

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

Jacques-Philippe Tsala Tsala

ABSTRACT

HIV/AIDS infection has spread like wildfire in the countries of sub-saharan Africa. In order to fight that pandemic, Cameroon has organised itself by setting up, with the assistance of bilateral and multilateral partners, a national structure with the aim to reduce the spread of the disease. Two years after the launch of the National Plan for the Fight Against HIV/AIDS, an advocacy campaign targetting social leaders made it possible to assess the difficulties encountered by such an entity in a social and cultural environment as complex as that of Cameroon. The paper presents the initiatives taken by the government and analyses the major specific obstacles which are met on the ground. They include beliefs, social structures, gender issues, the status of women and the social representations of sexuality. If consensus and compromise are the usual ways of solving the problems raised at the national level, the analysis stresses the need for a more courageous political will adapted to the urgency of the prevailing situation.

Keywords: HIV/AIDS, Cameroon, National AIDS Control Committee, National Plan for Fight against HIV/AIDS, resistance to change, public health policy.

RÉSUMÉ

L'infection au VIH/SIDA s'est répandue comme une traînée de poudre dans les pays d'Afrique subsaharienne. Pour lutter contre cette pandémie, le Cameroun s'est organisé en mettant en place, avec l'aide de ses partenaires bilatéraux et multilatéraux, une structure nationale ayant pour objectif de réduire la progression de la maladie. Deux ans après le lancement du Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA, une campagne de plaidoyer visant les leaders sociaux a permis de mesurer les difficultés auxquelles une telle entreprise est confrontée dans un environnement socioculturel aussi complexe que celui du Cameroun. L'article présente les initiatives gouvernementales et analyse les principaux obstacles spécifiques qui surviennent sur le terrain. Ils vont des croyances aux structures sociales en passant par la problématique du genre, le statut de la femme, les représentations sociales de la sexualité. Si le consensus et le compromis sont les modes de résolution habituels des problèmes nationaux, l'analyse aboutit à la nécessité d'une volonté politique plus courageuse, adaptée à l'urgence de la situation.

Mots clés: VIH/SIDA, Cameroun, Comité National de Lutte contre le SIDA, Plan National de Lutte contre le SIDA, résistance au changement, politique de santé publique.

Jacques-Philippe Tsala Tsala is a professor of Psychology in the Department of Psychology, University of Yaoundé I and Catholic University of Central Africa (Cameroon). He has been Senior Consultant for the National AIDS Control Committee (NACC) since 2002. He has lead several researches and missions in the field in Cameroon.

Correspondence to: Prof. Jacques-Philippe Tsala Tsala, Université de Yaoundé I, Université Catholique d'Afrique Centrale, BP 7011 Yaoundé, Cameroun. E-mail: jptsala@uydc.uminet.cm/tsalatsala2003@yahoo.fr

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

Introduction

Sur les quarante huit millions de personnes séropositives recensées dans le monde, les trois quarts vivent en Afrique, un continent qui ne représente que 12% de la population mondiale (ONUSIDA - OMS, 2003)! Face à une telle pandémie, de nombreux États africains se sont mobilisés, chacun à son rythme et à sa manière, pour lutter contre ce qui apparaît de plus en plus clairement comme une hypothèque sur l'avenir du continent (Gruénais, 1999). Il est bien loin le temps de la dérision qui faisait du SIDA 'le syndrome inventé pour décourager les amoureux'. Les chiffres et l'ampleur de la maladie sont aussi venus à bout des stériles polémiques géopolitiques qui accusaient les Occidentaux d'avoir fabriqué le SIDA pour décimer l'Afrique ! La paranoïa de certains intellectuels et dirigeants africains proposant des théories les unes plus étonnantes que les autres s'est réduite face à la cruauté des faits et à la réalité de la pandémie. L'Afrique bien pensante a courageusement cru qu'elle pouvait rapidement donner une réponse médicale à la maladie. Malheureusement, l'utilisation du Virodène issu des laboratoires de l'Université de Pretoria, le MMI d'un scientifique congolais (RDC) (1987), le Kemron du Kenya (1992), le Therastim de Côte d'Ivoire (2001) et le Vanhivax du professeur camerounais Anomah Ngu (2002) n'ont pas encore fait preuve d'efficacité. Ces tentatives sont encouragées, soutenues et récupérées par une idéologie africaniste qui caresse l'espoir de trouver une solution africaine à un problème devenu 'africain' par la force des choses ! Face à l'ampleur et à la vitesse de propagation de la pandémie, la revendication politicienne doit momentanément céder la place à une action efficace et courageuse, à la mesure de l'enjeu.

De nombreuses institutions nationales ont progressivement vu le jour aux fins de barrer la voie à la progression de la maladie. L'ampleur du défi est telle que, vu la modicité générale des moyens financiers et humains des états concernés, elles n'auraient pas pu réagir sans le soutien de la communauté internationale. Ce soutien pose pourtant le problème de la marge de manœuvre des États aux prises avec leurs populations et leurs difficultés spécifiques. De sorte que le SIDA devient un enjeu de politique nationale et internationale (Gruénais, Delaunay, Eboko & Gauvrit, 1999).

En effet, les divers programmes de lutte sont confrontés aux réalités d'un terrain dont la complexité ne cesse de dévoiler les contours. Elle reste pourtant vive, la tendance des organismes internationaux et des 'experts'

de l'Afrique à vouloir nier les spécificités de chaque pays. Si la catégorisation sommaire a pour avantage de rendre les actions plus rapides, elle est loin de parvenir à l'efficacité qui suppose une observation patiente, différentielle et contextuelle.

Qu'il s'agisse de la pauvreté, de la mauvaise gouvernance, de la gestion de la santé publique, des problèmes de genre, de la démocratie ou des traditions, chaque pays se situe par rapport à son passé, à son histoire politique, à ses susceptibilités historiques et à ses cosmogonies spécifiques.

Ces réalités n'ont pas les mêmes significations au regard de leur vécu et de leur gestion face à l'autorité publique de l'État. Bien plus, certains pays doivent gérer des différences culturelles importantes au sein de leur population. Il s'agit donc de découvrir au préalable la finesse des situations derrière l'apparente similitude des cas.

L'objectif de cet article est de montrer comment un pays africain, le Cameroun en l'occurrence, réagit concrètement face à la complexité d'une population spécifique et diverse. Entrepris dans l'urgence, les différents programmes et actions de lutte contre le VIH/SIDA ont révélé les insuffisances voire la faiblesse et l'impuissance de l'État. L'incoordination des actions — taxée par d'aucuns de 'modèle dissonant de politique publique' — au niveau national et les injonctions contradictoires des partenaires internationaux ont régulièrement été dénoncées avant la mise en route du plan national en cours (Eboko, 1999; 2000; 2002; 2003; Mbembe, 2000). Les enjeux politiques de la lutte contre le SIDA au Cameroun sont réels. Mais ils ne sont pas suffisants pour que ce combat soit sommairement réduit à la seule instrumentalisation politique. Néanmoins, le gouvernement camerounais semble avoir pris conscience de ses lacunes en mettant en place — à la demande injonctive de ses partenaires internationaux — un nouveau plan multisectoriel aux fins de limiter les contradictions et de reconstruire une cohérence indispensable au succès de son action. Notre intérêt portera sur les problèmes que rencontre l'application de ce nouveau plan sur le terrain.

En effet, deux ans après avoir lancé son Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA (PNLS), le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) a entrepris d'organiser dans les dix provinces du Cameroun des ateliers de sensibilisation et de plaidoyer auprès des élus locaux, des parlementaires, des autorités administratives,

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

traditionnelles et religieuses. La participation à ces ateliers des représentants des associations des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) et des représentants des divers comités locaux de lutte contre le VIH/SIDA (CLLS) a transformé ces ateliers en lieux d'échanges fructueux, parfois ardues entre les participants, animateurs y compris. Les PVVS et les acteurs sur le terrain ont fait des rapports détaillés des divers problèmes administratifs et sociaux auxquels ils sont confrontés. De sorte que, à la fin des ateliers, les divers représentants et leaders communautaires ont fait des propositions concrètes aux fins de rendre plus efficace la lutte contre le VIH/SIDA dans leur zone d'influence et de compétence. Les données à caractère ethnographique que nous mentionnons viennent de ces observations sur le terrain. Elles sont certes connues des ethnologues et anthropologues et certaines se retrouvent ailleurs en Afrique.

Mais, au Cameroun, elles sont d'abord des éléments régionalisés et différenciés dont le PNLS devrait tenir compte. L'analyse que nous en faisons tient compte des divers contextes et de notre expérience de chercheur et de clinicien en milieu camerounais diversifié.

Après avoir décrit les mesures que le gouvernement camerounais a mis en place pour lutter contre la pandémie, nous rendons compte de la situation spécifique qui se dégage de ces nombreux et divers échanges auxquels nous avons personnellement participé. Notre approche consistera essentiellement à exposer les principaux problèmes que doivent résoudre les différents acteurs de la lutte sur le terrain. Il s'agira non pas de mener une étude ethnologique ou anthropologique des différents us et coutumes, mais plutôt de montrer la spécificité d'un terrain par rapport à un plan dit 'national'. Nous reviendrons dans notre analyse sur les éléments qui nous semblent mériter plus d'attention pour rendre la lutte contre le VIH/SIDA plus efficace dans un pays africain, le Cameroun en l'occurrence.

LA RÉPONSE CAMEROUNAISE À LA PANDÉMIE

SIDA et société camerounaise *Généralités sur le Cameroun*

Rappelons à toutes fins utiles que le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale d'une superficie d'environ 475 650 km². Il s'étire du Golfe de Guinée au Lac Tchad. Ses principaux voisins sont le Nigeria, le Tchad, la République Centrafricaine, le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale. Le Cameroun compte environ

253 ethnies pour près de 180 langues nationales, dialectes et parlers à côté des deux langues officielles que sont le français et l'anglais.

Sur le plan de son organisation politique, le Cameroun est une république démocratique et laïque. Les religions dominantes sont le Christianisme et l'Islam. L'option républicaine de l'État laïc s'accommode tant bien que mal des institutions traditionnelles que sont les sultanats, les cités — États musulmans du Nord, les principautés territoriales de culture et de religiosité Bantou, les polyarchies fondées sur l'existence des lignages dans le reste du Cameroun. Ces différentes autorités traditionnelles sont aujourd'hui intégrées à des degrés divers dans le système de l'administration territoriale. On observe habituellement que l'intégration dans la hiérarchie administrative a très peu entamé leur ascendante influence sur les populations et les sujets qui se réclament de leur autorité. En clair, dans de nombreuses régions, aucune campagne de sensibilisation ou d'information — fût-elle d'ordre sanitaire, éducatif ou politique, ne saurait se passer de l'assentiment même tacite de ces personnalités relais sans prendre le risque rater ses cibles et ses objectifs. D'où la délicatesse des campagnes de sensibilisation contre la propagation du VIH/SIDA dans les provinces et en zones rurales.

Une population jeune et irrégulièrement répartie

La population camerounaise se caractérise par sa très grande diversité. On distingue: dans la partie septentrionale majoritairement animiste et islamisée, les Soudanais, les Hamites et les Sémites; dans le Sud majoritairement animiste et christianisé, les Bantous, les semi Bantous et les Pygmées.

Le taux de croissance annuelle de la population du Cameroun est passé de 3.0% en 1976 à 2.9% en 1987 et à 2.87% 2000 selon les projections (DSCN, 1987). Toujours à partir des mêmes sources et suivant les calculs effectués par le FMI en octobre 2000 la population camerounaise est théoriquement passée à plus de 17 106 000 habitants. Les différentes projections donnent les chiffres de 18 000 000 pour 2005, 23 000 000 pour 2014 et 25 000 000 pour 2020 dont 51% de femmes et 49% d'hommes.

C'est une population essentiellement jeune dont les moins de 14 ans représentent 43.7% de la population totale. Ceux dont l'âge est compris entre 15 et 24 ans représentent 20.5%. Soit un effectif cumulé de 64.2%! Le groupe des 25 à 64 ans représente 32.55%, tandis

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

que les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 3.26%.

On observe par ailleurs un mouvement d'urbanisation important dans le pays. Ainsi, de 1976 à 1987, la population urbaine a crû à un rythme annuel moyen de 5.75%. Ce qui a entraîné le doublement de la population urbaine en 12 ans. Celle-ci atteignait 3 968 919 habitants en 1987, soit 38% de la population totale. En 1995 la population urbaine était estimée à 45.3%. En 2000 taux est estimé à 50.4%. Les deux grandes villes cosmopolites de Douala et Yaoundé totalisent à elles seules 35.08% de la population urbaine du Cameroun, soit respectivement 1 452 400 et 1 237 500 habitants. L'enquête EDS (1998) donne les indicateurs démographiques de base et les projections (cf. Tableau 1).

Mais une autre caractéristique de cette population est la très grande diversité de sa densité en fonction des régions.

Les données socioéconomiques

Le Cameroun est un pays agricole qui connaît une certaine autosuffisance alimentaire. Producteur de pétrole, il exporte aussi le cacao, le café, la banane, le coton. Mais la baisse des cours des matières premières

(café, cacao, coton), la dévaluation du franc CFA et une gestion peu rigoureuse des affaires publiques ont conduit le pays à un seuil de pauvreté jamais atteint auparavant. Les années 90 ont été difficiles. Les différents programmes d'ajustement structurel (PAS) imposés par les bailleurs de fonds et la communauté internationale visaient à rétablir l'équilibre de la balance des paiements et les grands équilibres macro-économiques. Il consistait en fait à réduire les dépenses publiques et la demande intérieure. A ce jour, l'impact de ce plan sur le bien-être des populations commence à peine à être perceptible. Mais il apparaît clairement que certaines mesures du PAS ont négativement affecté le bien-être des populations appartenant aux couches les plus vulnérables. Le secteur public a connu son lot de difficultés. Des vagues de déflations du personnel et une double baisse des salaires ont précipité les fonctionnaires et les employés des entreprises publiques et parapubliques dans la précarité et la pauvreté.

En effet, selon les estimations de diverses sources (ECAM II, 1998; MINEFI, 2003), entre 1984 et 1991, le niveau de l'emploi a baissé de 10% et le chômage atteint le taux de 17% en 1995. Il frappe principalement les jeunes et les femmes entraînant un fort développement du secteur informel.

En 2001, par exemple, le chômage touche 8% de la population active, dont 18.9% en milieu urbain et 2.3% en zone rurale avec les pointes dans les villes de Douala et Yaoundé qui enregistrent des taux de chômage de 25.6% et 21.5% respectivement.

La récession a gravement limité les moyens des familles à prendre en charge l'éducation, la santé et la scolarisation de leurs enfants. La demande en éducation est limitée par le chômage endémique des aînés. En effet, le taux de scolarisation qui était de 90% en 1990 est tombé à 76% en 1996. La déscolarisation et la non scolarisation sont habituellement imputées à la paupérisation des parents et à l'insuffisance de l'offre d'éducation. Cette situation a aussi pour conséquence de réduire l'autorité parentale et de pousser les jeunes à abandonner l'école pour gagner plus rapidement de l'argent dans le secteur informel et/ou dans la prostitution (chez les femmes et les jeunes filles). S'agissant de la prostitution comme effet de la pauvreté, elle concerne les femmes jeunes, mûres et parfois mariées (Garcia, 1992; Songue, 1993; Njikam, 1998; IRESCO, 1998). D'où le risque d'une plus grande exposition à l'infection au VIH/SIDA.

TABLEAU I. DISTRIBUTION ET ÉVOLUTION DES INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES DE BASE

Indicateurs	1976	1987	2000
Population			
Urbaine	2 184 242	3 968 919	7 668 000
Rurale	5 479 004	6 524 736	7 624 000
Ensemble	7 663 246	10 493 655	15 292 000
Taux d'urbanisation (%)	28.5	37.8	50.14
Densité de la population au km ²	16.4	22.5	32.81
Taux de croissance annuelle (%)	3.0	2.9	2.87
Rapport de masculinité	95.9	97.0	97.3
Indice synthétique de fécondité (I/1000)	6.0	5.6	5.14
Mortalité			
Taux brut de mortalité (I/1000)	20.4	13.7	10.1
Taux de mortalité infantile (I/1000)	156.5	82.9	77.0
Espérance de vie à la naissance			
Hommes	43.2	52.4	56.7
Femmes	45.6	56.2	61.3
Ensemble	44.4	54.3	59.0
Structure de la population par groupe d'âge (%)*			
0 à 14 ans	42.21	46.46	43.70
15 à 24 ans	18.94	17.77	20.49
25 à 64 ans	35.65	32.49	32.55
65 ans et plus	3.20	3.32	3.26

*P = projections.

Source: INS, RGPH (1976 et 1987) et EDS 98.

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

La couverture sanitaire

Selon le Document de Stratégie Sectorielle de Santé adopté en 2001, on dénombrait en 1998, 135 districts de santé, 1 298 aires de santé, 284 hôpitaux (dont 8 seulement disposent d'un plateau technique relevé), 1 042 centres de santé, 65 PMI, 138 dispensaires et cabinets, 215 pharmacies et 142 pro pharmacies sur l'ensemble du territoire national. Les difficultés économiques ont conduit les pouvoirs publics à des restrictions dommageables pour les malades (arrêt des constructions, de l'acquisition des équipements et du recrutement des personnels dans les formations sanitaires; instauration du recouvrement des coûts auprès des malades, etc.). Bien plus, les restrictions budgétaires ont amplifié le déséquilibre des ratios qui se situaient en 1998 en dessous des normes internationales fixées par l'OMS. A savoir: 1 médecin pour 14 730 habitants; 1 pharmacien pour 28 673 habitants; 1 dentiste pour 248 135 habitants; 1 infirmier pour 2 083 habitants; 1 aide-soignant pour 3 100 habitants. A quoi s'ajoute une mauvaise répartition des personnels et des structures sanitaires sur l'ensemble du pays.

Le secteur privé confessionnel contribue à l'amélioration de la santé des populations en

fournissant une partie des prestations privées. Il se compose des services de santé de l'église catholique (179 établissements sanitaires dont 8 hôpitaux), de l'église protestante (122 formations sanitaires dont 24 hôpitaux) et de la Fondation Ad Lucem qui administre 7 hôpitaux et 11 centres de santé. Les établissements privés à but lucratif sont au nombre de 539. En outre, de nombreuses ONG nationales et internationales interviennent également dans le secteur de la santé.

La mise en place du Centre National du Médicament et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME) et les centres d'approvisionnement provinciaux ont favorisé la promotion et la distribution des médicaments génériques en zone urbaine. Mais les difficultés économiques que connaissent la plupart des malades et des familles continuent à maintenir les prix des médicaments à un niveau toujours prohibitif. Tableau 2 indique les taux de consultations et d'immunisation et compare les malades urbains et ruraux.

Quant au secteur de la médecine traditionnelle, il est aussi divers que les cultures régionales du Cameroun. On y recourt très souvent lorsqu'on n'a pas les moyens de payer les services de l'hôpital ou lorsqu'on estime que la maladie est d'ordre 'mystique'. Son caractère

TABLEAU 2. TAUX DE CONSULTATIONS ET D'IMMUNISATION ET DÉPENSES DE SANTÉ

	1976			2001		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Taux de consultation dans les structures formelles (%)						
Pauvres	72.2	65.0	67.8	74.0	69.0	70.0
Non pauvres	87.5	86.2	87.0	83.8	75.3	79.1
Ensemble	82.6	75.6	79.2	81.7	72.2	75.5
Taux de consultation dans les structures informelles (%)						
Pauvres	28.0	35.0	32.2	25.9	31	30.0
Non pauvres	12.5	13.8	13.0	16.2	24.7	20.9
Ensemble	17.4	24.4	20.8	18.3	27.8	24.5
Taux d'immunisation des enfants de 12 à 23 mois (%)						
Pauvres	68.1	66.9	67.2	53.1	46.5	47.1
Non pauvres	89.5	27.2	57.9	70.5	54.5	61.2
Ensemble	80.3	53.4	63.3	67.0	50.3	55.3
Dépenses moyennes de santé en francs CFA						
Pauvres	7 342	5 562	6 044	8 934	6 671	6 937
Non pauvres	26 025	15 130	19 903	45 687	19 825	32 178
Ensemble	18 301	9 423	12 521	39 116	12 922	22 036
Part des dépenses de santé (%)						
Pauvres	6.8	7.5	7.3	6.5	8.6	8.5
Non pauvres	6.6	8.2	7.2	6.2	6.7	6.5
Ensemble	6.6	8.0	7.2	6.2	7.9	7.6
Distance moyenne à parcourir pour atteindre un centre de santé (km)						
Pauvres				1.32	5.74	5.12
Non pauvres				1.10	4.96	3.31
Ensemble				1.13	5.26	3.86

Source: MINEFI/DSCN : Rapport ECAM I et II.

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

alternatif lié aux différentes cultures nationales, à la mauvaise répartition des services de santé et à la paupérisation des populations lui vaut une certaine tolérance de la part des pouvoirs publics. Ces dernières la surveillent étroitement et veillent à lui imposer une certaine organisation et une certaine déontologie sans toutefois lui accorder pleine confiance (Tsala Tsala, 2001).

Depuis les années 2000 les efforts que déploie le Gouvernement pour une gestion plus saine des affaires publiques commencent à porter du fruit au niveau macroéconomique surtout. En effet, des opportunités pour réduire la pauvreté sont offertes par le macro environnement. Ainsi des financements internationaux ont été dégagés depuis 1996 dans le cadre de Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) pour l'appui des politiques et programmes à caractère 'social' (santé, éducation, travail, etc.). La lutte nationale contre le VIH/SIDA bénéficie de cette nouvelle donnée.

Le programme multisectoriel de lutte contre le SIDA (PMLS)

L'ampleur de la pandémie au Cameroun

Le premier cas enregistré de SIDA date de 1985. En 1985/1986, 21 cas sont recensés; 604 en 1991, 1 761 en 1994, 3 950 en 1997 et 6 843 nouveaux cas en 1998. L'effectif cumulé des cas enregistrés en 1998 est de 20 419. Au niveau national, la lutte contre le SIDA s'organise dès l'année 1985 avec la création du Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS).

Dès le départ, les activités du CNLS consistaient essentiellement en sensibilisation et en information tous azimuts. Après avoir stagné entre 1985 et 1990 (moins de 1%) le taux de séroprévalence a augmenté de manière inquiétante dépassant les 5% entre 1990 et 1995. Les femmes et les jeunes paient le plus lourd tribut à l'épidémie (Kuate Defo, 1998). En effet, les 3/5 des personnes infectées sont des femmes et le tiers des personnes infectées a entre 15 et 34 ans. Il a du reste été établi que 90% des infections se font par voie sexuelle. Chez les professionnelles du sexe (prostituées) de Douala et Yaoundé la prévalence du HIV/SIDA est passée de 6% en 1987 à près de 30% en 1993. Elle est estimée à plus de 45% dans les années 2000. En 13 ans le taux de séroprévalence a été multiplié par 14! Les dernières statistiques du Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) estiment à 69 000 le nombre d'enfants infectés dont 90% par transmission mère-enfant (TME) — 24 000 nouvelles infections par TME sont attendues chaque année. Le nombre estimatif de

TABEAU 3. ÉVOLUTION DE LA SÉROPRÉVALENCE AU CAMEROUN DE 1987 À 2002 (CNLS 2002A)

Année	1987	1992	1998	2000	2002
Séroprévalence (%)	0.5	2.00	7.2	11	12

décès depuis le début de la pandémie se chifferrait à 340 000 dont 52 000 pour l'année 1999. Quant au nombre d'orphelins il s'élèverait à 270 000. Le Tableau 3 rend compte de l'évolution de la maladie (CNLS 2000a ; GTZ 2001).

Le CNLS/GTC, son organigramme et ses méthodes

La création et l'organisation du CNLS répondent à un souci d'efficacité, de rapidité de l'intervention, de contournement de la corruption et des lourdeurs procédurales et administratives habituelles.

Sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) la mission essentielle du CNLS est d'offrir un cadre national d'intervention en élargissant la réponse nationale à l'épidémie, en coordonnant la mise en œuvre des activités de lutte dans une approche décentralisée. La mise en place d'un programme multisectoriel de lutte contre le SIDA (PMLS) a donné lieu à des plans successifs. Il s'agit entre autres du plan à court terme (1987), du plan à moyen terme I (1988 - 1992), du plan à moyen terme II (1993 - 1995) (Salla Ntouna, 1993), du plan cadre de lutte contre le SIDA (1999 - 2000). Ces premiers plans mis en place par le CNLS avaient pour objectifs de limiter la transmission du VIH/SIDA par voies sanguines et sexuelle et de réduire la transmission mère-enfant. La mise en œuvre de ces plans s'est soldée par des résultats mitigés qui s'expliquent par un certain nombre de facteurs circonstanciels et structurels. A savoir: la mauvaise coordination et l'amateurisme de certains acteurs et partenaires sociaux sur le terrain, l'insuffisance des premiers moyens alloués par l'État, la priorité donnée à la réponse médicale au détriment de la communication pour le changement de comportement et, enfin, l'apparition des nouveaux cas de plus en plus nombreux dans des populations jusque-là considérées comme 'non à risque'.

Compte tenu de ces différentes limites, un nouveau plan stratégique a été élaboré et mis en place pour la période 2000 - 2005. Ce plan stratégique est élaboré alors que l'on constate une amélioration de la prise en charge médicale des PVVS, une augmentation des partenaires sociaux de plus en plus compétents et un début de coordination sur le terrain.

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

La réorganisation du CNLS qui intervient en 2001 consacre la décentralisation de ses activités. Dix comités provinciaux de lutte contre le SIDA (CPLS) et des comités locaux et/ou communautaires de lutte contre le SIDA (CLLS) sont créés. Ce découpage tient compte des divisions administratives au niveau provincial. La création des structures communautaires de base répond au souci de plus en plus accru de promouvoir une sensibilisation et une prévention de proximité.

Pour l'accomplissement de ses missions, le CNLS dispose d'un groupe technique central (GTC) qui coordonne et gère le PMLS sur toute l'étendue du territoire, d'une commission mixte de suivi (CMS) chargée de conseiller le CNLS, des comités provinciaux de lutte contre le SIDA (CPLS), des structures d'intervention décentralisées, locales et/ou communautaires qui sont chargées de développer la réponse locale au niveau des communautés de base.

Le Plan National de Lutte contre le SIDA (PNLS)

Le PNLS met un accent particulier sur la participation des communautés. Le caractère essentiellement communautaire implique d'une part, la mise en œuvre des stratégies endogènes permettant un changement de comportement effectif des cibles visées, et d'autre part, l'implication des personnes et structures locales de tous ordres ayant sur le terrain quelque influence sur les populations concernées. Ce plan tient compte, entre autres, de la préoccupation des Nations Unies de réduire à 25% la séroprévalence en milieux jeunes avant 2005. Il a trois composantes, à savoir : (i) un cadre stratégique; (ii) un plan d'action (2000 - 2003) qui précise et identifie les acteurs, l'échéancier de mise en œuvre et les modalités de financement — il distingue les actions immédiates sur le CNLS/GTC et les stratégies sectorielles à élaborer et; (iii) un plan d'urgence dont l'opération 100% condoms et le dépistage volontaire. Le plan indique ses domaines prioritaires, les axes stratégiques, les actions à mettre en œuvre, les intervenants, les coûts des actions et les financements, les indicateurs de suivi et les indicateurs d'impact. Il est financé à hauteur de FCFA 130 141 700 000 (soit USD 185 916 714.2). Ce budget est assuré en grande partie par l'ONUSIDA et la Banque Mondiale dans le cadre de la remise de la dette du Cameroun.

L'objectif général de ce plan est de permettre au Cameroun de faire face à l'épidémie en réduisant le taux de prévalence au seuil critique de 10% et de limiter son impact socioéconomique. Il s'agit

concrètement (i) de minimiser les risques de contamination au VIH/SIDA chez les enfants de 5 à 14 ans en leur apprenant un style de vie sain et en promouvant le développement des comportements sexuels responsables; (ii) de développer des mécanismes d'information des populations sexuellement actives en passant de la simple IEC à la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) en privilégiant la communication de proximité; (iii) de réduire la transmission mère-enfant (TME) et de minimiser le risque de contamination par la transfusion sanguine; (iv) de développer les mécanismes de solidarité vis-à-vis des PVVS et leurs familles par l'assurance d'une prise en charge médicale et psychosociale.

Les partenaires

Pour mener à bien son plan de lutte contre le VIH/SIDA, le CNLS travaille en partenariat avec les ONG déjà présentes et en action sur le terrain. Ces organisations ont comme avantages indéniables, outre leur nombre, leur très grande capacité de mobilisation et leur accès facile aux communautés. Mais elles sont insuffisamment professionnelles et structurées, inégalement réparties sur le territoire et demeurent un phénomène essentiellement urbain.

Les motivations des ONG et associations ne sont pas toujours claires. La gestion des subventions et des divers dons est loin d'être transparente. Ce qui a pu créer des frictions entre les différentes autorités administratives et elles. Néanmoins, des dispositions particulières ont été prises aux fins d'éviter que certains aventuriers ne se cachent derrière les ONG pour se faire de l'argent facile.

Dès les débuts de la lutte contre le SIDA, certains promoteurs d'ONG ont profité de la suspicion de corruption dont l'administration publique camerounaise était l'objet de la part des bailleurs de fonds pour s'enrichir personnellement. Aujourd'hui seules les associations et ONG les plus importantes et les plus efficaces survivent.

Les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) sont particulièrement motivées. Certaines sont sous contrat temporel de consultant dans des groupes thématiques dans les GTP et GTC. Ils interviennent dans l'appréciation de certaines décisions les concernant, la sensibilisation, l'information, la formation et le soutien psychosocial. Certaines d'entre elles témoignent publiquement de leur expérience et de leur vécu pour informer et éduquer les communautés.

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

Le CNLS/GTC fait aussi appel à de nombreux prestataires de service, tels que les cabinets de communication, les consultants et les experts pour leurs compétences diverses. Certaines ONG ont un statut de prestataire de service lorsque leurs activités sont d'une certaine importance. C'est le cas du Programme de Marketing Social au Cameroun (PMSC) qui en partenariat avec le CNLS distribue des préservatifs et anime certaines formes d'information/sensibilisation destinées aux jeunes.

La Réponse Sectorielle

Le partenariat s'est progressivement étendu aux institutions et entreprises privées et publiques. Le CNLS a encouragé et soutenu des plans sectoriels de lutte contre le VIH/SIDA initiés par les ministères et certaines entreprises publiques, parapubliques et privées. A ce jour, l'ensemble des ministères et de nombreuses entreprises disposent d'un plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA. Ces plans sont coordonnés et soutenus par la section 'Réponse Sectorielle' du CNLS. Il s'agit souvent de plans spécifiques tenant compte de l'analyse de la situation des travailleurs et employés et cadres des entreprises et des populations cibles des ministères: écoliers et élèves, militaires, enseignants, femmes, populations marginales et/ou déplacées, transporteurs routiers, etc. Ils contiennent des indices permettant un meilleur suivi/évaluation. Ces entités institutionnelles financent elles-mêmes leur plan en grande partie. Le CNLS apporte une contribution d'appoint d'ordre logistique, ses structures de communication et des ressources humaines. Le partenariat avec certaines entreprises privées a permis la détaxation de certains médicaments au profit des PVVS.

La Communication pour le Changement de Comportement (CCC)

La CCC a pour mission d'organiser la communication du CNLS en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Cette section est constituée de journalistes et d'experts CCC (psychologues, sociologues, anthropologues et communicateurs marketistes). En retard sur le PMLS, le plan stratégique national de CCC a été adopté en juin 2004 (CNLS, 2004). Il a pour objectif essentiel de coordonner, de planifier et d'organiser une communication cohérente et efficace au service du PMLS. Les médias privés et les médias publics sont des partenaires incontournables dans la mesure où l'information et la sensibilisation des populations constituent une priorité de la stratégie nationale. Ils doivent promouvoir le CCC et des stratégies telles que l'utilisation du préservatif et le dépistage volontaire. Des conventions

sont signées avec des radios émettant en langues locales, outre le français et l'anglais, les agences de communication et de publicité. Le CNLS finance et soutient les initiatives correspondant à sa politique de communication.

La section 'Réponses Locales' et ses missions sur le terrain

L'option de la proximité avec le client se traduit par la création au sein du CNLS d'une section 'réponses locales' qui développe essentiellement le processus participatif (CNLS, 2002) et s'attèle à soutenir les communautés de base est représentée à tous les niveaux des structures décentralisées du CNLS (village, quartiers, sous-chefferies). En milieu urbain les associations de jeunes ou de femmes, les clubs santé dans les écoles, certaines associations professionnelles (chauffeurs, prostituées, etc.), les membres des associations religieuses ou ceux des entreprises sont considérés comme des communautés de base.

La section soutient les Plans Communautaires de Lutte contre le SIDA (PCLS) qui vont plus loin que la simple information-sensibilisation. Pour bénéficier du soutien logistique et financier de la section, ces plans doivent prévoir une approche participative méthodique comportant des étapes précises (diagnostic, synthèse et une analyse des données relatives aux besoins et problèmes, mise en place d'un comité local, l'élaboration d'un plan d'action, un suivi-évaluation de type participatif). En cas d'acceptation du PCLS par les instances locales de la section, l'aide financière est directement virée dans le compte spécialement ouvert à cet effet. Ces exigences supposent une plus grande implication des communautés et réduisent les risques de distraction des fonds et les initiatives aventureuses. En outre, la section propose des formations au processus participatif, à la communication de masse et à la gestion comptable et financière aux différents responsables de communauté.

La section 'Réponses Locales' est aussi chargée de l'appui spécifique aux associations de PVVS. En effet, les PVVS sont confrontés à de nombreuses difficultés qui aggravent la souffrance liée à leur statut sérologique. Voilà pourquoi la section recommande fortement que les associations de PVVS fassent l'objet d'une attention soutenue dans les PCLS. Cette préoccupation est déterminante pour obtenir son soutien. Elle doit se traduire par l'implication des PVVS dans toutes les activités de prise de conscience et d'information à travers les témoignages de proximité au niveau local, les activités de plaidoyer et

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

de promotion des droits des PVVS, le soutien de leurs activités génératrices de revenus, la mise en place des soins à domicile, le renforcement des capacités de leurs associations, l'assistance à leurs familles et aux orphelins, la promotion de l'accès au soin et médicaments pour les maladies opportunistes.

La Réponse Médicale

La section 'Réponse Médicale' coordonne toutes les activités de soins (prise en charge médicale et psychosociale) et de recherche. Elle est en relation avec tous les centres de santé suivant les malades du SIDA et les PVVS. Elle collecte les données relatives aux malades et aux PVVS et coordonne les activités de la dizaine de centres de dépistage volontaires ouverts à ce jour.

La Réponse Médicale a aussi pour objectif de réduire l'insécurité transfusionnelle due à des pratiques hasardeuses et inorganisées. Elle a pour mission de promouvoir l'adoption et la diffusion de la politique nationale de transfusion sanguine, la formation du personnel, la création et l'équipement des centres de prise et de dons de sang, la sensibilisation au don de sang et la disponibilité du sang testé dans les formations sanitaires (Pinay, 1997). Ces différentes activités sont soutenues par les partenaires nationaux et internationaux du CNLS (Croix-Rouge, Union Européenne, OMS, ONUSIDA, etc.)

La transmission mère/enfant (TME) est une préoccupation majeure de la Réponse Médicale. La plupart des parturientes qui se présentent dans les grands centres hospitaliers de Yaoundé et Douala bénéficient d'un suivi médical spécifique avec test du VIH/SIDA obligatoire. Les femmes séropositives sont gratuitement prises en charge jusqu'à l'accouchement. Cette prise en charge s'efforce de se conformer aux protocoles proposés par les partenaires internationaux (UNICEF, ONUSIDA, OMS, 2001).

Par ailleurs, la baisse des prix des antirétroviraux est un des défis que le gouvernement camerounais s'est imposé. Grâce à de nombreuses négociations avec les organes spécialisés de la Banque Mondiale et de l'ONU (Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA) ces médicaments sont passés de 300 000 et 400 000 FCA à 18 000 et 27 000 FCFA aujourd'hui. L'objectif avoué est de les réduire à 5 000 CFA.

Comme nous pouvons nous en rendre compte, le Cameroun a fait des efforts importants pour se doter d'une structure nationale aux fins de réduire la

pandémie du VIH/SIDA sur son territoire. La descente sur le terrain que nous avons effectuée nous a montré la complexité des cibles et de leurs différents environnements ainsi que les limites de certaines dispositions du PMLS.

LES FOURCHES CAUDINES DU TERRAIN

Les verrous socioculturels

L'organisation sociale et le statut de la femme camerounaise

Si elles semblent confuses et parfois inopérantes dans les grandes villes, les structures et l'organisation sociales traditionnelles marquent encore la vie et les comportements des populations en zone rurale. Dans certains cas, les leaders traditionnels sont des chefs religieux ayant une autorité et une influence morale importante sur les individus.

De la sorte, tout discours et toute pratique visant la sexualité, le statut de la femme, la famille ou les us et coutumes ne sauraient se déployer efficacement en dehors de leur espace d'influence. Le souci de cohésion sociale conduit tout intervenant, quel qu'il soit, à rechercher un consensus qui réduise les tensions et les contradictions sociales. C'est tout le problème de la logique républicaine face aux nombreuses traditions camerounaises. L'association des leaders religieux et traditionnels au PNLS est un élément important de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun. Elle suppose une démarche pédagogique paradoxale visant à la fois le consensus social et la ferme et réaliste détermination que commandent l'urgence de la situation et la progression fulgurante de la maladie. Ce dilemme récurrent est le lot des autorités administratives, représentant de la République, dans les régions à structure sociale fortement traditionnelle.

En effet, qu'il s'agisse de la sensibilisation ou de l'information et de la formation des communautés, le CNLS recommande habituellement à tous les intervenants de considérer les savoirs et les savoir-faire traditionnels comme des expériences dont ils peuvent positivement tirer partie. Il conseille de tenir compte des différentes sensibilités et des interactions institutionnelles, culturelles, démographiques et socio-économiques. Les différentes campagnes de sensibilisation sont balisées par ces contraintes pédagogiques voire stratégiques. A l'image des rapports que l'État républicain du Cameroun entretient avec les traditions, les acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA se gardent

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

constamment d'exacerber les susceptibilités des populations attachées à leurs traditions. On évitera par exemple de prôner une égalité de genre qui réduirait les effets de la prévention et de la sensibilisation.

Privilégiant la santé des personnes, les campagnes de sensibilisation et d'information se contentent, concernant la polygamie par exemple, d'insister sur la fidélité des partenaires toujours possible dans ce type de configuration matrimoniale traditionnelle. Il s'agit d'un problème itératif qu'ont rencontré auparavant les différentes campagnes d'éducation à la parenté responsable (EPR) et de contrôle de l'exposition au risque de grossesse. Etant entendu que 90% des infections au VIH/SIDA se font par voie sexuelle. Au Cameroun, une campagne de santé publique qui semble se soucier prioritairement de ménager l'adversaire en épousant les contours de son terrain se donne-t-elle les moyens d'atteindre ses objectifs? Les premières évaluations du PNLIS nous le diront.

Il nous semble alors que, pour être porteuse, la lutte contre le SIDA doit passer par une approche genre qui reconsidère la relation homme/femme. Ce rapport qui est l'un des piliers de la structure sociale traditionnelle ne saurait être modifié sans remettre toute la société en question. Le problème est d'ordre plus général en Afrique donc au Cameroun (Mburano Rwenge, 1998). Il dépasse la seule perspective de l'infection au VIH/SIDA. Les observations faites par les différents intervenants sur le terrain confirment les résultats des enquêtes et études menées sur la problématique genre au Cameroun (MINCOF-PNUD, 2001).

Soumise au mariage et à la maternité comme obligations éthiques (Tsala Tsala 1986; 1989; 1990; 1996) à la polygamie qui est la forme normative du mariage au Cameroun (Mbarga, 1966; Mbella Mbappe, 1970; Nkouendjin-Yotnda, 1977), la femme camerounaise a une très faible maîtrise de son corps et de sa sexualité face aux sollicitations de son partenaire.

L'ordre traditionnel tarde à lui accorder cette liberté élémentaire de se protéger au-delà et en dépit de ses 'obligations' traditionnelles de procréer et de se marier. Bien plus, certaines coutumes régionales la rendent systématiquement coupable du décès de son mari et la soumettent à des rites de propitiation pour le moins dégradants. D'autres, attachées au lévirat lui imposent d'épouser un des frères ou grands fils du mari défunt. Puisque par le principe du mariage traditionnel, elle appartient à la famille de son mari défunt (Tsala Tsala, 1990). Pire encore, lorsqu'elles sont malades, leur mari

peuvent refuser de se soumettre au test HIV sans redouter la moindre contrainte!

Par ailleurs, l'attitude pro nataliste de certains maris contraint les femmes à accepter une sexualité à risque à leur corps défendant. Il s'agit là d'un sujet de préoccupation majeure au regard des enquêtes les plus récentes qui montrent que 64% des filles de 15 à 19 ans sont mariées ou vivent en union alors que dans la même tranche d'âge les garçons ne sont pas encore mariés (EDSC, 1998). A travers le Ministère de la Condition Féminine, l'État lutte avec plus ou moins de succès contre des pratiques traditionnelles en cours dans certaines régions telles que les mariages précoces (moins de 14 ans), le rapt et le viol (MINCOF 2003; MINCOF-UNICEF, 2002).

Au-delà d'un discours répétitif qui fait habituellement référence à une hypothétique identité culturelle, l'État camerounais semble avoir opté pour une stratégie attentiste et prudente pour préserver les délicats équilibres que lui imposent la diversité de ses sociétés et une histoire nationale qui a fini par faire cohabiter la tradition et la modernité, les croyances traditionnelles et les religions nouvelles (christianisme, islam), les anglophones et les francophones. Cette stratégie de la prudence politique en matières sociale et familiale s'est traduite, entre autres, par la longue élaboration d'un code de la famille et des personnes (plus de 20 ans) dont la publication et l'application semblent renvoyées au calendrier grec depuis l'année 2000.

En somme, le discours aux communautés consiste à leur présenter le VIH/SIDA comme un ennemi commun qu'elles doivent combattre collectivement. Malheureusement, l'adresse aux communautés continue à se conformer aux traditionnelles divisions asymétriques au risque de rater sa cible.

Des connaissances et des croyances sur le SIDA

Aujourd'hui, les connaissances sur le VIH/SIDA et les informations relatives aux IST/SIDA, à leur mode de transmission et aux moyens de les prévenir sont de mieux en mieux assimilées. Mais leur qualité varie en fonction du sexe, de la zone d'habitation et de l'instruction. En effet, les zones rurales semblent plus défavorisées par rapport aux zones urbaines, les personnes peu instruites par rapport à celles qui sont scolarisées, les femmes par rapport aux hommes. Ce que confirment de nombreuses enquêtes sur le sujet (Houehouge, Akam & Rafa Umana, 1990; FOCAP, 1995).

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

Mais certaines résistances apparaissent ça et là se traduisant par des croyances, des pratiques et des comportements à risque. De nombreuses maladies qui se prolongent et les décès qui s'en suivent sont parfois attribués à la sorcellerie. D'aucuns prétendent que le VIH/SIDA comme le cancer peuvent s'attraper par un mauvais sort lancé par une personne malveillante ou jalouse. En conséquence de quoi, malgré la répression des pouvoirs publics, dans les grandes villes et surtout dans les zones rurales (Tsala Tsala, 2001), des guérisseurs et tradithérapeutes prétendent encore pouvoir guérir du VIH/SIDA.

Par ailleurs, l'insistance sur le comportement sexuel a conduit à négliger les autres facteurs de risque. C'est le cas du 'lavement (rituel) des veuves' qui consiste à rompre l'interdiction de la toilette intime imposée à la veuve. La toilette est faite par plusieurs femmes dans des conditions d'hygiène souvent douteuses. Il en est de même du manque de précaution observé lors de certaines pratiques rituelles telles que la circoncision, les scarifications, l'excision, le tatouage et l'autopsie traditionnelle. Les mêmes instruments trempés dans les mêmes décoctions sont proposés aux individus et aux patients par les mêmes personnes. Il n'est pas rare que des personnes âgées et des enfants très jeunes soient ainsi infectés par le virus. On peut alors continuer à justifier la maladie et le décès par la sorcellerie ou le 'poison lent'! Dans les grandes villes, l'usage par les enfants des objets souillés reste une préoccupation pour les parents et les instituteurs. Certains enfants s'amuse à débusquer des préservatifs usés pour en faire des ballons à gonfler.

Les condoms masculin et féminin

Le condom est une source de malentendu perpétuel au Cameroun. Entre ceux qui en font une panacée universelle et ceux qui le refusent catégoriquement, il y a un continuum d'attitudes peu aisées à déterminer. Les premières campagnes '100% condoms' promues dans le plan d'urgence et les campagnes de sensibilisation nationales auxquelles nous avons participé ont rendu compte de la complexité d'un discours recommandant le port du préservatif.

Dans un contexte culturel où la sexualité est traditionnellement liée à la vie et à la procréation, le condom apparaît d'emblée comme une gêne psychologique et mécanique (IRESCO, 1997; Calves, 1999). Son utilisation pose de nombreux problèmes en zones rurales. Il n'est pas toujours disponible et les conditions de conservation ne sont pas toujours garanties. Ceux qui, surtout parmi les jeunes, se

plaignent de la diminution du plaisir dont le condom serait responsable se plaisent à dire avec la plus grande légèreté qu'on ne saurait 'sucer un bonbon avec son emballage'. Des prostituées nous ont régulièrement révélé que certains clients leur proposaient plus d'argent si elles acceptaient des relations non protégées!

Les différentes campagnes de sensibilisation recommandent aux hommes et aux femmes de disposer de condoms dans le cas où leur partenaire n'en aurait pas. Cette recommandation se heurte à de nombreux malentendus. Car la possession de condoms vous fait taxer de débauche ou d'infidélité et installe un climat de méfiance entre les partenaires.

Quant au condom féminin, sa promotion en grande pompe au cours de l'année 2003 s'est soldée par un échec complet. D'abord parce qu'il n'est disponible que dans les grandes villes et en quantité souvent limitée. Ensuite, il est quatre-vingt fois plus cher que le condom masculin. Enfin, les femmes le trouvent trop compliqué à utiliser et leurs partenaires n'en veulent pas du tout. Au-delà des aspects technologiques de son utilisation, le condom féminin pose le problème de la maîtrise de l'acte sexuel. Dans la plupart des traditions ethniques du Cameroun, l'initiative et la conduite de l'acte sexuel reviennent à l'homme. Il peut aisément décider de mettre un préservatif, sa partenaire peut le lui recommander. Mais il acceptera difficilement que sa partenaire prenne unilatéralement la décision de se protéger avec des moyens qui lui soient propres. Ceci pourrait être perçu comme une tentative sacrilège et émasculante de maîtrise et de contrôle de l'acte sexuel. L'introduction du condom féminin s'est avérée prématurée a posteriori dès lors que l'utilisation du condom masculin n'avait pas encore réduit toutes ses résistances.

Bien plus, lorsque le condom est admis, il peut faire l'objet d'une utilisation fétichiste. En effet, certains utilisateurs pensent se prémunir de l'infection au VIH/SIDA par le seul fait d'en posséder un, d'en utiliser sans prendre les précautions nécessaires à son efficacité. Le condom prend alors un statut d'amulette qui ne tient pas compte de l'infection comme phénomène relevant de la logique biologique. Or il ne s'agit pas tant de posséder ou d'utiliser un condom que de s'en servir correctement. Les dernières campagnes de sensibilisation semblent avoir intégré cette dimension si souvent occultée.

Enfin, les religieux (protestants, catholiques, musulmans) accusent le gouvernement et ses

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

partenaires multilatéraux de la campagne '100% condoms' d'inciter la jeunesse à une sexualité précoce, active et dévergondée du fait de leur distribution massive et de leur vente à bas prix. Ce produit subventionné apparaîtrait d'emblée comme le moyen le plus indiqué pour une sexualité sans risque et sans trace (VIH/SIDA, IST, grossesse). La polémique s'est soldée par un compromis qui a modifié le slogan et hiérarchisé les moyens individuels de lutte contre la maladie. Les religieux et le CNLS se sont mis d'accord pour le trinôme : 'Abstinence-fidélité-condom.' Le condom devient le moyen ultime lorsqu'on ne peut être ni chaste, ni fidèle.

Le dépistage

Nous avons déjà signalé que le dépistage est systématique pour les femmes enceintes se présentant dans des centres sanitaires urbains d'une certaine importance. Il en est de même pour les donneurs volontaires de sang. Mais le dépistage volontaire qui est l'une des stratégies du PNLS pose de nombreux problèmes. A l'origine, il répond à la volonté de mieux connaître et de contrôler l'ampleur de la pandémie. Outre la connaissance du statut sérologique de chacun, cette stratégie vise à améliorer l'efficacité de la prise en charge médicale et psychosociale des PVVS. Etant entendu qu'une prise en charge rapide augmente l'efficacité du traitement.

Pourtant, les dispositions prises pour le dépistage volontaire et gratuit au sein des structures sanitaires rencontrent très peu d'engouement de la part des populations. Certaines entreprises ont organisé des dépistages volontaires et gratuits en leur sein en garantissant l'anonymat et la prise en charge médicale totale des PVVS ainsi révélées. Très peu d'employés et cadres ont accepté de s'y soumettre.

En plus du fatalisme propre à une certaine logique religieuse, il est assez courant d'entendre des gens nous répondre: 'Si je connais mon statut sérologique qu'est-ce que cela change?'; 'Je n'aurais jamais les moyens de me soigner'; 'Je ferai la maladie si je le savais'; 'Peut-on vraiment se prémunir contre le SIDA?'. Et même, 'Il faut bien mourir de quelque chose'; 'On a vu des séropositifs vivre plus de dix ans sans se soigner', etc. L'expérience nous a aussi montré que ceux qui prônaient le dépistage systématique et obligatoire n'étaient pas prêts à s'y engager eux-mêmes.

De toute évidence la pratique du dépistage volontaire renvoie les uns et les autres à une responsabilité difficile à assumer. Il est encore largement vécu comme un

dévoilement à l'autre alors même qu'il est d'abord un dévoilement à soi. Cette attitude peut aussi s'expliquer par la forte discrimination et la stigmatisation dont les PVVS et les malades sont encore victimes aujourd'hui.

Stigmatisation et discrimination

En effet, la stigmatisation et la discrimination sont des fléaux surajoutés auxquels la lutte contre le VIH/SIDA est confrontée aujourd'hui. Ces phénomènes aggravent le vécu de la maladie et affectent lourdement les personnes déjà infectées. Or parmi les mesures mises en œuvre par le CNLS pour juguler la pandémie, les questions relatives à l'éthique et aux droits de l'homme ont très peu été prises en compte au départ. On peut clairement observer que de nombreux préjugés accompagnent les PVVS. D'aucuns ont vite associé la maladie à diverses déviances comportementales et sociales. Au départ, le SIDA a été perçu comme une infection touchant les toxicomanes, les prostitués et les homosexuels, des personnes à la moralité et aux comportements sexuels douteux, en somme. A ce jour une personne atteinte du VIH est taxée d'irresponsabilité comportementale. Ce qui correspond à la stigmatisation qui consiste à désigner puis à blâmer une personne pour un acte répréhensible dont elle porte la marque. La stigmatisation vise à dénoncer, à prévenir, à faire honte, à exclure et à dévaluer. Toutes choses qui entraînent frustration et désespoir chez des personnes qui, plus que jamais, ont besoin d'être entourées et soutenues par les leurs.

La stigmatisation qui prend parfois des allures hystériques ne s'explique pas seulement par la méconnaissance de la maladie et de ses modes de transmission. Elle rend compte de la complexité des rapports entre soi et une maladie dont on peut être porteur sans (vouloir) le savoir. Projection pour le moins révélatrice qui peut avoir pour objet généralisé tous ceux qui de près ou de loin représentent la maladie ou la lutte contre elle. Le représentant d'un CLLS d'une petite communauté rurale nous a dit comment son groupe essayait des quolibets de défiance et de méfiance, un tantinet railleurs, tels que 'les gens du SIDA', 'les SIDA'.

La stigmatisation a lieu partout et à tous les niveaux en dehors de toute règle et de toute déontologie. Sur le lieu de travail, il arrive que, en toute illégalité, le test HIV/SIDA soit exigé à l'embauche ou au moment de la signature du contrat. Parfois le dossier médical est transmis à l'employeur sans que l'intéressé soit au courant ou ait donné son accord. La loi sur les congés de maladie et sur la prévoyance sociale qui prévoit que

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

le travailleur peut prendre des congés pour cause de maladie n'est pas toujours appliquée. Les travailleurs séropositifs reçoivent des pressions de la part des employeurs qui leur demandent de démissionner du fait de leurs absences répétées. L'isolement, l'ostracisme ou la quarantaine involontaire ou surnoisement organisée dont ils sont victimes ajoutent à leur désarroi. La violation de leurs droits professionnels s'accompagne d'attitudes et de comportements visant à révéler leur statut sérologique à tous. Ce qui a pour effet attendu de les discréditer et de les empêcher d'entreprendre la moindre démarche de revendication légitime.

Au niveau administratif, les PVVS se voient parfois refuser des actes auxquels ils ont droit. Les banques, les assurances et certaines représentations diplomatiques demandent de plus en plus à leurs clients de se soumettre au test HIV/SIDA. Faute de quoi ils n'obtiennent ni prêt bancaire, ni visa et ne peuvent signer le moindre contrat.

Les PVVS ne sont pas plus en sécurité dans les hôpitaux et formations sanitaires. La violation du secret médical est devenue chose courante. Certains professionnels de la santé n'hésitent plus à désigner les patients porteurs du virus, à leur insu. Ils les font parfois observer comme des animaux en captivité. Cette attitude est loin de s'apparenter à une démarche pédagogique ou de sensibilisation. Elle tient plus d'un voyeurisme stigmatisant qui ne parvient pas à cacher l'angoisse des personnes en relation thérapeutique avec les malades. Certains personnels de santé vont même jusqu'à refuser le contact avec les malades, les privant ainsi des soins dont ils ont besoin. Une autre pratique consiste à dépister systématiquement tous les malades à leur insu. Bien plus, les informations sur le diagnostic et sur les thérapies ne leur sont pas toujours données. Il faut dire que les personnels soignants, les médecins y compris, n'ont pas toujours eu une formation professionnelle et/ou scientifique leur permettant de prendre en charge les PVVS et les malades. Certains ont même des attitudes et des propos inattendus propres à des ignorants sur la maladie.

Au niveau de la recherche, encore embryonnaire au Cameroun, certains chercheurs – même les plus éminents, évoluent en dehors de toute déontologie. Avec l'aval des autorités publiques et des médias locaux parfois, ils dépistent, testent et proposent des thérapies qui n'ont reçu aucune légitimité scientifique et qui ne sont fondées sur aucun protocole d'évaluation

médicale. Les PVVS sont ainsi réduits au rôle de cobayes faciles, souvent à leur insu.

En milieu familial, le membre vivant avec le VIH est souvent désigné comme la cause de tous les malheurs et de tous les fléaux de la généalogie. Les mentalités rétrogrades font de lui la peste du groupe qu'il faut écarter et éloigner à tout prix. Cette attitude de rejet vise non seulement le malade ou le PVVS mais aussi sa famille et son entourage. Pour éviter la stigmatisation pour elles-mêmes, certaines familles se séparent de leurs membres malades. On a vu des parents parquer leurs enfants séropositifs dans des réduits comme des pestiférés. D'autres ne se gênent pas pour révéler la séropositivité des leurs afin de mieux les isoler.

Dans les villages et les villes les veuves et les orphelins vivent parfois un véritable calvaire dès lors qu'ils sont soupçonnés d'être infectés. Il s'ensuit des mesures discriminatoires concrètes qui parachèvent leur isolement. Comme des intouchables, leurs couverts et leurs linges sont systématiquement séparés de ceux des autres membres de la famille. La veuve peut être expulsée et voir ses biens confisqués ou spoliés par la famille du défunt. Ses enfants lui sont enlevés. Elle est très souvent accusée d'avoir infecté son mari, sans preuve bien entendu.

Enfin, de manière parfois inattendue, la stigmatisation et la discrimination sont présentes dans les lieux de culte et dans certaines pratiques religieuses. Si la plupart des grandes religions (christianisme, Islam) s'organisent pour porter assistance spirituelle voire matérielle aux PVVS, certains autres groupes religieux refusent assistance spirituelle et réconfort moral aux PVVS parce que ces derniers sont réputés avoir péché. Leur maladie est alors considérée comme un châtement divin. Ce discours est courant dans certains groupes religieux qui soutiennent et proclament que le VIH/SIDA est une calamité envoyée par Dieu afin que les hommes se convertissent. La culpabilisation à outrance des PVVS réduit non seulement leur espoir de vivre mais surtout leur espérance, lorsqu'ils sont croyants. Bien plus, livrés à leur solitude, ils se font bernés et ruinés par des sectes guérisseuses qui prétendent leur offrir une guérison miraculeuse.

On comprend alors que la stigmatisation et la discrimination finissent par être plus pernicieuses que la maladie elle-même. Elles rendent la prévention difficile en repoussant les malades et les PVVS dans l'obscurité et la clandestinité. Ce que dénonçait le

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

directeur de ONUSIDA quand il prévenait : 'La stigmatisation liée au VIH/SIDA est provoquée par un mélange détonant de honte et de peur... Honte parce que la sexualité ou la toxicomanie qui transmet le VIH est voilée de tabous et de jugements moraux... Peur parce que le SIDA est relativement considéré comme mortel! Répondre au SIDA par la condamnation ou par des insultes à l'égard des personnes vivantes avec le virus n'est que repousser l'épidémie dans la clandestinité créatrice des conditions idéales à la propagation... pourtant, il faut remplacer la honte par la solidarité et la peur par l'espoir.' (Piot, 2001).

Méprises et malentendus autour de la lutte

La gestion administrative et régionale de la mission

Les GTP représentent le CNLS au niveau de la province, ils ont une autonomie administrative et financière. Ils s'adressent aux délégués provinciaux du MINSANTE pour les activités relevant de la Réponse Médicale. Tous les dix GTP étaient médecins jusqu'à la nomination en 2003 d'un inspecteur des affaires sociales dans un GTP. Si les rapports entre le MINSANTE et le CNLS sont clairs et permanents. Il n'en est pas de même de ceux entre les GTP et les Délégués Provinciaux du MINSANTE. L'autonomie des GTP irrite habituellement ces derniers dont le rôle est de coordonner toutes les activités de santé publique au niveau de la province. Par ailleurs, les GTP gèrent souvent des budgets assez importants alimentés d'une part par le MINSANTE et d'autre part par les organismes spécialisés de la Banque Mondiale. Les rapports entre les deux responsables provinciaux — dont les actions sont pourtant complémentaires et clairement définies — se caractérisent par une rivalité conflictuelle qui déteint sur les activités provinciales de lutte contre le VIH/SIDA.

Les conflits tendent à se réduire au fur et à mesure des rencontres de clarification entre les responsables. Le VIH/SIDA est de plus en plus reconnu par ces différents intervenants comme un défi dépassant la seule médicalisation dont elle a si longtemps fait l'objet.

Jusqu'en 2003, l'organigramme du CNLS ne prévoyait pas de structure départementale. La limitation des structures administratives et la promotion des structures communales correspondent au souci de réduire les lourdeurs administratives et les risques de corruption et de détournement des fonds alloués. Les projets des CLLS sont directement financés dans les conditions décrites plus haut. Mais on s'est très vite rendu compte que rien de concret ne pouvait se faire sans l'appui des

préfets qui connaissent mieux les populations locales dont ils ont la charge. La revendication des préfets a été entendue et la création des structures départementales a été décrétée par le MINSANTE avant même que notre mission ne soit terminée.

Cette multiplication des structures a pour but, entre autres, de faciliter le travail des CLLS sur le terrain. Lorsque les autorités administratives ne sont pas impliquées, les CLLS font face à de nombreuses difficultés qui vont du refus de l'autorisation d'accéder aux populations (chefferies) racket en passant par l'intimidation, les menaces et la désinformation. Les CLLS et les ONG locales font souvent du porte à porte avec des moyens dérisoires s'exposant ainsi à toutes sortes de risques. Pour marquer leurs réticences et leur refus voilé, certaines autorités traditionnelles leur proposent de rencontrer les populations les jours où elles ne sont pas disponibles ou dans des lieux inaccessibles.

A quoi s'ajoutent de nombreuses inégalités régionales. Les régions les plus touchées ne sont pas celles qui bénéficient des structures de prise en charge les plus appropriées. Les centres de dépistage sont concentrés à Yaoundé et à Douala. La distribution des ARV est mieux faite dans ces deux grandes villes que dans d'autres.

'Le SIDA a l'argent'

L'un des problèmes de fond auquel le CNLS est confronté est l'idée que ses partenaires et les populations se font d'elle. Tout ce qui touche à la lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun est réputé avoir des moyens financiers sans limite. Que de fois avons nous personnellement été accueilli et avons nous reçu comme argument: 'Le SIDA a l'argent'; 'le SIDA donne l'argent, c'est une affaire d'argent'; 'le SIDA est la bouffe des ONG'? Pour l'opinion publique, le soutien de la Banque Mondiale ne peut se faire qu'à coup de millions de dollars. Certains signes confortent cette opinion. L'acquisition récente d'une quarantaine de véhicules tout-terrain dont une partie fut exposée pendant plus de quatre mois sur les parkings du siège du CNLS et la distribution des ces véhicules rutilants aux responsables du CNLS et aux GTP ont frappé l'opinion.

Au moment où ils n'étaient pas encore intégrés dans le système du CNLS en 2002, des préfets ont observé une augmentation vertigineuse des demandes de création d'ONG ayant pour objectif de lutter localement contre le SIDA. Ils se sont rendus compte plus tard que la prolifération de ces demandes

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

correspondait à l'annonce qu'avait faite le CNLS pour financer les micro projets des ONG luttant contre le SIDA. Toutes ces associations n'ont malheureusement pas pu satisfaire aux contraintes de la Banque Mondiale.

Les difficultés que rencontrent les représentants et les responsables du CNLS à tous les niveaux — dont certaines ont été exposées plus haut — s'expliquent en partie par ce fantasme selon lequel la structure a de l'argent à ne savoir quoi en faire. Le niveau général de corruption de l'administration camerounaise ne s'accommode pas des mesures de contrôle et de suivi de la Banque Mondiale en matière de gestion financière. Lorsqu'elles ne parviennent pas à un compromis, les différentes autorités administratives et traditionnelles développent une animosité revancharde, ouverte ou masquée, envers les personnels et les partenaires du CNLS.

On ne dira jamais assez que les méthodes de la Banque Mondiale s'accommodent peu souvent des pratiques et habitudes locales. La Banque s'oppose au financement des pauses-café et repas prévus dans certaines manifestations et rencontres. Cette logique concerne parfois les *per diem* dans la mesure où on se demande s'il est nécessaire de payer les gens parce qu'on les aide. Mais comment réunir des populations africaines et/ou camerounaises pour un combat commun sans leur donner à boire et à manger ? Un surplus de convivialité contextuelle n'augmente-t-il pas l'efficacité de la communication ? Comment déplacer un chef traditionnel sans prévoir une compensation matérielle et morale ? De nombreux meetings ont tourné court du fait de ce manque de convivialité. En milieu rural, le style de la palabre semble plus efficace que celui qui consiste à rassembler des gens pour leur donner une instruction scolastique fût-elle démonstrative. Il y a là une dimension que le CNLS gagnerait à négocier avec ses partenaires internationaux.

Les malentendus se réduiraient si le CNLS communiquait davantage. En effet, les nombreux partenaires du CNLS se plaignent de ne pas suffisamment connaître les missions, les programmes et les projets de la structure. Une meilleure qualité de l'information pourrait dissoudre une bonne partie des malentendus. Le 'bouche à oreille' (en cours) participe de la rumeur et de la désinformation.

Communication et sensibilisation

Les campagnes nationales de plaidoyer auprès des

populations et des décideurs ont mis en exergue un certain nombre de problèmes souvent inattendus. Ces difficultés et malentendus portent sur l'émetteur du message, le message lui-même et sur ceux à qui il est destiné.

Les partenaires et les représentants du CNLS sont souvent pris à partie par des élus de sensibilités politiques différentes de celle du gouvernement en place. Dans une région anglophone plus ou moins hostile au régime en place, nous avons été accueillis par l'expression murmurée en pidgin 'Na man fo Ongola' (les gens de Yaoundé). Identifiés comme des francophones — bien que bilingues pour certains d'entre nous — les membres de notre mission ont parfois été assimilés à des 'agents du régime'. Si certains élus locaux adhèrent aux missions du CNLS par engagement politique, d'autres transforment les rencontres en revendication généralisée sur les besoins en santé publique de leur localité et sur la politique de santé au Cameroun. L'effort de communication du CNLS consiste alors à insister sur l'urgence de la lutte et sur la nécessité pour tous de s'y impliquer.

Par ailleurs, la sexualité et le discours y afférent restant tabou, il est pratiquement impossible dans certaines régions de mettre ensemble hommes, femmes et enfants pour les sensibiliser. Certaines démonstrations s'avèrent intolérables pour les responsables de ces communautés. Il faut parfois séparer les uns des autres en prenant le risque d'une communication peu efficace du point de vue communautaire. Le côté inattendu et nouveau du discours sur la sexualité provoque des réactions aussi inattendues que le voilement de la face des femmes qui ne veulent pas voir, l'attention soutenue sur des détails superfétatoires au détriment des objectifs pédagogiques à atteindre, des rires sous cape.

La sensibilisation à travers les médias est de plus en plus importante. Les messages de prévention se multiplient sur toutes sortes de support. Mais leur distribution reste inégale. Toutes les régions ne sont pas couvertes en ondes radiophoniques ou télévisuelles. Malgré la multiplication des radios locales, toutes les communautés ne reçoivent pas les informations en leur langue.

En l'absence de lieux de loisirs pour les jeunes, ces lacunes favorisent la prolifération des vidéoclubs qui proposent essentiellement des films de violence et des films pornographiques. Ces derniers promeuvent une sexualité à risque paradoxalement valorisée.

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

Aspects réglementaires et juridiques

Selon les juristes qui se sont penchés sur la question (Minkoa She, 2003), il n'existe pas de législation spéciale sur le SIDA au Cameroun. Les problèmes liés au SIDA sont habituellement résolus en référence à la législation du droit commun sur les maladies contagieuses.

Dès 1968 le Cameroun a pris des dispositions d'ordre sanitaire en vue d'assurer la protection de la population contre les maladies transmissibles. Ces mesures impliquent l'obligation d'examen, de dépistage et de contrôle. Le problème est de savoir si le VIH/SIDA entre dans cette catégorie. Il s'agit d'abord d'une opération fort coûteuse qui devrait logiquement intégrer la prise en charge de toutes les personnes testées positives.

La loi portant protection de la santé publique (1964) fait obligation de déclarer les maladies contagieuses. Quid du secret professionnel auquel sont tenus médecins et chirurgiens? Or le SIDA ne fait pas encore partie des maladies à déclaration obligatoire. Si la dérogation est possible pour protéger la santé des populations et combattre certaines maladies contagieuses en évitant leur propagation, il faut encore distinguer les maladies à déclaration obligatoire des maladies à déclaration facultative. La loi renvoie à un décret d'application qui n'a jamais été pris à ce jour. Elle précise ce pendant que, en attendant, les dispositions antérieures restent valables. Seulement, un arrêté de 1954 propose deux listes dans lesquelles le SIDA ne saurait figurer, compte tenu de la postériorité de son apparition.

D'autre part, les dispositions concernant les vaccins sont inopérantes puisque le vaccin contre le SIDA n'existe pas. Bien plus, aucune disposition législative ne traite de la prévention. Par contre, les dispositions propres à la lutte contre la prostitution peuvent être appliquées en matière de prévention. Depuis les années 70 une série de dispositions légales permet à la police de procéder à des rafles dans les milieux de la prostitution et de conduire les prostituées dans des centres médicaux spécialisés aux fins de dépister celles qui souffrent de IST/MST. Un centre anti-vénérien a d'ailleurs été construit près d'un grand commissariat de Yaoundé à cet effet. Les prostituées porteuses de maladies sexuellement transmissibles sont théoriquement amenées au parquet pour 'propagation de maladies contagieuses'. Mais s'agissant du VIH/SIDA, le problème de la légalité des dépistages non volontaires se pose de nouveau.

On pourrait aussi se référer au code du travail qui traite de la nécessité pour les employeurs de prendre des mesures d'hygiène et de sécurité du travail pour protéger la santé des employés. En effet, le service médico-social de l'entreprise est tenu de surveiller les risques de contagion. De la sorte, le médecin du travail est tenu de déclarer tous les cas de maladies contagieuses. Mais comme nous l'avons déjà relevé, le SIDA n'est pas une maladie contagieuse. Finalement, les dispositions légales qui existent à ce jour ne sont pas adaptées au VIH/SIDA.

Il arrive que des personnes séropositives connaissant leur statut sérologique décident de propager la maladie pour 'réparer l'injustice dont elles sont victimes'. 'Je ne vais pas mourir seul' disent certains. Il y a quelques années une jeune femme s'est prise à ce jeu macabre et a donné cent noms de partenaires avant de mourir! S'agissant de la répression de la contamination, le droit se préoccupe de savoir si cette dernière est volontaire, involontaire ou accidentelle. Comment en constituer la preuve? La contamination volontaire renvoie à 'l'empoisonnement'. Mais le SIDA est-il une substance mortifère? Que non. De plus, l'empoisonnement n'est pas une infraction autonome en droit camerounais. Ce dernier reconnaît l'assassinat par empoisonnement comme circonstance aggravante. (cf. art. 276/1 du code pénal). Minkoa She (2003 : 6) relève la complexité d'un tel rapprochement: 'On pourrait à la rigueur, retenir la qualification de tentatives d'assassinat par empoisonnement, ce qui n'est guère satisfaisant, car il importe de pouvoir réprimer la transmission du virus du SIDA comme infraction consommée, pour préserver la possibilité de sanctionner la tentative même de l'inoculation'. Si la contamination volontaire est qualifiée de 'activités dangereuses' au regard de la loi, elle tombe sous le coup de l'article 260 du code pénal qui traite de la propagation des maladies contagieuses en ces termes: '... est puni d'un emprisonnement de trois ans celui qui par sa conduite, facilite la communication d'une maladie contagieuse et dangereuse'. La pratique officielle tend à retenir et à reconnaître la tentative d'assassinat. Ce que confirme le professeur Joseph Mbede (1992), ministre de la santé publique à l'époque, lorsqu'il déclarait dans le quotidien national: 'Nous pouvons néanmoins être amené à appliquer l'article 260(1) du code pénal pour les sujets séropositifs a fortiori les sidéens qui, informés de leur état continuent sciemment de disséminer la maladie aux autres.' (Cameroon tribune n°4277 du 02 décembre 1992, p.14).

Toutefois, pour que l'infraction suppose un acte

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

facilitant la contagion, il faut encore que l'individu en soit conscient, qu'il ait eu connaissance de la maladie au moment de l'acte et que sciemment, il continue à avoir des rapports non protégés. Mais il s'agit d'une infraction de résultat. En effet, il n'est pas moralement indispensable que la volonté soit d'atteindre ce résultat. Il suffit qu'elle y tende par la connaissance de la nature du danger. Or la transmission du SIDA n'est pas simple contagion de la maladie. La répression s'avère donc insuffisante pour une maladie qui donne la mort.

Enfin, comment établir la preuve de l'acte volontaire de contamination si les partenaires sont nombreux et infectés? La preuve de la connaissance de la séro-positivité au moment de l'acte est nécessaire. Comment débusquer le délinquant si le médecin évoque le secret professionnel auquel il est tenu? La complexité des aspects juridiques et judiciaires du VIH/SIDA est si dense qu'à ce jour aucun procès n'a été intenté en la matière. Il faut dire que l'urgence est ailleurs. Quand bien même le Cameroun disposerait d'une loi satisfaisante en la matière il faudrait encore qu'elle soit appliquée.

CONCLUSION

A travers l'expérience camerounaise, nous avons voulu montrer comment un pays africain entreprend de lutter contre le SIDA et tente de résoudre les problèmes que génère une telle entreprise. Moyennant quoi, nous avons fait apparaître les problèmes spécifiques d'une société dont la complexité et la diversité sont des caractéristiques majeures. Les représentations sociales de la maladie — de cette nouvelle maladie, de la vie et de la mort, les croyances, les cultures locales, les comportements sexuels, les différents statuts de la femme, le rapport du citoyen à l'État républicain et aux autorités traditionnelles, les religions sont autant de 'partenaires' avec lesquels tous les programmes doivent entrer en négociation s'ils veulent être assurés d'un minimum d'efficacité. Mais l'efficacité de la lutte passe aussi par la segmentation des cibles en fonction des difficultés rencontrées.

Comme nous l'avons signalé, le Cameroun s'est doté d'une structure et d'une organisation sérieuses et cohérentes pour étendre la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA sur toute l'étendue du territoire. Si l'action du CNLS est importante, elle rencontre de nombreuses difficultés liées d'une part à une communication apparemment peu adaptée et insuffisante, et d'autre part, à la résistance des structures traditionnelles qui se voient menacées dans leurs fondements par un discours égalisateur donc

irrévérencieux. Toutes choses qui nous font penser que la lutte contre les VIH/SIDA au Cameroun prend l'escalier alors que le VIH/SIDA a résolument pris l'ascenseur. D'où notre titre.

Pourtant, l'heure n'est pas au découragement. Nous n'aurons pas la prétention irraisonnée d'apporter des solutions radieuses à toutes les limites que nous venons d'évoquer. Nous voulons contribuer à une réflexion et à une praxis qui pourraient aider les décideurs à redoubler de courage politique pour combattre une pandémie qui prend aujourd'hui des allures de catastrophe protéiforme.

Certes, la prévention sollicite le changement de comportement individuel et communautaire. Ce dernier gagnera à être renforcé par la modification des structures de la lutte en cours. Comment pourrait-on continuer à lutter contre le VIH/SIDA au Cameroun en ignorant la perpétuelle asymétrie des rapports de genre et en contournant ou en ménageant les structures sociales traditionnelles toujours si influentes sur l'orientation des comportements individuels et communautaires? Les participants aux derniers ateliers provinciaux de plaidoyer et de sensibilisation gagneraient à faire des propositions courageuses non politiciennes qui puisent leur efficacité dans un souci équitable de santé publique. Le cas que nous avons analysé peut à maints égards rejoindre les observations valables ou faites dans d'autres pays africains. Mais il rend compte de la manière particulière dont le Cameroun s'attaque au défi que constitue la pandémie du VIH/SIDA compte tenu de son histoire et de ses ressources actuelles. Quand bien même le combat, l'adversaire et les armes seraient les mêmes pour tous, chaque gladiateur a son style, ses appréhensions, ses rythmes, ses tactiques, ses limites et ses fantasmes. Ce qui fait de son combat une épreuve toujours particulière. Ce dont l'ensemble des partenaires et des sponsors devraient tenir compte s'ils veulent véritablement lui venir en aide.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Akam, E & Arroga (1992). Analyse de l'enquête sur les connaissances, attitudes, pratiques et croyances relatives au SIDA dans les provinces du Nord-ouest et du Sud-ouest, (rapport d'étude), Yaoundé: IFORD.
- BUCREP (1998). Enquête démographique et de santé. Cameroun. EDS 98 (Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population. Ministère des Investissements Publics et de l'aménagement du territoire).
- Calves, A. (1999). Condom use and risk perceptions among male and female adolescents in Cameroon. Qualitative evidence from Edéa. Paper presented at the annual meeting of Population Association of America held in New York.
- Cameroun Tribune, n° 4277 du 02-12-1988 (déclaration du ministre de la Santé Publique MBEDE Joseph).
- CNLS (2000a). Rapport technique: enquête nationale sur la séroprévalence du VIH et

L'ascenseur et l'escalier — la lutte contre le SIDA au Cameroun

- de la syphilis, Yaoundé: CNLS/GTC, Unité épidémiologique.
- CNLS (2000b). Plan stratégique de lutte contre le SIDA au Cameroun. Yaoundé : CNLS/GTC: Septembre.
- CNLS (2001a). Programme multisectoriel de lutte contre le SIDA. Manuel d'exécution. Yaoundé.
- CNLS (2001b). Programme multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA. Manuel d'exécution des appuis aux communautés de base. Yaoundé : CNLS/GTC: (draft). Février.
- CNLS (2002). Mise en œuvre du processus participatif de lutte contre le VIH/SIDA par les communautés de base. Guide méthodologique de formation des formateurs. Yaoundé : CNLS/GTC.
- CNLS (2004). Stratégie de communication du Programme Nationale de Lutte contre le VIH/SIDA du Cameroun (doc. élaboré par J.-Ph. Tsala Tsala, Misse Misse & P.J. Bikanda). Yaoundé : CNLS/GTC:
- Eboko, F. (1999). Logiques et contradictions internationales dans le champ du Sida au Cameroun. Autre part, le sida des autres. Paris: Editions de l'Aube-IRD, 12: 123-140.
- Eboko, F. (2000). Risque -Sida, pouvoir et sexualité. La puissance de l'Etat en question au Cameroun (235-262). In G. Courade (dir.) *Le désarroi camerounais. L'épreuve de l'économie mondiale*. Paris: Karthala.
- Eboko, F. (2002). Pouvoirs, jeunesse et sida au Cameroun. Politique publique, dynamiques sociales et constructions des sujets. Thèse de science politique. IEP-CEAN, Université de Bordeaux.
- Eboko, F. (2003). Institutionnaliser l'action publique en Afrique. Le cas de la lutte contre le sida au Cameroun (texte provisoire) <http://www.cean.u-bordeaux.fr/eboko.pdf>
- Enquête Camerounaise sur les Ménages (ECAM II) (2002). Ministère de l'Economie et des finances/Direction de la statistique et de la Comptabilité nationale (MINEFI/DSCN). Yaoundé.
- Enquête Démographique et de Santé du Cameroun (EDSC 1998). Ministère de l'Economie et des finances. Direction de la Statistique et de la Comptabilité nationale (MINEFI/DSCN). Yaoundé.
- FOCAP (1995). Etude des connaissances, attitudes et pratiques des filles mères de Yaoundé vis-à-vis du planning familial, (rapport d'étude), Yaoundé: FOCAP.
- Fotso, M., Ndonou, R., Libite, P.R., et al., (1999). Enquête Démographique et de Santé, Cameroun 1998. Calverton, Maryland, USA : Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population et Macro International Inc.
- Garcia, C.J. et al. (1992). HIV Seroprevalence Study among Commercial Sexual Workers in Yaoundé and Douala. Rapport d'étude. Yaoundé, doc. ined
- GTZ/PSR/JA (2001). Statistiques du SIDA, Yaoundé. GTZ/PSR/JA, Mars 2001.
- Gruénais, M.-E. (1999). *Organiser la lutte contre le Sida en Afrique. Une étude comparative Etat/société civile*. Paris: ANRS-IRD.
- Gruénais, 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.
- Houehouge, A, Akam, E, Rafa U. H. (1990). Enquête sur les connaissances, attitudes, pratiques et croyances relatives au SIDA (provinces du Nord-ouest et du Sud-ouest), rapport d'étude préliminaire, Yaoundé. CNLS/ GTZ/IFORD, p. 89.
- IRESO (1998). Le phénomène de la prostitution au Cameroun. Programme Régional SIDA en Afrique Occidentale et Centrale. Yaoundé: GTZ.
- IRESO (1997). Etude des facteurs de résistance à l'acceptabilité des condoms dans les provinces septentrionales du Cameroun. (Rapport d'étude). Yaoundé.
- Kuate Defo (sous la direction de) (1998). *Sexuality and Reproductive Health during adolescence in Africa, (with special reference to Cameroon)*. Ottawa: University of Ottawa Press.
- Mbarga, E. (1966). Quelques réflexions sur le projet de loi organisant l'état civil au Cameroun oriental et portant diverses dispositions relatives au mariage. *Penant*, 7-12: 285-307.
- Mbella Mbatte, R. (1970). A propos de deux lois sur le mariage au Cameroun. *Penant*, 730: 410 -440.
- Mbembe, A. (2000). *De la postcolonie. Essai sur l'imagination politique en Afrique contemporaine*, Paris: Karthala.
- Mburano Rwenge. (1998). Statut de la femme, comportements sexuels et SIDA en Afrique subsaharienne : le cas du Cameroun. *Etude des populations africaines*, II, 13: 7-21.
- MINCOF (2003). Stratégie sectorielle de promotion féminine. Yaoundé : Ministère de la Condition Féminine.
- MINCOF/PNUD (2001). Etude du milieu en vue de l'identification des problèmes de genre dans les zones pilotes (Adamaoua, Nord-Ouest, Ouest, Littoral). Etude réalisée par le Cabinet SEPCEP Consultants (J.-Ph. Tsala Tsala). Yaoundé: Ministère de la Condition Féminine.
- MINCOF/UNICEF (2002). Recueil de textes juridiques comportant des dispositions discriminatoires à l'égard des femmes. Yaoundé : Ministère de la Condition Féminine.
- MINEFI (2003). Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), Yaoundé: Ministère de l'Economie et des Finances.
- Minkoa She, A. (2002). SIDA. Le droit camerounais à l'épreuve. *Les Cahiers de Mutations*, 9: 6 (janvier).
- Njikam, S. (1998). Adolescents beliefs and perceptions toward sexuality (217-232). In: Defo Kuate (sous la direction de), *Sexuality and Reproductive Health during Adolescence in Africa, (with special reference to Cameroon)*: Ottawa: University of Ottawa Press.
- Nkouenjin-Yotnda (1977). Du droit de boxer sa femme. *Penant*, 755: 5 - 9.
- Pinay, P, Hyda J, Siransy L et al. (1997) Lutte contre le risque résiduel de VIH par les produits sanguins au CNTS d'Abidjan. Xème Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Abidjan, Côte d'Ivoire, 7-11 décembre.
- Piot, P (2001). Discours (extrait). Conférence Mondiale des Nations Unies contre le Racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance. Durban du 31 août au 7 septembre 2001.
- Songue, B. (1993). *SIDA et prostitution au Cameroun*. Paris: L'Harmattan.
- Salla Ntounda, R. (1993). 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.
- Tsala Tsala, J.-Ph. (1986). Du côté de la femme africaine. Mariage à double tour et ouvertures. *Nouvelle Revue de Psychologie*, 6/7: 175-193.
- Tsala Tsala, J.-Ph. (1989). Divorce et culpabilité chez la femme camerounaise. La médiation inachevée. *Dialogue, Recherches Cliniques et Sociologiques sur le Couple et la Famille*, 105: 111-123.
- Tsala Tsala, J.-Ph. (1990). La dot endettée ou la question du père. Problématique psychologique de la dot au Cameroun. *Cahiers de sociologie économique et culturelle. Ethnopsychologie Revue Internationale*, 14: 85-96.
- Tsala Tsala, J.-Ph. (1996). La mère camerounaise et son enfant drépanocytaire (167-191). Cl. Herbaut & J.-W. Wället (sous la direction de), *Des sociétés. Des enfants. Le regard sur l'enfant dans diverses cultures*. Amiens: Licorne et Paris: L'Harmattan ('Villes plurielles').
- Tsala Tsala, J.-Ph. (2001). Medicina tradicional y sistema de salud publica en Camerun. *Siso/Saude*. 35: 48 -57.
- UNICEF, ONUSIDA, OMS (2001). Suivi et évaluation (au niveau local) de la prévention intégrée de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à revenus faibles. (doc ined. Projet 03/2001).

Full text version of

SAHARA J available online at

www.sahara.org.za