun (PMSC)⁴ qui vend ses préservatifs « Prudence » 25 FCFA la boîte de quatre, les ruptures de stock sont légion, et la disponibilité de ces préservatifs très variable selon que l'on est en milieu urbain ou rural.

Tableau 1.

Utilisation du préservatif au Cameroun par milieu de résidence en 1998.

Milieu de résidence	Femmes	Hommes
	%	%
Yaoundé/Douala	4,2	14,5
Autres villes	4,7	11,8
Ensemble urbain	4,5	13,1
Rural	1,1	6,2

Source : EDSC 98

Ce tableau révèle, à la fois la perception différenciée de la nécessité d'une utilisation des préservatifs selon le milieu de résidence (et donc de l'impact des messages de prévention), mais aussi du problème, dont témoignent tous les acteurs associatifs en charge du VIH/SIDA, de la disponibilité de ceux-ci, notamment en milieu rural.

II) L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS CONTRE LE SIDA : UN DÉFI DE SANTÉ PUBLIQUE DANS UN ÉTAT FRAGILISÉ

1°) La nouvelle vague des ONG/associations, la question des ARV et les conditionnalités politiques dans l'univers du sida

L'implication de l'ONUSIDA (installation d'un représentant permanent à Yaoundé en 2000), la pression des institutions de Breton

⁴ Initié par le Population Services International (PSI) américain.

Woods (FMI, Banque mondiale) et de manière plus générale le contexte international du début des années 2000 ont pesé d'un poids décisif sur la lutte contre le sida au Cameroun. Le PNLS est devenu le Programme multisectoriel de lutte contre le sida (PMLS) et les pistes tracées par le Pr. Monekosso ont été réaménagées à savoir la décentralisation, l'implication de tous les secteurs clés de la société, sous la pression de « d'urgence » imposée par les bailleurs de fonds. En échange de la présentation du Plan stratégique d'urgence contre le sida au Cameroun, présenté aux partenaires camerounais le 12 septembre 2000 par le premier ministre Peter Mafani Musonge, le Cameroun (le CNLS en l'espèce) a reçu une aide de 50 millions de dollars répartis sur 4 ans (du 30 juin 2000 au 31 décembre 2005).

Tableau 2 : prêts et décaissements estimatifs de la Banque mondiale pour le Programme multisectoriel de lutte contre le VIH/Sida (en millions de dollars US).

Exercice	2001	2002	2003	2004	2005
Annuel	7,50	10,00	12,50	13,00	7,00
Cumulé	7,50	17,50	30,00	43,00	50,00

Source : Banque mondiale, Document d'évaluation du projet multisectoriel de lutte contre le VIH/sida, République du Cameroun, 18 décembre 2000, Rapport N° 21420 HU/ Cité par F. Eboko (2002⁵).

De la même manière le GTC s'est orienté vers la décentralisation des activités de lutte contre le sida vers les dix provinces, sur la base des Groupes Techniques Provinciaux (GTP). Le travail des partenaires internationaux du Cameroun – y compris des ONG – et la faiblesse accrue de l'Etat camerounais en proie aux restructurations de tous ordres ont conféré au territoire camerounais un paysage d'actions entre l'atomisation et la forte centralisation sur la capitale Yaoundé. Le but des initiatives de décentralisation, dans cet Etat fortement centralisé, est justement d'assurer une meilleure répartition des offres de santé (prévention, prise en charge des patients, structures de soins, etc.). Dans ce registre les plans du PMLS recourent les mêmes objectifs et les mêmes difficultés que la mise en place des districts sanitaires dans ce que M.-E a appelé *Un système de santé en mutation*⁶.

La deuxième vague associative

Les associations de personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS) ont connu un nouvel essor sous la forme de l'émergence d'une nouvelle vague

⁵ EBOKO Fred, *Pouvoirs, jeunesse et sida au Cameroun. Politique publique, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Th. De doctorat, op. cit.

⁶ GRUENAIIS Marc-Eric, *Un système de santé en mutation*, op. cit. 2001

associative. Au déclin de l'AFSU, s'est vu opposer l'apparition d'une nouvelle catégorie d'acteurs, notamment des femmes. Les points de mire de la présence associative se sont simultanément décentrés, de Yaoundé vers Douala, et relevés du point de vue de la stratification sociale. En effet, entre l'AFSU d'hier à Yaoundé et l'association SUNAIDS d'aujourd'hui à Douala, il s'agit du passage d'une configuration à une autre. La première phase des années 1990 a consisté à lutter contre l'indigence matérielle à partir de laquelle l'AFSU a su construire des réseaux et promouvoir des ressources (formation de conseillers, liaisons avec des projets cliniques, recherche de moyens de survie sociale et médicale). La deuxième vague est issue surtout de jeunes femmes dont l'action semble plus velléitaire et la composition sociologique plus diversifiée (un niveau d'instruction et socio-économique plus élevé que l'effectif de l'AFSU). Les femmes séropositives de niveau social intermédiaire apparaissent au premier plan de cette nouvelle armature des associations avec des connexions fortes avec les ONG et partenaires extérieurs (GTZ, MSF, Act Up, Sidaction, etc.). Par ailleurs, l'absence d'associations de ce type dans plusieurs provinces du pays a conduit la GTZ en 2002 à créer ex nihilo des associations de personnes vivant avec le VIH dans toutes les provinces (44 associations réparties sur les 10 provinces en 2002). Les nouvelles associations semblent de plus davantage sensibles et regardantes en ce qui concerne les conditions de l'accès aux ARV notamment au sein des grandes entreprises nationales sises à Douala la capitale économique.

L'organisation de l'accès aux ARV : d'une logique décentrée à une implication politique

Trois décisions politiques et économiques importantes et une découverte scientifique⁷ ont répondu à la question des coûts des trithérapies au Cameroun depuis le début de la décennie.

- Le 4 avril 2001, à Yaoundé, le ministre de la santé publique de l'époque, M. Laurent Easo signait un protocole d'accord avec M. Lionel Laplace (Merck, Sharpe & Dore), commissionné pour représenter son laboratoire et quatre autres firmes pharmaceutiques. Ce protocole dont les modalités sont demeurées secrètes a abouti à une déclaration publique : à cette date le prix d'une trithérapie baissait de plus de 90% par rapport au prix coûtant. Entre-temps, l'Etat camerounais avait commencé à importer des médicaments

⁷ Voir LAURENT C., KOUANFACK C. *et al.*, 2004, "Effectiveness and safety of generic fixed-dosed combination of nevirapine, stavudine, and lamivudine in HIV-1 infected adults in Cameroon : open-label multicentre trial", *Lancet*, Vol. 364, July 2003 : 29-34.

génériques (par le biais du laboratoire indien Cipla), encore sous brevets, détenus par les laboratoires avec lesquels il a signé l'accord du 4 avril 2001.

- A la fin du mois de juillet 2002, un décret présidentiel annonçait une nouvelle baisse des prix des molécules antirétrovirales au Cameroun, assortie d'une baisse du coût des examens biologiques. Ainsi, avec un budget d'environ 15 000 FCFA/mois, un patient camerounais peut-il espérer être pris en charge et bénéficier d'une trithérapie.
- En décembre 2003, une dotation d'un peu plus de 90 000 dollars US du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria permettait au ministre de la santé d'annoncer une nouvelle baisse des prix des ARV et des examens biologiques. Ainsi pour une somme de 7000 FCFA environ les patients pourront officiellement accéder à une trithérapie antirétrovirale.

Pour autant, les antirétroviraux (ARV) avaient fait leur entrée au Cameroun depuis 1997 de manière « non organisée », en marge de la régulation et de la coordination du Comité national de lutte contre le sida (CNLS) (Bourgeois et Eboko, 1997). C'était déjà pour proposer un minimum de synergie et de sécurité à cet univers quasi anomique, que des médecins prescripteurs d'ARV avaient décidé en 2001 de mettre sur pied des comités thérapeutiques, à Douala, à Yaoundé et visaient à atteindre l'ensemble des dix provinces camerounaises. Par ailleurs, la première structure qui avait proposé une prise en charge de ses patients fut une société privée dès la fin des années 1990 (ALLUCAM, filiale de PECHNEY à Edéa, province du Littoral).

En 2002, on estimait que 2000 patients, répartis dans 18 centres, étaient sous ARV au Cameroun (Umubyeyi, 2002). Le Comité national de lutte contre le sida (CNLS) a donc épousé une dynamique multiforme plus qu'il ne l'a initiée, dans un champ où les partenaires internationaux sont nombreux, des agences de coopération bilatérale et multilatérale aux laboratoires pharmaceutiques. Depuis la fin de l'année 2000, le PNLS a cédé sa place à un Programme multisectoriel de lutte contre le sida (PMLS), sous le double contrôle de l'ONUSIDA et de la Banque mondiale. La configuration de l'accès accru aux traitements par ARV permet d'envisager la lutte contre le sida au Cameroun suivant une problématique de réappropriation de « l'international » par « le local », dans la continuité des travaux que nous avons menés depuis quelques années (Eboko, 1996 ; 1999a ; 1999b ; 2001 ; 2002a ; 2002b).

Dans un tel contexte, cette partie de la recherche vise à circonscrire les différentes logiques sociales et politiques de ce « désordre apparent » : des acteurs étatiques aux patients, du « haut » vers le « bas ». En commençant par les organisations internationales (OMS et ONUSIDA à

Genève notamment) notre participation a pour but de décrire et d'analyser à plusieurs niveaux les logiques de réappropriation des enjeux internationaux par les acteurs et réseaux transnationaux en œuvre au Cameroun. Il s'agira ensuite de dresser un état des lieux des réseaux de prescripteurs initiés depuis 2001 au Cameroun ainsi que les modalités de prise en charge qui pourraient échapper à ces réseaux formels, dans un contexte de relecture de l'action publique au sein d'un Etat en recomposition. L'action de la première dame camerounaise relève pour sa part d'une lecture qui éprouve les frontières et les possibilités de passage du politique au parapolitique, de l'action publique aux ressources symboliques de la mobilisation contre le sida. A ce titre, ce sera une illustration de la nouvelle configuration de cette lutte à travers les trois associations que dirige Mme Chantal Biya au niveau local (la Fondation Chantal Biya – FCB, le Cercle des Amis du Cameroun – le CERAC) et international (les Synergies africaines contre le sida et les souffrances, ONG regroupant « les premières dames d'Afrique »)⁸.

Il s'agit de comprendre, dans le champ camerounais du sida, comment la localisation des relations internationales agit en différents pôles dont il est question de déterminer la place, les stratégies et les tactiques : l'Etat, les agences de coopération, les réseaux transnationaux occupés par les professionnels de la biomédecine impliqués dans cette lutte depuis les années 1990, les associations de patients en plein essor, les Organisations non gouvernementales (nationales et internationales). Le prisme de cette ambition empirique est constitué par l'accès aux soins, en particulier par l'accessibilité aux ARV confrontée à la question cruciale de l'observance thérapeutique. Une rétroaction envers les différents acteurs impliqués sera organisée sous l'égide du Comité national de lutte contre le sida, dans le but de favoriser les dynamiques de coordination des activités à cette lutte.

Si nous avons qualifié la pandémie du sida comme étant l'une des « formes contemporaines les plus achevées de la marginalisation économique et politique de l'Afrique »⁹, c'est qu'elle intervient dans un contexte de crise où le Cameroun a vu la quasi totalité de ses indicateurs sociaux et sanitaires chuter.

La dégradation du système sanitaire intervient de manière concomitante à l'apparition de nouveaux défis qui interpellent le secteur de la santé. En effet, c'est également en 1985 que le premier cas de sida est découvert au Cameroun, et la progression exponentielle fait de la maladie un problème majeur de santé publique aujourd'hui. En 1987, le taux de

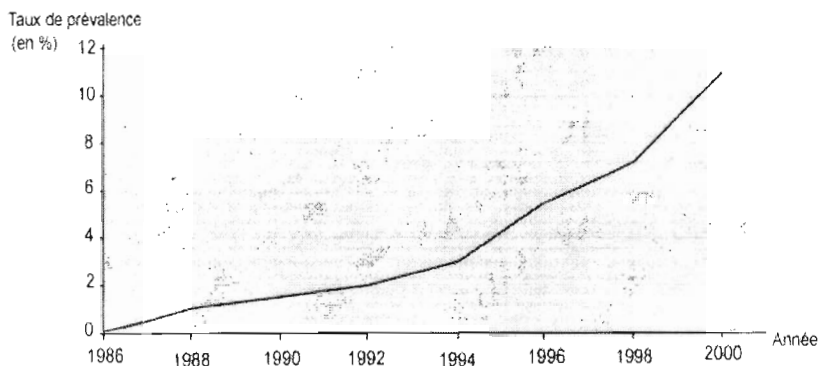
⁸ Voir EBOKO Fred, « Chantal Biya : « fille du peuple et égérie internationale », *Politique africaine*, n° 95, oct 2003 : 93-101.

⁹ EBOKO Fred, « Le sida en Afrique : l'exemple du Cameroun » : 47-80. In Gobatto Isabelle [dir.], *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, Paris, Karthala et MISHA, 2003, p 48.

prévalence est de 0,5%, et il augmente de façon particulièrement préoccupante passant à 2% en 1992 et à 11,8% en 2002, soit depuis la déclaration du premier cas de SIDA, un total cumulé de 35 000 cas déclarés en 2002, ce qui place le Cameroun au onzième rang mondial parmi les pays les plus touchés par cette pandémie. En 2002, le Cameroun comptabilise 920 000 personnes contaminées, dont 860 000 sont âgées de 15 à 49 ans. 500 000 d'entre elles sont des femmes, et 69 000 sont des enfants âgés de 0 à 14 ans. A la fin de l'année 2002, le « bilan » est douloureux : le sida emporte 53 000 personnes et génère 210 000 orphelins.

Graphique 1

EVOLUTION DU VIH DANS LA POPULATION SEXUELLEMENT ACTIVE AU CAMEROUN

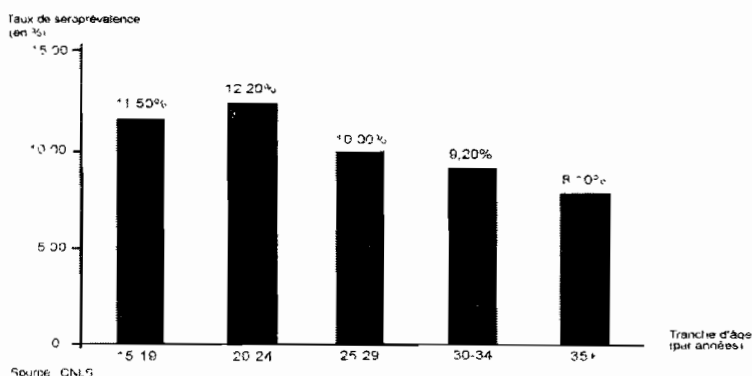


Source : CNLS

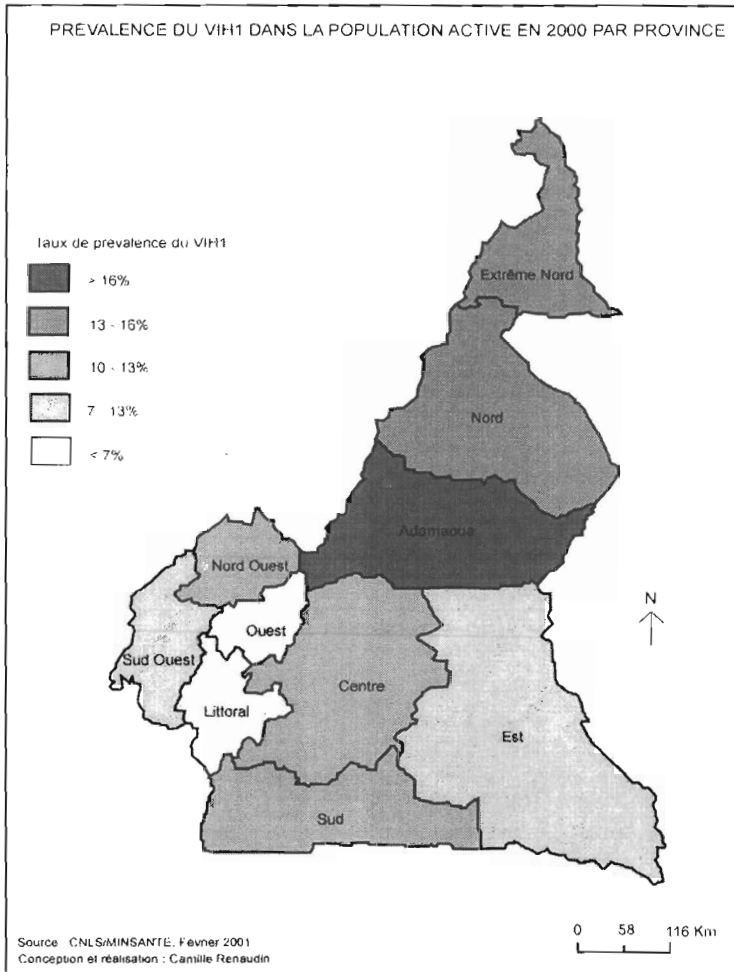
Ces chiffres sont sous-estimés en raison des difficultés dans le système de notification des cas. La séroprévalence du VIH dans la population sexuellement active était évaluée à 12% en 2003, soit 24 fois plus importante qu'en 1987. Près de 43% des personnes séropositives ont entre 15 et 34 ans.

Graphique 2

Prévalence du VIH dans la population sexuellement active par tranche d'âge en 2000 au Cameroun



Le sexe ratio parmi les personnes infectées est de 2 hommes pour 3 femmes. Dans environ 90% de cas, la transmission est hétérosexuelle lors de rapports sexuels non protégés. La transmission sanguine et celle de la mère à l'enfant représentent environ 10% des cas. Si certains groupes de la population sont jugés « à risque », voire stigmatisés - les femmes, les professionnelles du sexe (prostituées), les hommes en tenue (militaires, policiers et assimilés) et les migrants (camionneurs, transporteurs) - la pandémie touche indifféremment toutes les catégories socioprofessionnelles. Aujourd'hui, selon les estimations, le taux de prévalence serait de 12,7%. Mais à en croire les différentes ONG qui travaillent dans le champ du sida, ces chiffres seraient largement sous-estimés. Si la pandémie du sida « marque » une véritable « crise du développement » (MAE, 2001), c'est qu'elle entraîne une diminution qualitative et quantitative du capital humain, qui doit soutenir la croissance, et une dégradation de la santé de la population camerounaise.

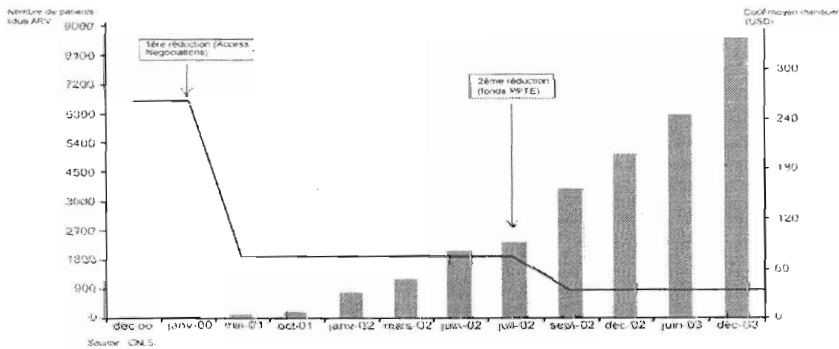


Selon le Ministère de la Santé Publique, 30 à 50 % des lits d'hospitalisation sont occupés par des malades du sida. Si l'on sait que le principal obstacle dans la prise en charge du VIH/Sida pour les personnes atteintes au Cameroun est celui de l'accessibilité financière au traitement Anti-Rétroviraux, 90 à 95% d'entre elles n'ayant pas ou peu accès au traitement, il est difficile de connaître le nombre de personnes qui ont accès au ARV. Selon le CNLS, il y aurait 8660 patients cumulés sous ARV à la fin de l'année 2003 (voir graphique), soit seulement 11% des personnes éligibles au traitement. Seulement, les acteurs de la lutte contre le sida sont nettement moins optimistes et estiment qu'ils seraient entre 5000 et 6000. Si les données concernant la prise en charge des patients sont rares (ou inexistantes ?), le coût moyen mensuel d'une trithérapie, de 22000 FCFA, et ceux des examens biologiques de suivi (en moyenne de 38000 FCFA pour la charge virale, et de 12000 FCFA pour la numération CD4/CD8) peuvent

néanmoins faire entrevoir l'ampleur des inégalités dans l'accès aux traitements. D'autant qu'il faut prendre en compte la prise en charge globale de la maladie, et donc par exemple le coût de la prise en charge des maladies opportunistes. Et ceci, dans un contexte où le partage du « risque maladie » est encore embryonnaire au Cameroun, puisque seule l'assurance-maladie privée (essentiellement en entreprise) parvient à couvrir moins de 1% de la population, et que les mutuelles de santé n'en sont qu'à un stade expérimental... Quelques personnes dépistées positives parviennent à s'engouffrer dans les cohortes de projets pilotes financés par des ONG ou des organismes multilatéraux, ou dans celles des essais thérapeutiques. Seulement les places sont rares, et la durée de ces projets souvent limitée. Une meilleure accessibilité financière aux traitements est un défi que le Cameroun tente de relever par le biais notamment du financement du Fonds Mondial qui baisserait le prix des ARV à 5000 FCA. Et si l'ampleur de ce défi peut donner des sueurs froides, il est d'autant plus complexe que le taux de résistance au traitement atteint désormais 20%, ce qui ne semble aujourd'hui préoccuper que les épidémiologistes.

Graphique 3

EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS CUMULES SOUS ARV (2000-2003)



Si l'aide internationale représente en moyenne 7% du financement global du secteur Santé au Cameroun (d'après les chiffres du MSP), la lutte contre le sida, priorité affichée par les bailleurs de fonds, bénéficie de fonds substantiels, quand ceux-ci sont décaissés... S'il est difficile de se procurer les chiffres concernant le coût et la participation internationale à la lutte contre le SIDA, le « Plan Stratégique de Lutte contre le Sida au Cameroun 2000-2005 » indique que le financement de la lutte s'effectue à 70% par les fonds de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE), à 20% par les différents partenaires bi et multilatéraux, et à 10% par le gouvernement Camerounais. Le Plan National de Lutte contre le Sida de 2000 à 2003 s'est chiffré à 130 141,7 millions de FCFA. Le Plan d'Action Budgétisé de Lutte contre le VIH/SIDA/IST du seul Secteur Santé s'élève quant à lui à 4 636 800 000 milliards de FCFA pour l'année 2004, soit près de 7,95% du budget

du Ministère de la Santé Publique (qui s'élève en 2004 à 58,295 milliards de FCFA). On l'a vu, dans un contexte de précarité financière, matérielle et humaine, la lutte contre le SIDA, plus qu'un défi semble être une véritable gageure au Cameroun...

III) LA LUTTE INSTITUTIONNELLE CONTRE LE SIDA

S'il est essentiel de situer l'avènement et l'évolution de la maladie dans le contexte social, politique et économique du Cameroun de l'époque, c'est que l'État camerounais, éprouvé par des crises diverses et soumis aux plans d'ajustements structurels du FMI depuis les années quatre-vingts, abandonnant progressivement les prérogatives régaliennes qui lui conféraient un certain pouvoir de redistribution, est appelé à réagir à cette épidémie.

Le CNLS sous influence extérieure

Dans ce contexte, la gestion de la question du sida au Cameroun, se singularise en Afrique Centrale par la précocité de la réaction de l'Etat face à cette épidémie. En effet, un comité de suivi sur le sida est créé en 1985 au ministère de la santé publique alors que le pourcentage de personnes infectées est quasi nul. Deux ans plus tard naît le Comité National de Lutte contre le Sida, chargé de coordonner la politique publique de lutte contre le sida sur le territoire national. Celle-ci va s'élaborer sous les directives uniformisées du Global Programme on Aids (GPA) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), par l'intermédiaire du Programme National de Lutte contre le Sida. De fait le PNLs, sous tutelle financière complète, intervient au sein de structures administratives et sanitaires frappées par les PAS imposés par les institutions de Bretton Woods. Si cette initiative obtient une réponse administrative *a priori* appropriée - et cette réponse n'est qu'administrative puisque la question du sida est absente des débats politiques - il n'en reste pas moins que la lutte institutionnelle ainsi élaborée souffre des contraintes de la verticalité des directives imposées par le principal bailleur (l'OMS) et de l'histoire balbutiante du CNLS chargé de sa coordination.

En 1988 s'ouvre, à l'instigation du GPA de l'OMS, le premier Plan à Moyen Terme (PMT1) qui s'achève en 1992. Le deuxième Plan à Moyen Terme devait couvrir lui la période 1994-1998. Durant ce laps de temps, la direction à la tête de l'Unité de Lutte contre le Sida (ULS), organe exécutif du CNLS, va changer 5 fois, révélant l'instabilité qui a prévalu au sein de cette structure d'autant que, d'après « la variable liée à la personnalité des autorités respectives qui ont successivement dirigé le Programme explique que chaque départ était aussi à bien des égards une inflexion de la mobilisation, si ce n'est un retour à la case départ ».¹⁰ Depuis 1998, le

¹⁰ EBOKO Fred, « Le sida en Afrique : l'exemple du Cameroun », op. cit. p 59.

Ministre de la santé, quel qu'il soit, est de facto le Président du CNLS. Cette mesure a réduit considérablement le turn-over au sein dudit comité puisque le Secrétaire permanent (le « chef de l'exécutif » du comité) est de fait placé sous la tutelle directe de son ministre qui n'a donc pas besoin d'en changer pour « contrôler » cette administration dans l'administration.

Durant cette période, la maladie connaît une croissance exponentielle puisque le taux de séroprévalence est passé de 0,5^o en 1987 à 6,5^o en 1998 dans la population générale. Si le Programme National de Lutte contre le Sida, dont le rôle essentiel consistait à élaborer des campagnes de prévention et de surveillance du sida, a connu quelques résultats satisfaisants notamment en ce qui concerne la sécurité transfusionnelle, l'échec n'en est pas moins patent pour ce qui est de la sensibilisation et de la prise en charge (psychosociale et thérapeutique) des personnes vivant avec le VIH/sida. Ainsi « la thématique catastrophiste assignée au sida, les difficultés de communication sociale envers le grand public et le déficit de coordination des activités de 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 »¹¹.

L'échec du GPA vis-à-vis de ses objectifs de départ, et la reconnaissance de la multisectorialité des incidences de la pandémie, conduisent à la création de l'ONUSIDA, regroupant différents organismes des Nations Unies¹² ainsi que la Banque Mondiale, qui remplace le GPA pour conduire la coordination de la lutte contre le sida à l'échelon international. Cette nouvelle conception internationale d'une lutte multisectorielle contre le sida impulse de nouvelles dynamiques au sein du CNLS, et en 1998 le PNLs change d'orientations et se dote d'un nouvel organe, le Groupe Technique Central (GTC), placé sous la responsabilité du Ministre de la Santé Publique, d'abord composé de quatre conseillers, puis de huit conseillers en mars 1999, qui supervisent et assistent huit chargés de mission. Les compétences de chacune de ces personnes représentent des domaines de la société (la recherche, les droits de l'homme et de l'éthique, les « femmes », les « jeunes », les « relations avec les partenaires », etc.) sur lesquels devaient en priorité porter l'action du CNLS. La création du GTC porte la volonté de placer son action dans la continuité puisque « le fait que la mise en œuvre du PNLs est depuis cette date inféodée à la tutelle de chaque nouveau ministre dispense celui-ci d'une volonté de contrôle du champ du sida qui se soldait à chaque fois par des changements à la tête du

¹¹ EBOKO Fred, « Le sida en Afrique : l'exemple du Cameroun », op cit, p 59

¹² L'organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation des nations unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation des nations unies pour l'éducation, la culture et la communication (UNESCO), le Fonds des nations unies pour le développement (PNUD), le Programme des nations unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID), le Fond des nations unies pour la population (FNUAP), l'Organisation internationale du travail (OIT).

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* aux ministres successifs.»¹³ Cette réforme souligne également une volonté d'autonomisation vis-à-vis des bailleurs de fonds et le fait que la première réunion de travail sur le sida, organisée par le PNLS sans l'incitation ni le financement des bailleurs de fonds, se soit tenue à Yaoundé en 1999, soit 12 ans après la création du PNLS, n'est pas anodin.

Cependant, ces velléités sont contrariées en 2001 par de nouvelles directives internationales qui, dans le cadre de l'initiative PPTE, imposent au gouvernement camerounais de rédiger dans son « Plan de lutte contre la pauvreté » un volet concernant la lutte contre le sida. Celui-ci doit être soumis à l'ONUSIDA et à la Banque Mondiale (celle-ci devant apporter de nouveaux fonds), et doit s'inscrire dans un « cadre global », c'est-à-dire comporter une approche « multisectorielle » (différente de celle conçue par la réforme de 1998) de la lutte contre le VIH/sida. Le Cameroun rédigera donc un premier « Plan stratégique d'urgence de lutte contre le sida », présenté le 12 septembre 2000 à la banque Mondiale et à l'ONUSIDA, qui subira ensuite plusieurs modifications pour aboutir *in fine* à la création d'un « Programme Multisectoriel de lutte contre le sida » (PMLS). Le PNLS cède donc sa place au PMLS, et les huit conseillers qui composent le GTC sont remplacés par huit nouveaux conseillers détachés des ministères concernés par « l'approche multisectorielle » prônée par les directives internationales. Ainsi l'expertise interministérielle remplace l'expertise sociale que la réforme de 1998 avait instaurée, remettant en cause cette dynamique interne et posant la question de la « mémoire administrative »¹⁴. Si la décentralisation du Programme National était un des objectifs principaux de l'ancienne équipe du GTC, elle se retrouve reléguée au rang des préoccupations secondaires. De plus, cette nouvelle armature interministérielle pourrait renforcer la centralité de la capitale, contrariant ses velléités de décentralisation. Le décaissement sur 3 à 5 ans de 50 milliards de francs CFA par la Banque Mondiale a sans doute justifié le sacrifice des acquis administratifs et techniques issus de la réforme de 1998.

Cependant, si l'on peut regretter ces injonctions internationales qui ignorent la construction de cette « mémoire administrative locale », l'appréhension plus globale de la pandémie du sida, et, par là même, la reconnaissance des différents changements économiques et sociaux qu'elle induit semble plus pertinente.

¹³ EBOKO Fred, « Le sida en Afrique : l'exemple du Cameroun », opus cit., p 62

¹⁴ EBOKO Fred, « Le sida en Afrique : l'exemple du Cameroun », opus cit. p 64

IV) LA FORCE CENTRIPÈTE DE YAOUNDÉ

Yaoundé, « la ville aux sept collines », bénéficie de son statut de capitale, qui en fait une ville privilégiée dans la lutte contre le sida, tant au niveau de l'offre de soins que dans la constellation des acteurs internationaux qui se concentrent sur son territoire.

L'offre de soins

Yaoundé, qui regroupe, à elle seule, 4 districts de santé, bénéficie d'une offre de soin inégalée, dans le sens où elle concentre la plupart des hôpitaux centraux du Cameroun (elle les partage avec Douala, la métropole économique), références au niveau national. Si la Stratégie Sectorielle de Santé stipule que les hôpitaux centraux disposent de leur propre budget, ils sont encore subventionnés par l'Etat à hauteur de 361 millions de Fcfa pour cette année.

Concernant les structures de prise en charge du VIH/Sida, Yaoundé totalise 7 Centres de Traitements Affiliés (CTA) sur les 17 existant au Cameroun, dont un hôpital de jour :

- Hôpital Général de Yaoundé (qui accueille un hôpital de jour)
- CHU de Yaoundé
- Hôpital Central de Yaoundé
- Hôpital Militaire de Yaoundé
- Hôpital CNPS de Yaoundé
- Hôpital Jamot de Yaoundé
- Centre mère-enfant de la Fondation Chantal Biya de Yaoundé

La Nomenclature urbaine d'une constellation internationale

La centralisation des actions de lutte contre le sida au Cameroun sur sa capitale, qu'aucune donnée épidémiologique ne justifie, s'explique par la très forte centralité de la ville renforcée par la proximité des agences de coopération, des bailleurs de fonds et de l'Etat central.

Ceux-ci ont initié leurs actions, dans un premier temps, sur la capitale, avant de prendre conscience de l'impératif de lutte contre les inégalités géographiques des ressources humaines et matérielles contre le sida sur le territoire national. Cette nécessité de déconcentrer et de décentraliser les actions de lutte contre le VIH/Sida fait désormais partie des objectifs principaux du CNLS, mais l'inertie induite par la lourdeur de ce processus, conduit par une administration souvent pléthorique et parfois corrompue (ou l'inverse), fait que ces intentions sont sans cesse repoussées dans le temps. Les agences de coopération ont eu à faire face plus rapidement à cet enjeu, et les agences de coopération les plus impliquées dans la lutte contre le sida, ont su réorienter leur programme dans ce sens.

La politique de la Coopération Française au Cameroun est délibérément orientée sur le renforcement des filières de soins dans les secteurs publics et l'appui à la décentralisation des actions de lutte contre le sida. Cette stratégie consiste essentiellement à doter les provinces en infrastructures (centre de dépistage, laboratoires, centres de prise en charge) dont le fonctionnement repose sur le principe de recouvrement des coûts. Le premier projet sur le sida au Cameroun (1995-1999) a concerné principalement la mise en place de l'Hôpital de Jour à Yaoundé. L'année 2000 marque une nette baisse de l'aide française, puisqu'elle est en grande partie transférée dans le cadre de l'initiative de la réduction de la dette (PPTTE). En 2000-2003, le fond de Solidarité Prioritaire (FSP) a adopté un programme d'appui au secteur santé dans le cadre de la lutte contre les grandes endémies, d'un montant de 650 millions de Fcfa, et qui vise la mise en place de centre de dépistage et d'unités de prise en charge dans six provinces.

Alors qu'un mécanisme de financement déconcentré (le Fonds social de développement) est dévolu aux projets associatifs locaux, aucun soutien dans le cadre de la lutte contre le sida, en termes d'aide à la structure ou de financement de projet de prise en charge n'est accordé aux associations dont les demandes sont systématiquement orientées vers les fonds de la banque Mondiale. Les financements prévus dans le cadre du C2D (Contrat Désendettement Développement) devraient permettre la création de 30 nouveaux centres de dépistage et le passage de 4 centres de dépistages en hôpitaux de jour dans une vingtaine de districts de santé. D'après un assistant technique de la coopération, s'ils ne sont pas encore identifiés, ces districts appartiendront aux cinq Provinces, les trois provinces du Septentrion et celles du Centre et du Sud, qui bénéficient déjà d'un appui « à la consolidation de l'offre de soins ».

L'agence de coopération technique allemande (la GTZ) s'est, dès le milieu des années 90, concentrée sur la nécessité de travailler avec les ONG nationales au Cameroun. En 1995, elle élabore avec un consortium d'ONG un « Projet Santé Sexuelle des jeunes et des Adolescents », mais elle se heurte à l'incompréhension du Ministère de la Santé qui souhaitait assurer le leadership du projet. Les tractations avec le MSP vont durer jusqu'en juillet 1997 pour aboutir à un compromis : le projet sera exécuté par les ONG sous le contrôle du MSP et devient : « Projet Santé Reproductive des Jeunes et des Adolescents ». Depuis le lancement de ce projet la GTZ a capitalisé une multitude d'expériences de collaboration avec les ONG et les associations camerounaises (plus de 160), la plupart intervenant dans les quatre provinces du Littoral, du Sud-ouest, du Centre et du Nord-ouest (47% sont recensées à Yaoundé). C'est ce qui lui permet d'élaborer un recensement systématique de celles-ci. Sur 132 associations considérées¹⁵,

¹⁵ Document de travail n°9 de la GTZ (février 1999)

54,5⁰% interviennent exclusivement dans le domaine des MST/Sida (sensibilisation, *counselling*, visite à domicile aux personnes vivant avec le VIH/Sida, formation des pairs), 11,4⁰% en plus des MST/Sida traitent d'autres composantes de la santé reproductive, notamment de la planification familiale, du suivi des jeunes et des adolescents. Parce qu'elle est confrontée aux problèmes inhérents au milieu associatif camerounais (manque de définition des statuts, structures parfois personnalisées, manque de ressources propres, inexistence de locaux, non respect des statuts et absences de règlement intérieur, absence de système de gestion comptable, faible transparence dans les opérations, rapports d'activités irréguliers, etc.), la GTZ a élaboré une série de critères pour trier les ONG avec lesquelles elles collaborent. De ce tri et de la volonté de renforcer les capacités des associations des PVVS, la GTZ s'est spécialisée dans l'appui à ce type d'association (elle soutenait l'AFSU depuis 1994). De cette logique de travailler avec les associations, afin de mieux toucher la population, la GTZ, en collaboration avec le ministère de la santé¹⁶, a initié trois grands projets dans les provinces du Littoral, du Sud-ouest, et du Nord-ouest. Un projet « Tantines » (formation de « fille mère » sur la prévention des grossesses précoces et des IST/VIH/SIDA), un projet de lutte contre le sida dans les prisons (dans 9 prisons du Littoral, du Nord-ouest et du Sud-ouest) et un projet de collaboration pour la création et le renforcement des associations de PVVS.

La GTZ reste la seule parmi les agences de coopération bilatérale à avoir défini une stratégie d'appui aux associations mais elle dispose, pour cela, d'un budget dérisoire pour soutenir une quarantaine d'associations (15 millions de Fcfa). Les autres agences de coopération ont jusque là négligé le soutien aux associations en termes d'aide à la structure ou en matière de financement de projets de prise en charge globale du VIH. Et ce, parce qu'elles ne conçoivent l'intervention des associations que dans les domaines de la sensibilisation, du témoignage à visage découvert, et des activités de *counselling* en milieu hospitalier. Le processus participatif déjà engagé permettra-t-il d'autres perspectives ? Rien n'est moins sûr...

V) UN TERRITOIRE SOUMIS A UNE INÉGALE RÉPARTITION DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA.

On assiste au Cameroun à une concentration de la lutte institutionnelle contre le sida sur Yaoundé, induite par la « verticalité » des directives internationales. Si celles-ci prônent dans le même temps un processus de décentralisation de la lutte sur le territoire, il semble s'agir en fait d'un « déconcentration » des actions de lutte contre le sida, qui n'efface pas les inégalités de répartition sur le territoire national.

¹⁶ Dans le cadre du Programme Germano-camerounais de Santé/Sida

D'une « décentralisation par défaut » d'une compétence sectorielle de l'Etat (santé/sida) vers les agences de coopération...

Dans le cadre de la lutte multisectionnelle contre le VIH/Sida, les agences de coopération, qu'elles soient multilatérales (ONUSIDA, UE, etc.) ou bilatérales (française, allemande, belge, etc.) intègrent leurs actions dans un des volets sectoriels du Plan National de Lutte contre le Sida. Et c'est surtout vrai pour l'ONUSIDA, qui concentre aujourd'hui la majorité de l'aide internationale. Et ceci est d'autant plus visible que chaque projet mené par (ou avec ?) le CNLS, s'accompagne désormais de la signature UNAIDS-CNLS assortie à chaque fois de celle de l'agence particulière de l'ONUSIDA à l'origine d'une action particulière, leur apportant ainsi un certain crédit. Difficile dès lors de savoir de qui provient l'initiative, et ce que coordonne le CNLS.

Les agences de coopérations bilatérales inscrivent, elles aussi, leurs actions dans la logique du PLNS, mais jouissent d'une plus grande autonomie dans leur élaboration et leur mise en oeuvre. Ainsi, si chacune est discutée en concertation avec l'Etat camerounais, la décision revient toujours aux ministères en charge de la coopération dans les pays bailleurs de fonds. Et les projets retenus sont parfois motivés par des enjeux et des « priorités affichées » qui dépassent les réalités du terrain. Si cette affirmation semble irrévocable, elle relève à la fois du sentiment de beaucoup d'assistants techniques rencontrés au Cameroun (des agences de coopération française notamment, mais aussi belge, allemande, etc.), mais aussi de celui que j'ai eu après avoir assisté à une réunion, rassemblant des assistants techniques français en charge du secteur santé au Cameroun et le chef de mission envoyé par le MAE de Paris, à propos de l'élaboration du Programme Santé du premier « Contrat de Désendettement et de Développement » (le premier C2D santé couvrant les années budgétaires 2005 à 2007)¹⁷. En effet, cette réunion concluant une série d'autres réunions qui avaient eu lieu en présence de la partie camerounaise, devait permettre la rédaction du « processus d'appropriation et de consolidation du premier C2D Santé au Cameroun » dans ses différentes étapes. Si les discussions ont été « animées », témoignant de nombreux désaccords (entre la partie camerounaise et la partie française, mais également entre les assistants techniques travaillant sur le terrain et les « chargés de mission » parisiens), elles ne s'en sont pas moins conclues par un péremptoire « de toute façon tout a déjà été décidé à Paris » prononcé par le chef de mission parisien. Un

¹⁷ Dans le cadre d'une annulation bilatérale des créances de l'Aide Publique au Développement (décidée lors du sommet de Cologne par 67 pays), la France a mis en place un mécanisme spécifique lui garantissant un contrôle sur l'utilisation des fonds dégagés par les annulations. Cette disposition prévoit la définition d'un « Contrat de Désendettement et de développement » (C2D) avec les gouvernements bénéficiaires, fixant les domaines d'intervention à privilégier pour l'allocation de ces ressources.

assistant technique confirme, à la sortie de cette réunion, le fossé qui existe entre des discours parisiens uniformes et très technicistes, et une réalité sur le terrain nettement plus complexe et « pragmatique ». Que le manque de communication ou de compréhension accroît sans cesse...

On assiste au Cameroun à une « décentralisation par défaut » (un transfert) de compétences sectorielles de l'Etat, qu'il ne peut assumer (ici la santé/sida), vers les agences de coopération. Ces « carences » de l'Etat permettent à ces agences d'initier leurs actions où elles le souhaitent, et de façon relativement autonome. Ainsi, la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS), élaborée par le Ministère de la Santé et validée par l'ensemble des partenaires en octobre 2001, sert de cadre de références pour l'ensemble des acteurs de la coopération. Chacun inscrit donc ses projets en fonction de ses compétences, comme « appui » à la SSS, remplaçant ainsi le rôle dévolu à l'Etat dans la mise en œuvre de cette politique publique. Celle-ci a pour objectif majeur en matière de santé d'ici 2010 de :

- « - réduire d'un tiers la charge morbide globale et la morbidité des groupes de populations les plus vulnérables ;
- mettre en place, à une heure de marche et pour 90% de la population, une formation sanitaire délivrant le Paquet Minimum d'Activité (PMA) ;
- pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90% des formations sanitaires et services de santé publics et privés, et aux différents niveaux de la pyramide. »¹⁸

Mais l'entreprise du MSP est jonchée d'obstacles identifiés dans le système de soin¹⁹ :

- le secteur public est faiblement utilisé, les budgets publics sont insuffisamment mobilisés et exécutés (budget d'investissement exécuté à hauteur de moins de 40%), le patrimoine sanitaire peu entretenu, les Ressources Humaines sont en nombre insuffisant et pas assez spécialisées ;
- les ménages financent près de 80% des dépenses de santé, et celles-ci se font en grande partie dans le secteur informel ;
- le secteur public est géré de façon administrative et fortement centralisée, sans souci de l'efficacité du service rendu ;
- l'insuffisance de régulation et d'encadrement du secteur pharmaceutique se traduit par une insuffisante disponibilité et accessibilité au Médicament Essentiel et Générique de qualité ;

¹⁸ Document de Stratégie Sectorielle de Santé, élaboré par le Ministère de la Santé Publique. Consulté au MSP de Yaoundé.

¹⁹ Identifié dans le « Processus d'appropriation et de consolidation du premier C2D-Santé au Cameroun », document de travail rédigé par le MSP, l'AFD et le MAE. Consulté au MSP de Yaoundé.

- le système de complémentarité entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire pour la prise en charge adéquate des patients est insuffisamment développé (système de référence et de contre référence) ;
- l'Etat n'exerce pas suffisamment son rôle de régulateur permettant aux services publics et privés de se développer de manière complémentaire et solidaire ;
- le système de suivi-évaluation est quasi inexistant ;
- les priorités sanitaires (vaccination, santé materno-infantile, SIDA, tuberculose, paludisme) ne sont pas suffisamment prises en compte dans la répartition des moyens.

Et c'est une partie de ces obstacles que les agences de coopération tentent de surmonter.

Si l'Etat transfère *de facto* ses compétences aux agences de coopération l'échelle de délégation des compétences se rallonge... En effet, le recul de l'Etat Providence permet l'émergence d'une société civile - credo des bailleurs de fonds internationaux et des organismes multilatéraux - qui doit se substituer aux lacunes des organes institutionnels nationaux. Cette place qui lui est attribuée (laissée par l'Etat dans les secteurs sociaux), est d'autant plus importante qu'elle recueille une grande partie des fonds des organismes internationaux.

Ainsi, on assiste à une véritable « division du travail social international »²⁰ qui pourrait prendre la forme d'une chaîne de sous-traitance : l'Etat déléguant ses compétences aux agences de coopération, qui les délèguent ensuite aux ONG puis aux associations...

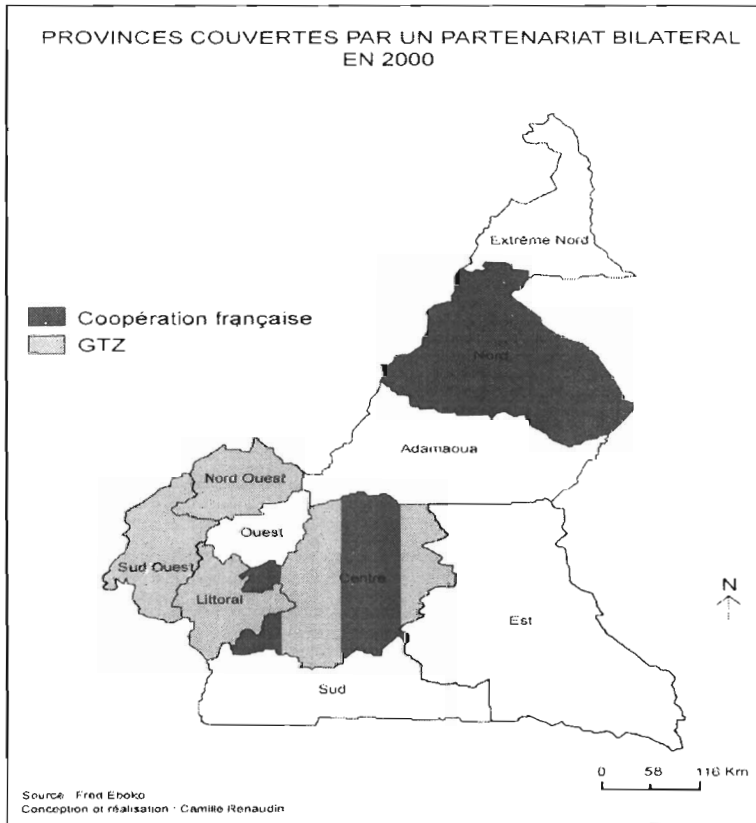
Vers une balkanisation des actions de lutte contre le sida ?

Alors que la lutte institutionnelle contre le sida, marquée par la « verticalité » des directives internationales, se décentralise, elle reste toujours marquée par une forte centralisation de ses actions et de ses acteurs sur Yaoundé et, dans une moindre mesure, Douala. Par ailleurs, les organismes étrangers, bénéficiant de la relative autonomie que leur confère une conjoncture économique et administrative d'un Etat rétracté en son centre, s'installent sur le territoire là où ils le souhaitent. Le territoire camerounais est ainsi « soumis à une répartition inégale de l'action contre le sida, suivant les intérêts géostratégiques des différentes agences de coopération bilatérale et multilatérale, sans lien manifeste avec les dynamiques épidémiologiques connues ».²¹

²⁰ EBOKO Fred, *Pouvoirs, jeunesse et sida au Cameroun. Politiques publiques, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Thèse de doctorat, op. cit. p 235.

²¹ EBOKO Fred, « Le sida en Afrique : l'exemple du Cameroun », op. cit. p 56.

La tendance actuelle est au « déconcentration » des agences de coopération, comblant ainsi le vide relatif créé par l'absence de projet dans les provinces qui ne sont pas couvertes par un partenariat bilatéral (seules la Mission Française de Coopération²² et la GTZ initiaient en 2000 des projets dans les Provinces du Centre et du Nord pour la première, et dans les Provinces du Centre, du Littoral, du Nord-ouest, et du Sud-ouest pour la deuxième).



Cependant, la couverture du territoire, revendiquée par ces agences de coopération, chacune se targuant de couvrir telle ou telle Province, reste très relative si on l'observe dans le détail. La carte des « zones d'intervention des partenaires » mise à jour par l'OMS permet à la fois de relativiser ces propos, mais également de constater que certaines Provinces et notamment celles qui sont le plus éloignées du « centre », que constitue Yaoundé, sont nettement défavorisées.

De plus, en regardant dans le détail, on se rend compte que si l'Union Européenne couvre seulement 18 districts sur les 3 provinces qu'elle dit « recouvrir » (l'Ouest, le Centre, et l'Est), elle mène ses projets le plus

²² Par l'intermédiaire du Fond d'Aide et de Coopération.

souvent dans le chef-lieu de ce district. Le « déconcentration » ne s'opérant pas encore dans les aires de santé qui en auraient le plus besoin... Et ce constat est valable pour toutes les agences de coopération... La Coopération Technique Belge justifie son implantation dans 7 districts de la Province de l'Extrême Nord, c'est que « la concentration géographique est nécessaire pour ne pas disperser l'aide ». Si l'intention est louable, il n'en est pas moins vrai que subsistent de grandes inégalités entre les districts de santé dans les Provinces du Cameroun... La GTZ reconnaît également qu'elle concentre ses actions (en grande majorité des activités d'IEC) dans les grandes villes des Provinces qu'elles « couvrent »...mais dans le même temps s'inquiète du taux de prévalence qui ne cesse d'augmenter dans les zones rurales. Et l'avenir n'est pas prometteur, puisque la tendance actuelle étant à la réduction de l'aide bilatérale, les projets actuellement conduits risquent de ne pas être renouvelés.

Si l'inégalité se pose en terme de couverture du territoire, elle se pose également en terme de compétences et de nature des projets conduits. En effet, la lutte contre le sida peut se mener de multiples façons. Ainsi, la GTZ initie essentiellement des projets d'IEC dans les Province du Nord-ouest, du Sud-ouest et du Littoral, alors que l'Union Européenne dans « ses » provinces porte un appui aux délégations provinciales (en terme de gestion et de formation) et conduit un projet de soutien aux sites PTME.

Si un réel « décentration » des actions de coopération dans le domaine de la lutte contre le sida a eu lieu, l'égalité dans le traitement des populations, face aux actions de lutte contre le sida, est loin d'être atteinte...

CONCLUSION : VERS LA NAISSANCE D'UNE OPINION PUBLIQUE CONTRE LE SIDA AU CAMEROUN ?

Le « chaînon manquant » à la lutte contre le sida au Cameroun, c'est-à-dire des « groupes de pression » pouvant peser sur des choix qui engagent la vie de Camerounaises ou de Camerounais, semble poindre à l'horizon. En effet, à la suite de la dénonciation, en janvier 2005, d'un essai thérapeutique mené à Douala sur des « prostituées », la « communauté camerounaise » de France, la presse et l'opinion du Cameroun et deux ONG (l'une française Act Up Paris et l'autre camerounais REDS Cameroun) se sont mobilisées de concert. Cette action collective qui a contraint le ministère de la santé publique à interrompre l'essai est une première. En effet, en 20 ans de lutte institutionnelle contre le sida au Cameroun, les oligarchies biomédicales du Cameroun et les réseaux transnationaux d'action et/ou de recherche ont œuvré dans une totale absence de débat contradictoire sur leurs pratiques, leurs desseins, leurs découvertes, leurs succès comme leurs échecs. Or, cette mobilisation collective était une condition sine qua non à la réussite de ce combat collectif. L'accès aux médicaments contre le sida au Cameroun et tous les enjeux qui l'entourent offre une occasion propice pour

la naissance de ces débats qui possèdent la vertu de faire circuler la parole, qu'elle soit contradictoire, ambivalente ou pertinente. On ne lutte pas contre un mal qui « n'existe pas ». On ne se dispute pas pour une maladie qui n'a pas d'écho, qui ne s'incarne nulle part. L'espace public et le médicament en tant qu'objet de négociations politiques et d'échanges sociaux sont ainsi au centre d'un défi qui paraît avoir trouvé un terrain de prédilection. C'est souvent à l'occasion de controverses que naissent les mobilisations et le mouvement social dont les bénéficiaires sont d'abord des victimes et, ensuite, la société tout entière. C'est la seule issue, collégiale ou collective, pour que se dessine un changement de perspective sanitaire et sociale. La société camerounaise doit cette ambition à ceux qui sont déjà partis par milliers et à ceux qui se battent avec le virus pour vivre avec tous les autres, dans une société solidaire et ambitieuse. Le pari n'est gagné mais le chantier ouvert autour de l'accès du plus grand nombre aux polythérapies est de ceux qui peuvent offrir un nouvel élan à ce pays, à ses habitants et à ses partenaires de plus en plus nombreux dans ce secteur.

FRED EBOKO & CAMILLE RENAUDIN

BIBLIOGRAPHIE

- EBOKO Fred, *Pouvoirs, jeunesse et sida au Cameroun. Politique publique, dynamiques sociales et constructions des sujets*, Th. de doctorat : Science politique, CEAN IEP de Bordeaux, Un. Montesquieu Bordeaux 4, 2002, 489 p.
- EBOKO Fred, « Pouvoirs, sexualité et risque-sida. La puissance de L'État en question au Cameroun » : 235-262. In COURADE George [dir.], *Le désarroi camerounais. L'épreuve de l'économie-monde*, Paris, Karthala, 2000, 283 p.
- EBOKO Fred, « L'organisation de la lutte contre le sida au Cameroun . de la verticalité à la dispersion » : 49-68. In GRUENAIIS Marc-Eric [ed], *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, Bull. de l'APAD, n° 21, 2001, 179 p.
- EBOKO Fred, « Le sida en Afrique : l'exemple du Cameroun » : 47-80. In : GOBATTO Isabelle [dir.], *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, Paris, Karthala et MSHA, 2003, 234p.
- EBOKO Fred, « L'Etat camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida », *Politique africaine*, n° 64, déc 1996 : 135-145.
- EBOKO Fred, « Chantal Biya : « fille du peuple et égérie internationale », *Politique africaine*, n° 95, oct. 2003 93-101
- LAURENT C., KOUANFACK C. *et al.*, "Effectiveness and safety of generic fixed-dosed combination of nevirapine, stavudine, and lamivudine in HIV-1 infected adults in Cameroon : open-label multicentre trial, *Lancet*", Vol. 364, July 2003 : 29-34.
- RENAUDIN Camille, *Prévenir et traiter le sida en Afrique, l'exemple du Cameroun*, Mémoire de maîtrise : Géographie, Univ. Paul Valéry Montpellier III, 2004, 140 p.

DOCUMENTS DIVERS

- BANQUE MONDIALE, *Document d'évaluation du projet multisectoriel de lutte contre le VIH/sida*, Yaoundé, République du Cameroun, 18 décembre 2000, Rapport N° 21420 HU/
- *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté*, avril 2003.
- *Enquête Démographique et de Santé*, 1998.
- *Enquête Démographique et de Santé*, 2004.
- GTZ, *Document de travail n°9* (février 1999)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Carte Sanitaire du Cameroun*, 1999.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Document de Stratégie Sectorielle de Santé*, [s.d.]
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2000-2005*.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA/IST du secteur santé au Cameroun.*
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, AFD, MAE, *Processus d'appropriation et de consolidation du premier C2D-Santé au Cameroun*
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, GTZ (Projet germano-camerounais pour le renforcement des soins de santé primaires), *Procédures de légalisation et d'agrément des ONG/Associations au Cameroun.* document de travail n°8.
- ONUSIDA, POMS, *Le point sur l'épidémie de SIDA*, décembre 2003.

Eboko Fred, Renaudin C.

La lutte contre le sida au Cameroun : collusions entre perspectives internationales et dynamiques d'un état fragile.

Terroirs (CMR), 1-2, p. 201-228, 2004