ANALYSE DU SYSTEME COMMUNAUTAIRE DANS LE CADRE DE LA REPONSE CONTRE LE VIH, LE PALUDISME ET LA TUBERCULOSE AU CAMEROUN

RAPPORT FINAL DE L'ETUDE

FIS CAMEROOUN
Décembre 2016

Country Coordinating Mechanism
Instance de Coordination Nationale

Publié par
For Impacts in Social Health (FIS)
www.fiscameroon.org
P.O Box : 2286 Yaoundé
Office: 242 010 116
Email : contact@fiscameroon.org

Décembre 2016

COMITE DE PILOTAGE

Bertrand KAMPOER, Directeur Exécutif FIS Cameroon

Anicet DIGUI, FIS Cameroon

Benoit BISSOHONG, FIS Cameroon

EQUIPE DE RECHERCHE

Investigateur Principal :

Bienvenu NGUEJIO TSOBENG, Expert en santé publique

Co investigateurs :

Henri BITHA, Expert en santé communautaire

Thybaut Victor FOUMANE, Consultant en politiques publiques

Bernard Nelson ESSIMI ALIMA, Consultant en sciences sociales

Ferdinand TABI, Consultant en système communautaire

Patrick YOBA, Informaticien

Edwin EKOI, FIS Cameroon

Marlyse Gladys BILE, FIS Cameroon

FIS Cameroon

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 4
SIGLES ET ABREVIATIONS 6
LISTE DES TABLEAUX 8
REMERCIEMENTS 9
RESUME EXECUTIF.....10
1. Contexte et justification de l'étude 12
1.1. Généralités sur le Cameroun.....12
1.1.1. Contexte géographique et démographique 12
1.1.2. Environnement socio-économique, politique et gouvernance 12
1.2. Secteur santé au Cameroun.....13
1.3. Contexte du Système communautaire 14
1.4. Justification de l'étude.....16

2. Revue de la littérature sur la santé communautaire au Cameroun ..18

3. Objectifs et résultats attendus de l'étude 20
3.1. Objectif général 20
3.2. Objectifs spécifiques 20
3.3. Résultats attendus 20

4. Méthodologie de l'étude 21
4.1. Lieux de l'étude 21
4.2. Préparation, participation, recrutement 21
4.3. Cibles de l'étude 22
4.4. Déroulement de la collecte des données 23
4.5. Méthode d'analyse des données collectées 23
4.6. Considérations éthiques 23

5. Présentation des résultats 24

5.1. Organisation et coordination des activités communautaires dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose 25

5.2. Stratégies et politiques pour la participation communautaire dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose 33

5.3. Capacités des acteurs communautaires engagés dans la lutte contre la maladie 39

5.4. Evaluation des risques de la réponse communautaire et proposition des stratégies de gestion 41

5.5. En lien avec le renforcement des capacités institutionnelles, planification et développement du leadership dans le secteur communautaire. 45

6. Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces.....47

6.1. Forces 47

6.2. Faiblesses 47

6.3. Opportunités 49

6.4. Menaces 49

Conclusion.....50

Recommandations 52

BIBLIOGRAPHIE 54

ANNEXES 56

SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV: Antirétroviraux
AS: Aire de Santé
ASC: Agent de Santé Communautaire
CTD : Collectivité Territoriale Décentralisée
C2D: Contrat de Désendettement et de Développement
CAMNAFAW: Cameroon National Association for Family Welfare
CEMAC: Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CMA: Centre Médical d'Arrondissement
CNERSH: Comité National d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine
CNLS: Comité National de Lutte contre le Sida
CNS: Comptes Nationaux de Santé
COGE: Comité de Gestion
COGEDI: Comité de Gestion du District
COSA: Comité de Santé
COSADI: Comité de Santé du District
CSI: Centre de Santé Intégré
DLMEP: Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et Pandémies
DS: District de Santé
ECAM: Enquête Camerounaise sur les Ménages
ECD: Équipe Cadre de District
FIS: For Impacts in Social Health
FOSA: Formation Sanitaire
GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunisation
GIC: Groupe d'Initiative Commune
GTR: Groupe Technique Régional
IADM: Initiative d'Allègement de la Dette Multilatérale
IEC : Information, Education, Communication
IST: Infections Sexuellement Transmissibles
MILDA: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MINEPAT: Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINSANTE: Ministère de la Santé Publique

NC : Note Conceptuelle

NMF: Nouveau Model de Financement

NTIC: Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

OBC: Organisation à Base Communautaire

OMD: Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

OSC: Organisation de la Société Civile

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PEC: Prise en Charge

PECADOM : Prise en Charge à Domicile

PEPFAR: President's Emergency Plan for AIDS Relief

PIB: Produit Intérieur Brut

PNLP: Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNLT: Programme National de Lutte contre la Tuberculose

PPAC: Plan Pluri Annuel Complet

PPTE: Pays Pauvre et Très Endetté

PR: Principal Récipiendaire

PROVARESSC: Plateforme des Organisations de la Société civile pour la Promotion de la Vaccination et le Renforcement du Système de Santé au Cameroun

PTF: Partenaire Technique et Financier

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

PVVIH: Personnes Vivants avec VIH

RCA: République Centrafricaine

RSC: Renforcement du Système Communautaire

RSS: Renforcement des Systèmes de Santé

SIDA: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

SR: Sous Récipiendaire

SSP : Soins de Santé Primaire

SWAp: Approche Sectorielle de Santé

TB: Tuberculose

TIC: Technologie de l'Information et de la Communication

UA: Union Africaine

VAD: Visites à Domicile

VC: Volontaire Communautaire

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Cibles de l'étude par niveau 22

Tableau 2 : Profil des participants et nombre d'entretien réalisé par niveau 24

Tableau 3 : Outils de l'information et de la communication utilisés pour la remontée des données de terrain 29

Tableau 4 : Mécanismes communautaires d'obligation de rendre compte à la hiérarchie utilisés dans le cadre des activités communautaires de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose 31

Tableau 5 : Stratégies d'information de la population pour la participation communautaire dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose 34

Tableau 6 : Conceptions que les organisateurs se font des activités communautaires et avantages de ces dernières 35

Tableau 7 : Types de participation communautaire pratiquée par les membres de la communauté dans la lutte contre les trois maladies 37

Tableau 8 : Moyens incitatifs utilisés pour la participation communautaire dans la lutte contre les trois maladies 38

Tableau 9 : Typologie des capacités dont disposent les acteurs communautaires engagés dans la lutte contre les trois maladies 40

Tableau 10 : Risques répertoriés sur le terrain 48

Tableau 11 : Stratégies de prévention/gestion des risques identifiées sur le terrain 42

Tableau 12 : Identification des populations-clés en fonction des maladies cibles 42

Tableau 13 : Récapitulatif des types d'actions entreprises par les populations affectées 43

Tableau 14 : Récapitulatif des aptitudes de mobilisation des membres de la communauté 44

Tableau 15 : Modalités d'accès financières appliquées aux populations-clés 44

Tableau 16 : Facteurs limitant l'accès des populations-clés aux services de prévention, diagnostic et traitement 45

Tableau 17 : Identification des moyens de travail des OBC et ASC 46

Tableau 18 : Analyse des faiblesses et actions correctrices 47

REMERCIEMENTS

L'étude sur l'Analyse du Système Communautaire dans le cadre de la Réponse contre le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose au Cameroun, a été réalisée grâce à un appui financier de BACKUP Santé, un programme mondial mis en œuvre par la société Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) et mandaté par le Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ) », sur recommandation de l'ICN Cameroun. Elle s'inscrit dans le cadre du Contrat d'Exécution N° 0179 du 18 octobre 2016, entre le Ministère de la Santé Publique et l'organisation de la Société Civile ''For Impacts In Social health '' (FIS Cameroon).

L'étude a été réalisée sous la Coordination de Bienvenu NGUEJIO TSOBENG, Expert en santé publique, investigateur principal.

L'organisation de la Société Civile ''For Impacts In Social health '' (FIS Cameroon), tient également à exprimer ses remerciements à l'ICN Cameroun, et le Ministère de la Santé Publique, pour leur appui technique et/ou financier à la finalisation de cette étude.

Les remerciements vont également :

- ✓ à toutes les parties prenantes ayant participés aux différents processus notamment, l'investigateur principal, les co-investigateurs, les personnes interviewées, les enquêteurs des régions de l'Adamaoua, du Sud-Ouest et du Centre Cameroun et les superviseurs;
- ✓ au Comité Régional d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine du Centre
- ✓ à l'équipe de ''FIS Cameroon'' .

RESUME EXECUTIF

Dans la riposte nationale contre les maladies, les communautés constituent un maillon essentiel en matière de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH. Elles sont un partenaire privilégié dans la prévention et le continuum des soins. Elles apportent en outre au discours de santé publique, à la planification et à la prise de décision, une «réalité vécue» et une richesse de compétences, des connaissances et une compréhension des conséquences réelles de la maladie. Cependant, comme tout autre engagement humain, celui des acteurs communautaires n'est pas exempt de difficultés. C'est dans le but de mieux apprécier la performance du système de santé dans sa composante communautaire et d'optimiser son apport dans le cadre de l'élaboration des notes conceptuelles 2018 que la présente étude a été commanditée.

L'objectif général est de fournir des éléments de base pertinents sur le fonctionnement du système communautaire au Cameroun dans le cadre de la réponse contre le VIH, le paludisme et la tuberculose.

Notre approche transversale et descriptive a pris en compte les trois niveaux du système national de santé. L'étude s'est déroulée au niveau central à la Direction Lutte contre la Maladie, les épidémies et les pandémies, la Direction Organisation des soins et de la technologie sanitaire, la Direction Promotion de la Santé, les programmes de lutte contre la TB, le Paludisme et le VIH, les ONG ayant en charge la lutte contre ces trois maladies et un volet communautaire ont été concernés. Ont également faits partie des lieux d'étude, les délégations régionales de santé publique du Centre, du Sud-ouest et de l'Adamaoua (niveau intermédiaire), les districts de santé de Ngaoundéré urbain et rural, Efoulan, Djoungolo, Buea et Tiko (niveau périphérique) qui ont été retenus au niveau régional sur la base de leurs performances.

Pour mener l'étude, un entretien individuel semi-structuré a été réalisé auprès de chaque responsable des programmes de lutte contre la TB, le Paludisme et le VIH au niveau central, intermédiaire et du district de santé. Des focus groups ont été également réalisés auprès des membres des organisations communautaires de lutte contre ces trois maladies (COSADI, COSA, relais communautaires). Une analyse qualitative des données a été réalisée. Il s'est agi d'une analyse thématique qui a consisté à regrouper et à discuter de la ressemblance ou de la différence des idées majeures des enquêtés, puis a suivi leur interprétation. Un total de 70 entretiens a été réalisé soit 55 entretiens individuels et 15 entretiens de groupes.

Il ressort de l'analyse que le système communautaire au Cameroun se présente différemment selon qu'on se trouve du côté des acteurs institutionnels, des partenaires au développement ou encore des acteurs de terrain qu'on retrouve au sein des communautés. En effet, si l'ensemble de ces acteurs communautaires sont d'accord sur l'harmonisation des approches communautaires et notamment dans la lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme, les réalités sur le terrain présentent quant à elles diverses pratiques contradictoires de nature à disperser les

énergies pouvant servir dans la réponse contre ces trois maladies. Il va ainsi de la planification des activités à la mise en œuvre puis au suivi et à l'évaluation des desdites activités. A ce niveau, les pratiques sont parfois différentes et varient même d'un programme à un autre où chacun positionne au niveau de la communauté ses acteurs afin de mener les activités. Les modalités de motivations, les moyens de travail ainsi que les outils sont autant d'éléments qui permettent de dire qu'un effort d'harmonisation effectif des activités communautaires dans le double souci de canaliser les énergies s'impose à travers l'intégration des acteurs et activités communautaires, puis dans l'ultime but de rendre efficace la réponse communautaire. Les communautés toutes entières, les populations affectées, les populations clés au regard de leur implication encore faible dans les activités de santé communautaire, devraient d'avantage être sensibilisées afin d'atteindre les objectifs de lutte contre ces trois maladies.

L'élaboration d'une politique nationale de réponse communautaire devrait donc, en ce qui concerne ces trois maladies, se mettre autour des faiblesses identifiées afin d'en apporter des correctifs pour des actions plus concrètes et des interventions productives. Aussi, anticiper sur les différents risques évoqués afin de garantir la pérennité du système communautaire au Cameroun. Il ne serait cependant pas intéressant de se satisfaire des forces identifiées et d'en rester là, il s'avère d'ailleurs qu'il est nécessaire dans un contexte de renforcement du système communautaire, de chercher en permanence l'amélioration des stratégies, politiques ainsi que les moyens de lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme. L'Etat camerounais, en tant que premier garant des droits liés à la santé et des droits de l'homme, devrait optimiser la gouvernance des soins de santé communautaires notamment par l'application effective des normes du guide national encadrant les interventions sous directives communautaires et en instaurant une instance de coordination au sein du Ministère de la Santé Publique pour mutualiser les ressources et assurer la supervision, le suivi et l'évaluation des activités communautaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Au regard des résultats, l'importance des difficultés observées, le fonctionnement harmonieux du système communautaire actuel au Cameroun dans le cadre de la réponse contre le VIH, le paludisme et la tuberculose, appelle des actions urgentes pour résorber le problème. Ainsi, il est important de mener des actions visant à apporter un souffle nouveau tant en ce qui concerne l'organisation, la coordination des activités communautaires, mais aussi sur tous les autres items que le présent travail s'est attelé à analyser. Ces mesures et actions correctrices ont été compilées sous forme de recommandations.

1. Contexte et justification de l'étude

1.1. Généralités sur le Cameroun

1.1.1. Contexte géographique et démographique

La République du Cameroun, pays d'Afrique Centrale, s'étend du Golfe de Guinée au Lac Tchad, entre le 2ème et 13ème degrés de latitude Nord, le 9ème et 16ème degrés de longitude Est. Sa situation géographique particulière explique la diversité de son climat et de son paysage. Ceci permet le découpage du pays en quatre principales zones écologiques :

- La zone côtière couvrant les Régions du Littoral, du Sud et du Sud-ouest avec beaucoup de précipitations ;
- La zone sub-sahélienne couvrant les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-nord ;
- La zone forestière couvrant les Régions du Centre, du Sud et de l'Est, avec un climat humide et pluvieux ;
- La zone des Hauts-plateaux couvrant les Régions de l'Ouest et du Nord-ouest.

Le Cameroun a une superficie de 475 650 km². Il est limité à l'Est par la République Centrafricaine, au Nord-est par la République du Tchad, au Sud par la République du Congo, la République du Gabon et la République de Guinée Équatoriale, au Sud-ouest par l'Océan Atlantique et à l'Ouest par la République Fédérale du Nigeria. Il est divisé en 10 régions administratives et présente une grande diversité culturelle avec plus de 230 groupes ethniques et deux langues officielles (le français et l'anglais). Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme. Le recensement général de la population et de l'habitat conduit en 2005 a rendu officiel les résultats en 2010. La population du Cameroun en 2015 est estimée à 21 917 602 habitants

1.1.2. Environnement socio-économique, politique et gouvernance

Le Cameroun est un pays à régime présidentiel avec plus de 200 partis politiques exerçant en toute liberté. Le pays est divisé en 10 régions administratives, 58 départements et 360 arrondissements. La population tire ses revenus principalement des activités agro-pastorales et de l'exportation des matières premières (pétrole, aluminium, cacao, café, coton, banane, etc). Les produits manufacturés étant pour l'essentiel importés. La pauvreté est l'une des principales caractéristiques de la société camerounaise actuelle, selon ECAM 2 et 3, elle touche en moyen 40 % de la population (40,2% en 2001 et 39,9% en 2007). La prévalence est de 55% en milieu rural contre 12% en milieu urbain. Toutefois, le Cameroun constitue un pilier important de la sous-région. Il est membre de l'Union Africaine (UA), de la Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC), de la Ligue Arabe, du Commonwealth et de la Francophonie. La décentralisation de l'appareil étatique et des structures de développement est en cours depuis 2010.

Sur l'approche genre, il n'existe pas de disparité selon le sexe pour l'offre des services de vaccination, mais il

existe des populations spéciales pour qui les stratégies de vaccinations spécifiques doivent être menées pour une couverture optimale telle que les populations dites marginales (pygmées, Mbororos, les pécheurs, les montagnards et les populations transfrontalières) ainsi que les réfugiés. En raison de l'instabilité dans la sous-région, le Cameroun offre actuellement l'hospitalité à plus de 291 000 réfugiés et demandeurs d'asile provenant de pays limitrophes et principalement de la République centrafricaine (RCA), du Nigéria et du Tchad. Ces populations se retrouvent majoritairement dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua et de l'extrême-Nord. Il existe également les populations déplacées à cause de l'insécurité dans certaines zones de la région.

Depuis 2007, le Gouvernement s'est engagé dans la voie de la décentralisation marquant ainsi un tournant décisif vers la responsabilisation des collectivités locales. La société civile, bien qu'active reste encore peu organisée pour rendre visible sa contribution au développement socio-économique du pays. Toutefois, le Ministère de la Santé Publique a rendu public les textes sur la démarche partenariale. Des mesures ont été prises, en vue de l'amélioration de la gestion des biens publics de l'Etat.

1.2. Secteur santé au Cameroun

Le système national de santé est pyramidal à trois niveaux :

- Le niveau central ou stratégique est constitué des services centraux et apparentés avec 07 hôpitaux centraux ou assimilés.
- Le niveau intermédiaire est constitué de 10 Délégations Régionales de la Santé Publique et 12 hôpitaux régionaux ou assimilés.
- Le niveau opérationnel ou périphérique constitué de 189 districts de santé, subdivisés en 1766 aires de santé desservies chacune par une ou plusieurs formations sanitaires. Le pays compte 173 hôpitaux de district, 97 CMA, 1570 centres de santé publics et 470 centres de santé privés confessionnels.

Le secteur santé s'articule lui-même en trois sous-secteurs : un sous-secteur public, un sous-secteur privé et un sous-secteur traditionnel. L'offre de service est dominée par le sous-secteur public avec 56% des structures sanitaires et 66 % des ressources humaines . Le sous-secteur privé confessionnel quant à lui représente 14% des structures sanitaires et 19% des ressources humaines en santé. Ce sous-secteur regroupe des structures sanitaires privées à but non lucratif (confessions religieuses, associations et diverses ONG et Organisations de la Société Civile) et celles à but lucratif.

Les dépenses totales en santé au Cameroun représentaient 4% du PIB en 2011 et étaient supportées essentiellement par les ménages (52,2%), le budget de l'état (32,9%) et les fonds des bailleurs (14,4%) ; les contributions des employeurs ne représentant que 0,5%. Le volume de ces dépenses totales en santé était de 503 984 766 906 FCFA avec près de 93% de dépenses courantes et 7% de dépenses en capital (CNS, 2011) .

Une analyse du budget alloué au ministère de la Santé montre qu'il a baissé, passant de 5,90 à 5,01% de l'enveloppe nationale entre 2011 et 2014 . En l'absence des données sur les budgets santé des secteurs apparentés de prestataires de soins, il est difficile d'apprécier le taux réel des ressources allouées par l'Etat au secteur santé. Toutefois, il convient d'affirmer que le Cameroun est encore très éloigné de la Déclaration d'Abuja qui préconise que

15% du budget national soit alloué au secteur de la santé.

Le Cameroun a bénéficié de financements innovants de la santé suite aux nombreuses initiatives internationales visant l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à l'horizon 2015 et des Objectifs du Développement Durable (ODD) depuis 2016. Il s'agit des financements de l'Alliance Mondiale pour la Vaccination et l'Immunisation (Global Alliance for Vaccines and Immunisation ou GAVI), du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose, de la Facilité Internationale de Financement pour la Vaccination, de l'UNITAID, etc. Par ailleurs, l'allègement de la dette du Cameroun à travers les mécanismes de l'initiative PPTE a apporté des ressources additionnelles au secteur santé (C2D, PPTE, IADM). L'approche sectorielle de santé (SWAp) lancé officiellement le 17 juin 2010, qui a fait place au concept de Programme Conjoint, apparaît comme un instrument clé de mobilisation et d'optimisation de l'utilisation des ressources pour la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de la santé.

Le processus de décentralisation pourrait offrir de nouvelles opportunités de financement du secteur santé à travers les possibilités de financement sur fonds propres des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD), la mobilisation des ressources locales et le transfert des compétences.

Les stratégies mises en œuvre au cours des dernières années ont des effets positifs sur certains indicateurs sanitaires : le taux de mortalité infantile est passé de 80,5‰ à 62‰, tandis que la prévalence du VIH/SIDA a régressé de 5,5 à 4,5%. Toutefois, le secteur de la santé est appelé à gérer les défis en permanence. La mortalité maternelle reste encore élevée (782 décès pour 100 000 naissances vivantes).

1.3. Contexte du Système communautaire

Dans la riposte nationale contre les épidémies, le secteur communautaire constitue un maillon essentiel en matière de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH. Il est un partenaire privilégié dans la prévention et le continuum des soins. La participation du système communautaire est fondée sur son avantage à offrir les services de proximité aux populations. Il offre des prestations en matière de santé dans les domaines parfois hors de portée du système institutionnel et/ou difficile d'accès. Il intervient également dans la collaboration et la complémentarité avec les structures de santé ; en particulier en ce qui concerne les groupes marginalisés et les groupes vulnérables qui ne fréquentent pas les structures de santé. Les organisations communautaires à travers le réseautage, le lobbying participent au plaidoyer et à la mobilisation stratégique au niveau national et international et qui peuvent avoir un impact en matière de changement politique et réglementaire dans le domaine santé.

Dans le paysage national, le système communautaire est caractérisé par deux mécanismes principaux :

- La participation des communautés dans les structures de dialogue suivant la pyramide sanitaire à travers les Comités de Santé du District (COSADI) et les Comités de Gestion du District (COGEDI) au niveau des Districts Sanitaires et les Comités de Santé (COSA) et Comités de Gestion (COGE) au

niveau des Centres de Santé ;

- La mobilisation communautaire à travers les organismes tels que les ONG, les Associations à base communautaire ou Groupes Communautaires, les réseaux, les organisations confessionnelles.
- Dans le domaine du VIH, le second mécanisme est le plus actif et le plus développé dans la mise en œuvre des interventions communautaires, en particulier grâce à la forte diversité des intervenants et aux documents-cadres publiés à cet effet :
- Guide pour la mobilisation communautaire SMNI/PTME/PECP à l'intention de l'intervenant communautaire, 2012 ;
- Guide national d'intégration des interventions sous directives communautaires au Cameroun, septembre 2012 ;
- Guide national de la délégation des tâches pour la PEC du VIH/Sida au niveau opérationnel au Cameroun, janvier 2013.

L'implication de la communauté est effective à travers la mise en œuvre de plusieurs programmes et projets avec la contribution des populations clés elles-mêmes. Par exemple dans le cadre de la subvention du Fonds Mondial, NMF pour la composante VIH ; un PR et 02 SR de la société civile ont été recruté pour les aspects relatifs au volet communautaire.

PEPFAR finance des interventions communautaires en PTME dans 04 régions du pays (Littoral, Nord-Ouest, Sud-Ouest, Ouest) ainsi qu'en direction des populations clés. Bien que non exhaustif, cette description des interventions / organisations communautaires et des structures de coopération entre les différentes organisations peut servir de base au renforcement du système communautaire dans le cadre de la note conceptuelle.

En revanche, la mise en œuvre des interventions de lutte contre la tuberculose a été jusqu'à lors concentrée au niveau des établissements de santé. Très peu d'organismes communautaires y sont impliqués. Aussi, pour renforcer le volet communautaire de la Tuberculose, les organisations communautaires qui interviennent sur le VIH sont davantage mises à contribution. Il s'agit d'intégrer la question de la Tuberculose dans les interventions des ASC. C'est là non seulement une façon de bien considérer le VIH dans la Tuberculose et vice versa, mais aussi être plus efficient dans les interventions communautaires.

Les interventions communautaires s'effectuent aussi bien au niveau du dépistage, du continuum des soins de santé VIH, de la création d'un environnement favorable pour lever les obstacles à l'accès à la prévention et aux soins des populations clés. La mobilisation dans l'environnement socioculturel et politique.

Dans le continuum des soins pour la lutte contre le VIH/SIDA, les principales activités mises en œuvre en milieu communautaire sont les suivantes :

- Activités de prévention et de pair-éducation,
- La promotion et distribution des préservatifs,
- Le conseil et dépistage du VIH et des IST ;
- L'orientation et l'accompagnement ;
- Le suivi et l'accompagnement psychosocial des PVVIH ;

- L'orientation vers les services de PEC;
- La recherche et réintégration des perdus de vue dans la file active des formations sanitaires,
- Le Soutien aux personnes marginalisées ou victimes de discrimination (PVVIH, HSH) ;
- Le Soutien psychosocial des PVVIH sous traitement ARV ou non : VAD, aide à l'observance, préparation du patient et Visites à Domicile, le suivi psychologique et social .
- Dans l'environnement socio culturel et politique :
- Le Plaidoyer en faveur des politiques et de cadres législatifs favorables et appropriés pour l'accès aux services de soins de qualité,
- Suivi et plaidoyer en faveur d'une meilleure protection des droits humains et d'un meilleur accès aux soins de santé.
- Lutte contre la stigmatisation et la discrimination en milieu communautaire et dans les formations sanitaires des PVVIH et des populations clés.
- Plusieurs acteurs interviennent dans le secteur communautaire de la santé:
- Les ONG ;
- Les organisations à base communautaire/GIC Santé ;
- Les pairs éducateurs ;
- Les agents relais communautaires ;
- Les agents de santé communautaires ;
- La communauté (famille, chefs traditionnels, leaders communautaires, les CTD)
- Les rôles et les responsabilités des différents intervenants communautaires sont définis dans le Guide national d'intégration des interventions sous directives communautaires au Cameroun, septembre 2012.

Le mécanisme de financement et d'appui technique aux interventions communautaires sont de deux types :

- L'autofinancement par les membres des associations à travers les cotisations périodiques ;
- La mobilisation de ressources financières et technique auprès des partenaires nationaux et des bailleurs de fonds internationaux pour le renforcement des capacités la mise en œuvre des activités à travers les programmes et projets.

En général, les interventions communautaires sont essentiellement adossées aux programmes et projets financés par les PTF.

1.4. Justification de l'étude

Les communautés sont importantes pour la réponse à la maladie, à l'échelle mondiale, régionale, nationale et locale. Elles parviennent à faire un travail que les services classiques de lutte contre la maladie sont incapables de faire. Elles apportent au discours de santé publique, à la planification et à la prise de décision, une «réalité vécue» et une richesse de compétences, des connaissances et une compréhension des conséquences réelles de la maladie. Cependant, ces communautés ne peuvent pas apporter cette contribution critique sans soutien. Le renforcement des systèmes communautaires peut être un moyen efficace pour ce qui est de la fourniture de ce soutien nécessaire mais les avantages pouvant y découler devront être mis à profit. Une réponse à la maladie sans une implication pleine, entière et intégrée des communautés

serait inévitablement inefficace, mais une réponse nationale qui embrasse et soutient l'engagement global des communautés et des populations les plus touchées peut conduire à l'éradication de la maladie.

La vision de la nouvelle stratégie sectorielle 2016-2027 est « Le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales avec la participation communautaire à l'horizon 2035». La matérialisation de cette vision implique une bonne compréhension du système communautaire actuel. Le Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme, la Tuberculose et le VIH est l'une des meilleures opportunités à saisir par les pays pour renforcer leur système communautaire plus spécifiquement et, globalement, le système de santé.

En effet, plus d'un tiers des investissements du Fonds Mondial est destiné à aider les pays à construire des systèmes résistants et durables pour la santé afin qu'ils puissent mieux protéger leurs citoyens contre les maladies de toutes sortes et de répondre à des épidémies plus efficacement. Pour veiller à ce que les investissements du Fonds Mondial dans les systèmes de santé aient le plus grand impact possible, BACKUP Santé fournit une assistance technique dans le domaine des Renforcement des Systèmes de Santé (RSS) y compris dans le domaine du renforcement et de l'intégration des systèmes communautaires, l'amélioration des services pour les principales populations affectées et le développement des capacités des organisations de la société civile à intégrer les mesures de RSS dans les notes conceptuelles du Fonds Mondial.

BACKUP Santé soutient actuellement, un programme du FIS « Observatoire communautaire sur la réponse des communautés à la maladie dans le cadre du NMF» afin de mieux apprécier la performance du système de santé dans sa composante communautaire et d'optimiser son apport dans le cadre de l'élaboration des notes conceptuelles 2018. La finalité de cette activité est de fournir des éléments de base pertinents au cours du Dialogue National qui serviront à faire des propositions d'interventions fortes fondées sur les évidences à prendre en compte dans les NCs 2018 en lien avec le RSC. Il s'agira d'analyser les quatre principales fonctions du système communautaire, à savoir : 1. Suivi au niveau communautaire de l'obligation redditionnelle ; 2. Plaidoyer pour la responsabilité sociale ; 3. Mobilisation sociale, renforcement des liens communautaires, collaboration et coordination; 4.Renforcement des capacités.

2. Revue de la littérature sur la santé communautaire au Cameroun

La recension des écrits sur le fonctionnement du système communautaire au Cameroun nous a amenés à articuler notre travail autour d'un certain nombre d'éléments à savoir : la définition du système communautaire, la politique nationale et les stratégies en matière de santé communautaire, l'organisation et le fonctionnement du système communautaire. Pour mieux comprendre le système communautaire, différents documents disponibles ont été utilisés : 1) les guides nationaux sur le système communautaire au Cameroun ; 2) des textes du Ministère de la Santé Publique du Cameroun portant sur le système communautaire et d'autres ouvrages portant sur la santé communautaire.

Pour permettre une meilleure compréhension du système communautaire dans le cadre d'un système de santé, un éclairage sur le concept de santé communautaire s'avère indispensable. D'après le MINSANTE (2012), la notion de participation communautaire apparait pour la première fois dans les politiques de santé en 1978 à la conférence d'Alma Ata, lors de l'adoption des soins de santé primaires. La participation populaire est devenue un moteur de la santé communautaire. En effet, les individus de la communauté sont appelés à participer à la prise de décisions concernant les actions et les conditions à mettre en place en ce qui concerne leur santé (Jourdan, O'Neill, Dupere, & Stirling, 2012). Dans l'histoire, la prestation de soins de santé primaires est dominante au développement de la santé communautaire. Dans une vision plus contemporaine, la santé communautaire constitue une pratique multidisciplinaire et multisectorielle d'intervention et de recherche dans le champ du sociosanitaire (Boucher, 2016).

Ainsi, selon le MINSANTE (2012), le système de santé basé sur la participation communautaire ou système communautaire renvoie à une organisation locale de la communauté visant la participation de la communauté constituée des structures de dialogue et des agents de santé communautaires (ASC) élus par la communauté elle-même. Les structures de dialogue renvoient à un cadre de rencontre et de concertation entre l'État, la communauté, et les autres partenaires pour réfléchir, décider et gérer la santé dans tous ses aspects et dans le respect de la politique nationale (MINSANTE, 2009). Il s'agit d'une plateforme d'échange, qui permet une implication et une participation des membres de la communauté au processus décisionnel en rapport avec leur santé (Görgen, 2004; MINSANTE, 2010).

D'un point de vue législatif et réglementaire, la loi n°90/053 de la 19/12/90 portante liberté d'association et complétée par l'arrêté n°0033 CAB/MSP du 21 septembre 1998 fixant les modalités de création des structures de dialogue communautaire dans les districts de santé permet la participation communautaire à la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les structures de dialogue et de participation

communautaire sont de deux ordres au niveau du district de santé : le comité de santé de l'aire et le comité de santé du district. Elles visent la promotion de la gestion décentralisée des services de santé, à travers un partenariat entre les pouvoirs publics, les communautés bénéficiaires et les autres intervenants en matière de santé.

Elles apparaissent comme le lieu d'expression de la participation communautaire et constituent par conséquent, une composante du système de santé et se retrouvent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (MINSANTE, 2009). Les structures de dialogue ne sont pas des entités autonomes dans le système de santé camerounais. Les structures administratives et d'appui constituent la porte d'entrée pour toutes les autres structures. Son fonctionnement n'est pas optimisé. On trouve des disparités énormes sur le terrain, certaines fonctionnent bien, d'autres n'existent que de nom (MINSANTE, 2012).

L'agent de santé communautaire (ASC) quant à lui renvoie à un prestataire œuvrant pour les programmes de santé et au service de sa communauté (MINSANTE, 2012). Il s'agit d'un homme ou d'une femme appartenant à une communauté, choisi, soutenu par celle-ci et formé pendant une courte durée pour s'occuper de ses problèmes de santé sous la supervision des services de santé. Le MINSANTE a opté pour l'approche intégrée sous directives communautaires qui vise entre autre l'harmonisation des interventions sanitaires au sein de la communauté afin de résoudre les multiples problèmes de santé auxquels font face les populations. Ainsi, plusieurs programmes prioritaires ont été mis sur pied parmi lesquels le VIH, le paludisme et la tuberculose. Ces programmes utilisent les membres de la communauté dans le cadre du partenariat État/Communauté. Il s'agit des agents de santé communautaire (ASC), appellation retenue par le Cameroun ainsi que le modèle d'intégration séquentiel. Ici, le groupe d'ASC constitué intervient dans tous les domaines d'intervention des programmes concernés.

Relevons que dans le contexte camerounais, l'ASC, bien qu'étant acteur de la participation communautaire, ne doit pas être membre d'une structure de dialogue. Cette dernière participe au processus de sélection et d'évaluation des ASC dans une communauté. Les ASC jouent donc plusieurs rôles dans leur communauté : mettent en œuvre le paquet intégré d'interventions ; collectent et transmettent les informations sanitaires au responsable de l'aire de santé de sa localité ; participent à la surveillance épidémiologique des maladies ; servent de courroie de transmission entre la communauté et les services de santé ; rendent compte au chef de la communauté. Par ailleurs, le MINSANTE a développé un outil opérationnel d'orientation du cadre organique, institutionnel et organisationnel pour la planification, la mise en œuvre harmonieuse et l'évaluation des activités sous directives communautaires dans un document de référence ou guide national d'intégrations des interventions sous directives communautaires sur lequel nous nous sommes inspirés parmi d'autres sources pour réaliser cette recension d'écrits.

3. Objectifs et résultats attendus de l'étude

3.1. Objectif général

Fournir des éléments de base pertinents sur le fonctionnement du système communautaire au Cameroun dans le cadre de la réponse contre le VIH, le paludisme et la tuberculose, qui serviront à faire des propositions d'interventions pertinentes fondées sur les évidences à prendre en compte dans les NCs 2018 en lien avec le RSS.

3.2. Objectifs spécifiques

1. Analyser l'organisation et la coordination des activités communautaires dans la lutte contre les trois maladies;
2. Décrire les stratégies et politiques pour la participation communautaire dans la lutte contre les trois maladies ;
3. Identifier et répertorier les capacités des acteurs communautaires engagés dans la lutte contre la maladie ;
4. Évaluer les risques de la réponse communautaire et suggérer des stratégies de gestion de ces risques ;
5. Identifier les populations clés dans le contexte de la lutte contre la TB, le Paludisme et le VIH ; Analyser leur accès aux services et les facteurs limitant leur accès aux services de prévention, diagnostic et traitement;
6. Analyser les performances (forces, faiblesses, opportunités et menaces) des activités communautaires ;
7. Suggérer des recommandations stratégiques pour améliorer la réponse communautaire y compris les directives, les politiques et les stratégies.

3.3. Résultats attendus

Au terme de cette étude, les résultats suivants sont attendus :

- Une analyse de l'organisation et de la coordination des activités communautaires dans la lutte contre la TB, le Paludisme et le VIH sont faites ;
- Les stratégies et les politiques pour la participation communautaire dans la lutte contre la TB, le Paludisme et le VIH sont décrites ;
- Les capacités des acteurs communautaires engagés dans la lutte contre la maladie sont identifiées et répertoriées ;
- Une évaluation des risques de la réponse communautaire et une proposition des stratégies de gestion de ces risques sont faites ;
- Une identification des populations clés dans le contexte de la lutte contre la TB, le Paludisme et le VIH est faite ainsi qu'une analyse de leur accès aux services et les facteurs limitant leur accès aux services de prévention, diagnostic et traitement ;
- Les performances (forces, faiblesses, opportunités et menaces) des activités communautaires sont analysées ;
- Des recommandations et stratégies sont proposées pour améliorer la réponse communautaire ;
- • Des mesures concrètes pour diffuser les résultats aux acteurs principaux sont décrites.

4. Méthodologie de l'étude

Cette section aborde la méthode et la démarche que nous avons suivie pour mener à bien notre projet d'étude. Nous présentons le terrain, notre technique d'enquête et la méthode d'analyse qui ont été utilisées. Enfin, nous décrivons les considérations éthiques qui ont supportées et accompagnées notre démarche sur le terrain.

4.1. Lieux de l'étude

Cette étude a pris en compte les trois niveaux du système national de santé. Elle s'est déroulée au niveau central à la Direction Lutte contre la Maladie, les épidémies et les pandémies, la Direction Organisation des soins et de la technologie sanitaire, la Direction Promotion de la Santé, les programmes de lutte contre la TB, le Paludisme et le VIH, les ONG ayant en charge la lutte contre ces trois maladies et un volet communautaire ont été concernés. Ont également faits partie des lieux d'étude, les délégations régionales de santé publique du Centre, du Sud-ouest et de l'Adamaoua (niveau intermédiaire), les districts de santé Ngaoundéré urbain et rural, Efoulan, Djoungolo, Buea et Tiko (niveau périphérique) qui ont été retenus sur la base de leurs performances pour cette étude.

4.2. Préparation, participation, recrutement

Une rencontre de validation du protocole de recherche a eu lieu entre les consultants et les commanditaires du projet de recherche. Des démarches en vue de l'obtention d'une clairance éthique auprès du Comité régional d'éthique de la recherche pour la santé humaine du Centre ont été faites par le commanditaire du projet de recherche. Les délégations régionales de santé et les districts de santé participant à l'étude ont été choisis en fonction des zones de mise en œuvre des programmes de lutte contre les trois maladies, de l'existence ou non d'un système communautaire fonctionnel et du budget disponible. Trois régions sanitaires et 06 districts de santé soit 2 par régions ont été retenus pour l'étude.

4.3. Cibles de l'étude

Tableau 1 : Cibles de l'étude par niveau

Niveau	Directions/MINSANTE	CNLS	PNLP	PNLT	CCM
Central **Entretiens individuels**	**Direction Promotion de la Santé :** Sous-Directeur de la prévention et de l'action communautaire **Direction Organisation des soins et de la technologie sanitaire** : Sous-directeur SSP ou chef service participation communautaire **Direction Lutte contre la Maladie, les épidémies et les pandémies** : Sous-Directeur lutte contre le VIH/SIDA, les IST et la tuberculose ; Sous-Directeur lutte contre le Paludisme et les maladies tropicales négligées **Division de la Coopération :** Cellule du Partenariat national	Secrétaire Permanent (SP) ou SPA Chef section Partenariat et mobilisation sociale (réponse locale)	Secrétaire Permanent (SP) ou SPA Chef section Partenariat et mobilisation sociale (réponse locale)	Secrétaire Permanent (SP) ou SPA Chef section Partenariat et mobilisation sociale (réponse locale)	Secrétaire Technique Secrétaire Technique du bénéficiaire principal Bénéficiaire principal société civile PROVARESSC
Régional **Entretiens individuels**	Délégué régional santé publique Chef de brigade de contrôle des activités et des soins de santé Chef de bureau Formation et Partenariat	Coordonnateur du GTR Chef d'Unité régional ou coordonnateur régional Chef section Partenariat et mobilisation sociale (réponse locale)	Coordonnateur du GTR Chef d'Unité régional ou coordonnateur régional Chef section Partenariat et mobilisation sociale (réponse locale)	Coordonnateur de l'Unité régional ou coordonnateur régional Chef section Partenariat et mobilisation sociale (réponse locale)	Sous bénéficiaires (4)
District **Focus groups ou Entretiens individuels**	Chef de district **Chef bureau de santé** Chef bureau partenariat Président comité de santé du district				
AS **Focus groups ou Entretiens individuels**	Chef de l'Aire de santé	Relais communautaires (2)	Relais communautaires (2)	Relais communautaires (2)	
Communauté Focus groups		Organisation de la Société Civile OSC (Horizon femmes, Reach Out, SYDEV)			

4.4. Déroulement de la collecte des données

Un entretien individuel semi-structuré a été réalisé auprès de chaque responsable des services centraux, des sous bénéficiaires, des programmes de lutte contre la TB, le Paludisme et le VIH, du niveau régional et des districts de santé ciblés. Des focus groups ont été également réalisés auprès des membres des organisations communautaires de lutte contre la maladie (COSADI, COSA, relais communautaires

Au regard des enregistrements, le calendrier des rencontres, le choix des sites et des heures pour les entretiens individuels et collectifs ont obéit aux exigences calendaires et professionnels des cibles. Les lieux ont varié par exemple des bureaux (lieux de service), sur le terrain en activité (séminaires, activité de terrain…). Un instrument unique a été administré aussi bien pour les entretiens individuels que pour les discussions de groupe. Un enregistreur audio a été utilisé pour un meilleur recueil des données.

4.5. Méthode d'analyse des données collectées

Une analyse qualitative des données a été réalisée. Il s'est agi d'une analyse thématique qui a consisté à regrouper et à discuter de la ressemblance ou de la différence des idées majeures des enquêtés, puis a suivi leur interprétation. La collecte et l'analyse des données de cette étude se sont déroulées dans une approche itérative. La transcription des données collectées a été faite au fur et à mesure que se faisait la collecte.

4.6. Considérations éthiques

Le projet de recherche de cette étude a été soumis à l'appréciation de l'antenne du Comité National d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine (CNERSH) du MINSANTE pour la Région Sanitaire du Centre. Afin de s'assurer que la participation des informateurs se déroule de manière libre et éclairée, chaque enquêté a préalablement pris connaissance des objectifs de l'étude et de la confidentialité des données à recueillir. Chacun a été informé de sa participation libre et volontaire à l'étude et de l'absence de préjudice en cas de désistement. Chaque enquêté a également été informé des avantages et inconvénients de sa participation ainsi que de la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude, et ce, sans aucun préjudice.

5. Présentation des résultats

La présente étude a été organisée autour de 07 principales thématiques à savoir : l'organisation et la coordination des activités communautaires dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose ; les stratégies et politiques pour la participation communautaire dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose ; les capacités des acteurs communautaires engagés dans la lutte contre ces maladies ; les risques de la réponse communautaire et suggestions des stratégies de gestion de ces risques ; les populations clés et accès aux services de prévention, diagnostic et traitement (facteurs limitant l'accessibilité) dans le contexte de la lutte contre la TB, le Paludisme et le VIH ; les performances (forces, faiblesses, opportunités et menaces) des activités communautaires et enfin, les suggestions des recommandations pour améliorer la réponse communautaire y compris les directives, les politiques et les stratégies. La restitution des résultats de cette enquête ainsi que leurs analyses et interprétation que nous engageons ici abordent par conséquent chacune de ces différentes thématiques.

Tableau 2 : Profil des participants et nombre d'entretiens réalisés par niveau

Niveau		Profil des participants	Méthode d'enquête	Nombre d'entretien réalisé
Services Centraux et OSC	Directions, sous-directions et cellules	- Sous-directeur de la prévention et de l'action communautaire ; - chef de service paludisme ; - Sous-directeur lutte contre le VIH/SIDA, les IST et la tuberculose ; - chef service participation communautaire ; - Chef Cellule du Partenariat national.	Entretien Individuel	05
	Programmes	- Chef section Partenariat et mobilisation sociale (réponse locale) ; - SPA ; - Chef Section prise en charge des cas ; - Chef Unité prise en charge des cas.	Entretien Individuel	04
	CCM	- Secrétaire technique.	Entretien Individuel	01
	PROVARESSC	- Point focal PROVARESSC.	Entretien Individuel	01
Adamaoua	DRSP	- Chef bureau formation et partenariat ; - GTR SIDA ; - GTR TB ; - CAMNAFAW	- Entretiens Individuels - Entretiens groupe	03 02
	DS	- CDS (Ngaoundéré urbain, Ngaoundéré rural) ; - CBS ; - Président COSADI.	Entretien individuel	04
	AS	- Chef de l'AS de Sabongari; - Relais communautaires SIDA ; - Relais communautaires paludisme ; - SYDEV.	- Entretiens Individuels - Entretiens groupe	04 03

Centre	DRSP	- PF PTME ; - Chef bureau formation et partenariat ; - Responsable suivi-évaluation GTR CNLS Centre ; - Personnel appui PNLT ; - Sous-bénéficiaires (FESADE ; ACMS ; IRESCO ; CAMNAFAW.).	Entretien Individuel	08
	DS	- Point focal communication ; - Chefs de bureau santé (Districts Efoulan, Djoungolo).	- Entretiens Individuels - Entretiens groupe	05 03
	AS	- Chef de l'AS ; - Relais communautaires ; - Président COSA ; - Responsables CEAM ; AJO ; Horizon femme).	- Entretiens Individuels - Entretiens groupe	05 04
Sud-Ouest	DRSP	- Chef bureau partenariat ; - Coordonnateurs régionaux PNLP, PNLT, CNLS ; - CCM	Entretien Individuel	09
	DS	- Chef du DS ; - COSADI.	Entretien Individuel	02
	AS	- Chef de l'AS ; - Relais communautaires ; - Responsables OSC.	- Entretiens Individuels - Entretiens groupe	04 03

Un total de 70 entretiens a été réalisé soit 55 entretiens individuels et 15 entretiens de groupes.

5.1. Organisation et coordination des activités communautaires dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose

5.1.1. Identification des acteurs impliqués dans l'organisation et la coordination des activités communautaires dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose

Parler de l'organisation et de la coordination des activités communautaires dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose exige préalablement d'identifier les différents acteurs qui assurent cette organisation et cette coordination. Dans le cadre de cette étude, deux principaux types d'acteurs ont été identifiés. D'une part, nous avons les acteurs institutionnels, c'est-à-dire ceux appartenant à une administration/institution particulière et d'autre part les acteurs et membres de la communauté, à l'instar des OSC, OBC, structures de dialogue, groupes particuliers des personnes affectées et infectées etc.

Notons dans ce sens que, l'organisation et de la coordination de ces activités communautaires dans le cadre de la lutte contre ces trois maladies va du niveau central au niveau opérationnel.

Nous avons à ce titre au niveau central :

➢ la Sous-Direction des Soins de Santé Primaires à travers le Service de la Participation Communautaire qui s'occupe du développement et du suivi de la mise en œuvre de la participation communautaire aux soins de santé. Plus spécifiquement, du développement du partenariat avec les communautés en vue du renforcement de leur implication dans la promotion de la santé;

de la mise en place, de la formation et de l'encadrement des structures de dialogue; du suivi et de l'évaluation des activités des structures de dialogue.

➢ La Sous-Direction de la Lutte contre le VIH/SIDA, les infections sexuellement transmissibles et la Tuberculose qui est chargée entre autre du suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA, les IST et la tuberculose; de l'élaboration des stratégies de prévention, d'information, d'éducation et de communication pour la lutte contre le VIH/SIDA, les IST et la Tuberculose, en liaison avec les organismes concernés.

➢ La Sous-Direction de Lutte contre le Paludisme et les Maladies Tropicales Négligées est chargée de la mise en œuvre des programmes de lutte contre le paludisme et les maladies tropicales négligées ; de la prise en compte des mesures de prévention et de prise en charge du paludisme et des maladies tropicales négligées dans les programmes et projets de développement socio-économique des communautés.

➢ La Sous-Direction de la Prévention et de l'Action Communautaire s'occupe de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie gouvernementale et du cadre de référence de promotion de la santé; de la mobilisation sociale en faveur de la santé; de la mise en place et de la diffusion des méthodes de sensibilisation visant à prévenir les principales causes de maladie, d'invalidité et de décès; de la formulation et de la coordination de toutes les actions d'éducation pour la santé.

➢ La Division de Coopération à travers la Cellule du Partenariat National qui est chargée de l'élaboration, de la coordination et du suivi des conventions de partenariat avec les Organisations Non Gouvernementales nationales.

Les différents enquêtés rencontrés admettent de façon unanime que le premier niveau de l'organisation et de la coordination des activités communautaires dans le cadre des maladies qui nous intéressent dans cette étude est celui qui se fait par les acteurs susmentionnés qui, représentent autant d'instruments chargés de la mise en œuvre des missions du MINSANTE ; l'une de ces missions étant justement relative à la définition du périmètre d'intervention des acteurs communautaires. Les actions ainsi organisées et coordonnées au niveau central, suivant le schéma hiérarchique propre à l'organisation de notre administration, redescendent au niveau des délégations régionales de la santé publique, puis des districts de santé, des aires de santé et enfin des formations sanitaires. Seulement, relèvent les enquêtés, compte tenu de la grande capacité opérationnelle des programmes de lutte contre ces maladies sur le terrain, les directions et sous-directions sont, en quelque sorte, astreintes à se borner le plus souvent à des activités davantage administratives. De plus, les contraintes budgétaires font que ces directions et sous-directions n'ont pas toujours les moyens de se déployer, d'organiser et de coordonner les activités communautaires. En d'autres termes, ce sont davantage les différents programmes de lutte contre ces trois maladies qui assurent, du point de vue de cet enquêté-ressource, la coordination des activités communautaires sur le terrain.

Nous pouvons également faire mention des GTR qui, dans le cadre de leurs activités signent des contrats de partenariat avec des associations. Ces associations ont pour rôle d'aider les Unités de Prise en Charge et les Centres de Traitement Agrées notamment dans le cadre du VIH. Elles sont mobilisées pour l'appui psychosocial des PVVIH et la recherche des perdus de vue.

Le second niveau de l'organisation et de la coordination est celui qui est fait par la société civile. En fonction de leurs cahiers de charge respectifs, les organisations de la société civile participent également à l'organisation et à la coordination des activités communautaires. Dans un contexte caractérisé par une multiplicité et une diversité des OSC impliquées dans la lutte contre ces trois maladies, il est difficile pour chacune de ces organisations d'organiser et de coordonner, chacune à son niveau, les activités de lutte contre ces maladies. C'est pour contourner cette difficulté que des plates-formes d'OSC sont mises sur pied dans le but de créer une dynamique d'action entre ces OSC de façon à mieux organiser et coordonner collectivement les activités de riposte contre ces maladies. PROVARESSC est l'une de ces plates-formes.

L'existence de plates-formes collaboratives des OSC ne signifie cependant pas que les différentes OSC-membres de celles-ci n'ont pas des activités qui leur sont propres. Seulement, pour avoir un impact plus grand, une synergie dans le cadre de la réalisation de certaines activités d'ordre générales s'avère nécessaire.

Au niveau opérationnel, toutes les activités communautaires sont coordonnées par le DS à travers le bureau partenariat. L'organisation et la coordination de ces activités au niveau de la communauté elle-même, à travers les structures de dialogues, notamment le COSA et le COSADI mettent en mouvement les agents de santé communautaire qui ont la charge d'effectuer des descentes auprès des ménages de façon hebdomadaire et, produisent à l'issue de ces descentes sur le terrain des rapports. Dans la région du sud-ouest, se tient au sein des aires de santé des réunions de coordination chaque lundi dans le but de faire le point et de penser de nouvelles stratégies d'approche.

5.1.2. Mécanismes de collecte et de transmission des données des activités communautaires dans la lutte contre ces trois maladies

Parvenir à un seuil d'organisation et de coordination des activités communautaires comme nous venons de le présenter entre les différentes entités intervenant dans le cadre de la lutte contre ces trois maladies, suppose un échange constant d'informations entre ces acteurs. En effet, l'introduction des acteurs communautaires dans la lutte contre ces maladies obéit entre autres à la volonté d'améliorer la réponse santé qui est faite par le MINSANTE et les partenaires internationaux et nationaux contre ces maladies. Chaque activité communautaire est donc une occasion de collecter un certain nombre d'informations qui s'avèrent capitales pour se faire une idée des avancées enregistrées, de la mobilisation sociale, de la demande des services, du nombre de perdus de vue, d'identifier les difficultés rencontrées, d'améliorer les stratégies de lutte etc.

Les acteurs communautaires utilisent deux principaux types de documents dans le cadre de la remontée des données. Il s'agit notamment des rapports que ces derniers rédigent après le traitement des données de terrain et des fiches synthétiques des données.

La procédure à laquelle les structures de dialogue, acteurs communautaires par excellence dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le VIH et la tuberculose ont recours est la même quelle que soit la maladie qui justifie l'activité. Lorsqu'une activité de terrain est menée, il est systématiquement remis aux agents communautaires des fiches de reporting des données. Une fois que cette collecte des données est faite à leur niveau, ils transfèrent ces dernières sous forme de rapports et de fiches synthétiques aux responsables de ces

structures qui, à leur tour, les transfèrent aux aires de santé. Des aires de santé, elles arrivent au niveau du district de santé qui compilent ces données et les envoie à la région. C'est de la région qu'elles arrivent enfin au niveau central. C'est précisément sur la base de ce schéma de remontée des données qu'un de nos enquêté nous a fait savoir que « pour la remontée, les informations suivent le même circuit qu'utilise le système de santé dans notre pays. Elles partent en effet des AS et arrivent au district qui les fait parvenir à la région et à la région donc de les envoyer au niveau central » . Au regard de ce qui précède, l'on peut aisément conclure que la transmission des informations de terrain se fait traditionnellement de la base vers le sommet, des acteurs communautaires vers le niveau central. Toutefois, du fait de certaines lenteurs dans la transmission des données, « (…) le comité lui-même, surtout celui de lutte contre le sida descend au niveau des associations pour prendre des notes » . La transmission de ces données de terrain se fait le plus souvent en fonction d'une périodicité mensuelle. Cependant, quelque fois, elle dépend des campagnes qui sont menées et de l'importance de certaines activités qui s'accommodent mal du respect strict de cette temporalité de transmission. Il faut dire cependant que si la majorité de nos interviewés a décrit ce schéma de remontée des données comme celui auquel ils ont recours dans le cadre de toutes leurs activités, le niveau central a quelques fois regretté le non respect du circuit traditionnel de transmission des données tel que connu dans le système de santé au Cameroun.

5.1.3. Présentation des outils de technologie de l'information et de la communication utilisés pour la remontée des données de terrain

De façon générale, nous avons pu constater que la remontée des données de terrain a capitalisé les acquis des avancées technologiques que nous offrent aujourd'hui les technologies de l'information et de la communication.

Tableau 3 : Outils de l'information et de la communication utilisés pour la remontée des données de terrain

Outil d'informations et de communication	Usage qui en est fait dans le cadre de la remontée des données
Internet	Envoi et réception des rapports et autres fiches synthétiques de données de terrain
	Rédaction des rapports ; remplissage des masques de données et analyse, validation et présentation des données statistiques à l'aide de logiciels informatiques
Ordinateurs	Rédaction des rapports ; remplissage des masques de données et analyse, validation et présentation des données statistiques à l'aide de logiciels informatiques
	Prise de photos qui seront joints aux rapports destinés à la hiérarchie
Téléphones portables	Réception de consignes ponctuelles ; transmission de compterendus instantanés sur les activités et données de terrain en cours de collecte
Appareils photo et tablettes	Prise de photos qui seront joints aux rapports destinés à la hiérarchie

Source : Données de terrain

Au bon vieux document physique, la transmission des données sur les activités communautaires s'est enrichi des apports d'internet qui est de plus en plus utilisé pour la ventilation des données et les échanges d'informations. A travers cet outil, confessent les enquêtés, la transmission des données est davantage rapide qu'il y'a de cela quelques années. Il nous sera justement précisé dans ce sens-là par un sous-bénéficiaire VIH/sida dans l'Adamaoua que : « nous travaillons par internet pour pouvoir accélérer la récolte d'informations et la transmission » . L'usage d'internet étant lié, le cas échéant, à celui des ordinateurs, ces derniers font donc désormais, eux aussi l'objet d'un recours fréquent de la part des acteurs communautaires. Conscients de l'importance des ordinateurs dans le cadre du rapportage des données de terrain, certains partenaires financiers de ces OSC leur en ont d'ailleurs offerts en leur demandant « (…) de faire une remontée de données régulière car c'est à partir de celles-ci que le bureau partenariat et donc, le DS évalue l'apport des partenaires » . Compte tenu de la quantité importante des données transmises et de la difficulté de leur analyse éparse par la hiérarchie, les acteurs du niveau central, ont de plus en plus recours à des logiciels informatiques tels que le DHIS pour l'analyse, la validation et la présentation des données statistiques. Au-delà de ces logiciels, notons également que ces derniers disposent des masques de saisie des données où ils rentrent celles-ci et où ils peuvent faire la compilation de tous les chiffres et les font ainsi remonter au niveau stratégique.

A cet usage de l'outil informatique, il n'est pas superfétatoire de dire que dans le package des outils de technologie de l'information qui sont utilisés dans le cadre de ces trois mala-

dies, nos différents interviewés ont ajouté le recours aux téléphones portables, tablettes et appareils photo. Pendant que le recours aux tablettes et aux appareils photo se justifie principalement par la volonté de rendre plus vivants les rapports transmis à la hiérarchie en y ajoutant des images parlantes, l'usage du téléphone portable se justifie par son aptitude à trouver des solutions aux problèmes ponctuels, à gérer l'instantanéité. Il est notamment question, à travers cet outil technologique de communiquer à la hiérarchie l'essentiel de ce qui se passe de spontané sur le terrain. Bien plus encore, dans le cas où les rapports ne sont pas déposés à temps, le téléphone portable permet de joindre les acteurs du niveau opérationnel pour leur demander de penser à les déposer. Dans la région du sud-ouest, le programme tuberculose se charge d'ailleurs de fournir du crédit téléphonique aux aires de santé pour pouvoir joindre les communautaires.

Contrairement cependant à ce que peut laisser croire l'analyse que nous faisons ici, le recours aux NTIC n'est pas partagé par tous les acteurs intervenant dans le système communautaire de lutte contre le paludisme, le sida et la tuberculose. Quoique peu nombreux, quelques OSC nous ont fait savoir qu' « on travaille toujours par saisie des documents. Nous avons recours uniquement au papier physique. Pas de mail et consort. En tout cas, à notre niveau, c'est ce que nous utilisons » . Plus spécifiquement, en dépit de l'usage aux ordinateurs pour notamment la saisie des rapports, ces OSC disent ne pas envoyer leurs rapports par mail.

5.1.4. Analyse des mécanismes communautaires d'obligation de rendre compte à la hiérarchie utilisés dans le cadre des activités communautaires de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose

L'intérêt porté dans le cadre de cette étude à la thématique de l'organisation et de la coordination des activités communautaires dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose impose en elle-même, de faire une halte analytique sur les mécanismes communautaires d'obligation de rendre compte à la hiérarchie, utilisés dans le cadre desdites activités. Cette halte s'impose dans la mesure où, les structures de dialogue, acteurs primordiaux de la santé communautaire ne sont pas soumis aux mécanismes contraignants que l'on rencontre par exemple pour le personnel de santé publique. Saisir la planification des activités communautaires dans un contexte caractérisé par la coprésence d'acteurs multi niveaux comme celui de la lutte contre le paludisme, le VIH et la tuberculose ne saurait garder la même importance et la même pertinence si cela venait à se faire sans rendre intelligible cet aspect. En s'y montrant donc attentif, l'on se rend très vite compte que, les mécanismes d'obligation de rendre compte sont fonction de l'acteur dont il s'agit. En clair, la situation est différente selon que l'on a affaire aux structures de dialogue ou aux autres OSC.

Tableau 4 : Mécanismes communautaires d'obligation de rendre compte à la hiérarchie utilisés dans le cadre des activités communautaires de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose

Type d'acteurs	Mécanismes
- **ASC** - **Relais communautaires** - **Agents mobilisateurs etc.**	- Octroie ou non de ressources financières
- **OSC**	- Contrôle exercé par les bailleurs de fond dans le cadre des projets qu'ils financent ; - Nature contraignant du circuit de circulation de l'information qui, en lui seul, oblige à transmettre l'information ; - Conscience professionnelle.

Source : Données de terrain

Pour ce qui est des structures de dialogue, le principal mécanisme d'obligation de rendre compte est lié à l'attribution ou non des ressources financières que l'on destine aux agents communautaires pour motiver la réalisation de leurs activités. Plus concrètement, les partenaires conditionnent le versement des motivations qu'elles destinent aux structures de dialogue à la présentation des rapports des différentes activités que ces dernières mènent sur le terrain. A travers ce mécanisme, il est question pour le responsable communautaire qui mène les activités d'effectuer à travers un rapport le compte rendu de tout le travail mené tout au long du mois et qu'il dépose au niveau de la formation sanitaire leader de l'aire. C'est la première preuve qui montre qu'il a mené des activités. Au-delà des aires de santé, ces rapports vont être validés par les sous-bénéficiaires. Il y a ainsi deux niveaux de vérification. Le DS aura à son tour besoin de ces rapports pour effectuer un état des lieux du travail qui a été effectué en son sein. Au niveau communautaire, l'AS prend connaissance des activités mises en œuvre et donne le quitus en précisant si l'agent de santé peut bénéficier de la motivation ou non. In fine, sans rapport, il n'est pas possible de bénéficier de la motivation financière.

En dehors de ce mécanisme, les structures de dialogue ne disposent d'aucun autre mesure sensée contraindre les agents communautaires que l'on recrute au sein de la population elle-même à rendre compte du travail qu'ils effectuent sur le terrain. Toute chose qui fait qu'en dehors de cette motivation financière, les structures de dialogue ont un fonctionnement contre-productif. Pour certains des interviewés rencontrés sur le terrain, les structures de dialogues sont pensées et mises en place mais parfois ne fonctionnent pas de manière optimum du fait d'un manque ou d'une faible supervision des activités afin d'en relever les points à améliorer et les atouts. Le cadre de travail de ces structures de dialogue doit être renforcé.

Pour ce qui est des autres OSC, outre le contrôle qu'exercent les bailleurs dans le cadre des activités qu'elles financent, les mécanismes d'obligation de rendre compte ici se justifient par trois grands facteurs. Il s'agit de la nature du circuit de circulation d'information que les différents acteurs impliqués dans la lutte contre ces trois maladies ont en partage, de la conscience professionnelle de ces organisations et, enfin, de la nécessité, voire de l'urgence de visibilité qui sont celles de ces structures.

Pour ce qui est du circuit d'information auquel les acteurs impliqués dans le système communautaire de lutte contre ces trois maladies ont recours, il faut dire que les données qui parviennent au niveau stratégique proviennent de la base, c'est-à-dire du terrain où les acteurs de la société civile se déploient au quotidien. Ce sont donc les mêmes données qui sont utilisées et attendues par tous les acteurs de la chaine du système communautaire. A partir de là, l'on prend ainsi conscience que nous avons une chaine d'acteurs qui, elle-même donne naissance à une chaine d'informations. Pour prendre le cas de la transmission des informations liées aux activités communautaires de lutte contre le VIH-SIDA, celle-ci se fait des paires éducateurs vers les OBC, des OBC vers la coordination régionale des Sous Récipiendaire, qui à son tour transmet aux coordinations centrales des SR, des SR à la CAMNAFAW et de la CAMNAFAW à ses partenaires. Cela fait qu'automatiquement, il faut rendre compte. Il faut rendre compte au jour le jour selon les activités. Ça fait partie des cahiers de charge. La rétention de l'information crispe tout le circuit de circulation de l'information, ce qui fait que, pour ne pas être l'auteur de la rupture de la chaine informationnelle qui va de la base vers le sommet, chaque acteur met une pression à l'autre de qui il attend ces informations pour lecture, validation et transmission.

Une réalité s'impose à l'observation aujourd'hui : celle de l'importance et de la pertinence de la participation communautaire dans le système de réponse communautaire en général et des trois maladies cibles de cette étude en particulier. Si cela s'impose ainsi à l'observation, c'est bien parce que les OSC et partant, les structures de dialogue ont déjà apporté une preuve suffisamment éloquente du bien-fondé de leur implication dans le dispositif de la santé publique. L'OMS dans l'une de ces publications sur la société civile fait l'observation qui suit : « en apportant de nouvelles perspectives, ressources et possibilités d'action locale pour compléter le travail des gouvernements et de l'OMS, les ONG ont un rôle important à jouer dans la mise en œuvre des programmes et des campagnes de santé publique. Elles sont particulièrement efficaces pour agir auprès des populations marginalisées et dans les zones isolées, pour assurer la participation des communautés, les servir et les sensibilisen» .

Cette bonne image des OSC se justifie par le fait que sur le terrain, elles font un travail appréciable. Dans un contexte caractérisé par la multiplicité des acteurs de la société civile, le professionnalisme dans le travail conduit sur le terrain devient donc ainsi l'un des éléments qui distingue les OSC crédibles et sérieuses de celles qui le sont moins. C'est pour cette raison que le professionnalisme devient un mécanisme d'auto obligation de procéder à la remontée des données issues du travail de terrain. C'est ce qui se dégage des propos d'un des acteurs de la société civile enquêté sur le terrain : « le problème de santé ne regarde pas seulement une seule personne. Ça n'engage pas uniquement le gouvernement, mais tout Camerounais, c'est chacun de nous. Nous tous nous sommes impliqués dans l'amélioration des soins au Cameroun. Cela nécessite donc l'implication de toutes les parties prenantes et par conséquent, le communautaire qui en fait partie a l'obligation de faire un suivi de ces politiques de santé qui sont mises en œuvre et en retour a le devoir de s'impliquer dans le travail qui lui est défini. Les gens qui sont déployés sur le terrain pour les activités communautaires ne sont pas choisis au hasard. Ce sont des

gens qui sont déjà engagés dans ce combat et qui font dans la santé. Ces derniers qui reçoivent des informations sur le terrain ont donc l'obligation de les transmettre au niveau de la formation sanitaire afin que ces dernières soient évaluées au niveau national » .

Ce professionnalisme ou, mieux, cette conscience de la nécessité d'une implication plus accrue de la part des acteurs sociaux situés en marge des structures étatiques ouvre également la porte à une visibilité nationale et internationale que visent les OSC. Un travail fait dans les règles de l'art et une prestation sociale qui fait reculer la maladie et ses conséquences au sein de la communauté ne restent jamais dans l'ombre.

Tout ce qui précède nous amène à la conclusion suivante : si pour les structures de dialogue, le mécanisme d'obligation de rendre compte des données collectées est d'ordre financière, pour les autres OSC par contre, ces mécanismes procèdent davantage d'une auto obligation qui traduit, à notre sens l'ascension vers une conscience professionnelle doublée d'un impératif de la visibilité qui ouvre les portes à un renouvellement de la confiance des partenaires et qui constitue un gage de la reconnaissance du travail bien fait.

5.1.5. Identification des structures décisionnelles existant au niveau local

Le pouvoir de décision au niveau local, revient premièrement aux structures de dialogues (COSADI, COGEDI, COSA et COGE). Elles servent d'interface entre les formations sanitaires et les populations. Les structures de dialogue ont l'avantage de fédérer à leurs seins les autres structures qui participent au sein de ces communautés à la prise de décision. Ainsi donc, en plus de ces COSA, l'on peut également faire allusion aux notabilités traditionnelles qui jouissent de la légitimité traditionnelle leur permettant d'avoir une voix qui est écoutée, les patriarches, les élites de la communauté, les associations communautaires et les leaders religieux.

Au-delà de ces différentes structures que l'on rencontre dans les trois régions dans lesquelles la présente étude a été conduite, celle du sud-ouest bénéficie également d'une structure telle que le conseil traditionnel qui participe à la prise de décision dans les activités communautaires de lutte contre ces trois maladies. En dehors des cadres de concertation au sein desquelles les problèmes de santé communautaires sont spécifiquement dédiés, le conseil traditionnel dans cette région introduit ces préoccupations sanitaires à l'ordre du jour de ses rencontres. Cela donne lieu à des débats et échanges d'idées et de points de vue qui débouchent sur des décisions qui sont prises en compte au sein de la communauté.

A ces structures, ils convient d'adjoindre les formations sanitaires (service de santé de district, service de santé de l'aire, hôpital de district, CMA, CSI, etc.) qui, quoique ne faisant pas partie des communautés elles-mêmes, jouent cependant un rôle accru dans la prise de décision au niveau opérationnel.

5.2. Stratégies et politiques pour la participation communautaire dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose

5.2.1. Stratégies d'information de la population pour la participation communautaire dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose

La thématique des stratégies et politiques pour la participation communautaire dans la réponse contre le VIH, le paludisme et la tuberculose ne saurait éluder la question du comment est-ce que la population est informée afin

qu'elle puisse participer aux activités de lutte contre ces trois maladies. En soumettant les enquêtés à cette interrogation, 06 principales stratégies d'information de la population ont été recensées. Il s'agit de l'organisation des communications de masse ; des visites à domiciles ; du recours aux stratégies avancées ; du recours des affiches ; de la distribution des tracts et de l'usage des réseaux sociaux.

Tableau 5 : Stratégies d'information de la population pour la participation communautaire dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose

Type de stratégie d'information de la population	Finalité de la stratégie
Organisation des communications de masse, distribution des tracts et affichage	Sensibiliser le plus grand nombre de cibles sur les activités à venir et sur l'importance de leur implication
Visites à domicile	Approfondir et compléter les informations partagées lors des campagnes de communication de masse Recherche des perdus de vue PECADOM
Recours aux stratégies avancées	Se joindre aux formations sanitaires lorsque ces dernières vont vers la population et appuyer les activités de celles-ci à travers la sensibilisation de masse ou individuelle
Usage des réseaux sociaux (Facebook et WhatsApp)	Concevoir des messages destinés à toucher la sensibilité des destinataires de façon personnelle et intime

Source : Données de terrain

Les campagnes d'information et de sensibilisation de masse sont celles qui sont destinées au grand public. Ces campagnes ont pour finalité la sensibilisation du plus grand nombre sur les activités à venir au sein de leur communauté et nécessitent la mobilisation populaire. Cette sensibilisation se fait sur la prévention et les traitements disponibles pour ces maladies, sur les modalités de prise en charge etc. Lesdites campagnes d'information et de sensibilisation se font par le truchement des médias locaux, notamment les radios communautaires, avec un recours à des communiqués au sein des associations, des églises, dans les marchés, bref, dans les espaces publics. L'usage des mégaphones est ici de mise. Ceux-ci sont remis aux relais communautaires qui les utilisent pour passer le message dans les lieux publics tels que les marchés par exemple ou pendant que ces agents communautaires font la tournée des quartiers pour informer les populations. C'est également pendant ces campagnes d'information et de sensibilisation que les communautaires procèdent au collage des affiches ainsi qu'à la distribution des tracts conçus à cet effet. Ces campagnes de communication sont complétées par les visites à domicile.

Au-delà des stratégies d'information suscitées, celle du recours à l'usage des réseaux sociaux fait l'objet d'une expérimentation dans la région de l'Adamaoua. Les réseaux sociaux ayant retenu l'attention de la société civile sont notamment facebook d'une part et whatsapp d'autre part. Il s'agit certes d'une communication de masse,

mais, ici, il est question de concevoir un message qui puisse toucher la sensibilité des destinataires dans l'intimité qu'ils ont avec leurs téléphones notamment. L'efficacité de cette stratégie reste encore à déterminer.

5.2.2. Regard sur la participation communautaire.

D'après les interviewés, quatre (04) principales remarques émergent de ce que la participation communautaire devrait être, de comment elle devrait être faite. Il s'agit, par ordre de récurrence, de parvenir à une approche plus inclusive des communautés à la prise de décision au niveau central ; de la dotation de plus de ressources ; du recours prioritaire aux agents locaux dans le cadre des activités communautaires ; de la capitalisation des messages télévisés et autres téléfilms afin de booster la sensibilisation de masse des populations.

Tableau 6 : Conceptions que les organisateurs se font des activités communautaires et avantages de ces dernières

Conception que les organisateurs se font des activités communautaires	Avantages de cette conception
Intégrer les communautés à la prise de décision	Minimise les risques de rejet des activités communautaires et garantie la pleine implication des populations
Leur attribuer plus de ressources (financières et matérielles)	Booste l'engagement et l'implication des communautés
Recourir prioritairement aux agents de santé communautaires provenant des communautés où ils sont appelés à intervenir	Garantie la réception du message destiné aux populations parce que porté par un des leurs et aide à l'atteinte des objectifs que vise ce message
Faire recours à des messages télévisés et autres téléfilms	Permet d'atteindre un public plus large et diversifié ; sensibilise par le recours au divertissement
Rallonger la période de temps impartie à la distribution des MILDA	Permet que tous les bénéficiaires identifiés et répertoriés en amont puissent entrer en possession de leur MILDA

Source : Données de terrain

La nécessité d'une approche inclusive est celle qui est le plus revenue durant les échanges. Pour les organisateurs des activités communautaires, une place périphérique est accordée aux populations bénéficiaires. Très souvent, celles-ci se voient imposer des activités qu'elles n'ont pas approuvées, qu'elles n'approuvent pas. Les décisions sont prises dans les bureaux et implémentées à la base sans tenir compte des aspirations des bénéficiaires de ces politiques de santé publique. Ces bénéficiaires voient ainsi débarquer dans leurs quartiers, domiciles et autres ; des agents mobilisateurs qui leur demandent d'adhérer à des activités et initiatives qui ont été pensées sans les impliquer, des activités pour lesquelles la sollicitation de la participation de ces populations n'a pas été initiée. De tels projets courent le risque d'aboutir à des situations de rejet pur et simple. Pour prévenir ces risques de rejet, l'une des solutions pensées pour cela est d'impliquer les populations à la prise de décision et au processus de planification sanitaire.

Aussi, le recrutement des agents communautaire devrait se faire uniquement au sein des communautés dans lesquelles ils sont appelés à intervenir. Cela n'est pourtant pas toujours le cas. Quelques fois, en effet, les agents mobilisateurs sont recrutés dans des espaces géographiques et culturelles autres que ceux dans lesquels ils sont appelés à intervenir. Pourtant, c'est un peu difficile d'aller recruter quelqu'un hors de sa base pour aller mener une activité ailleurs. Il ne sera pas écouter et son intervention risque ne produire dans ce cas-là aucun résultat. Ceux qui sont appelés à mener des activités au sein des communautés doivent être, eux-mêmes, des fils et filles de ces communautés. A l'issu de leur recrutement, ils doivent être suffisamment capacités sur le travail à faire. Ainsi, une fois de retour chez eux, le travail ne peut aller que plus aisément.

Les communautés proposent également à ces organisateurs d'avoir davantage recours à la diffusion des messages télévisés et de court-métrages. Au-delà des spots habituellement conçus pour l'information et la sensibilisation, les communautés proposent également la réalisation des messages-textes qui pourront défiler au bas de l'écran quelques semaines avant le déroulement des activités et tout simplement pour assurer la sensibilisation sur ces maladies. Il en va de même pour les téléfilms.

Enfin, les organisateurs des activités communautaires dédiées à ces maladies pensent que le temps qui est imparti à la distribution des MILDA n'est pas suffisant pour garantir que tous les ménagers puissent entrer en possession de leurs moustiquaires. Ils suggèrent pour cela qu'au lieu des 02 semaines que le Fonds Mondial prescrit pour la distribution des moustiquaires, que cela soit au moins étalé sur 03 mois, de sorte que chacun puisse en recevoir.

5.2.3. Typologie de la participation communautaire pratiquée par les membres de la communauté dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose

Deux principaux types de participation communautaire sont pratiqués par les membres de la communauté. Il s'agit d'une part de la participation physique et d'autre part de la participation matérielle.

Tableau 7 : Types de participation communautaire pratiquée par les membres de la communauté dans la lutte contre les trois maladies

Type de participation	Activités concernées/type de logistique concernée
Participation physique	Sensibilisation et mobilisation sociale ; orientation des malades dans les formations sanitaires ; prise en charge à domicile ; recherche des perdus de vue etc.
Participation matérielle	Mise à la disposition des organisateurs des campagnes de sensibilisation au sein des communautés des locaux (maisons, cours), moyens de locomotion, des tables et chaises etc.
Participation financière	Nulle

Source : Données de terrain

La participation physique se décline en termes : d'implication des membres de la communauté dans les activités de sensibilisation et de mobilisation sociale ; d'orientation des malades vers les formations sanitaires ; la prise en charge à domicile du paludisme ; recherche des perdus de vue et d'informer les formations sanitaires de la présence au sein des communautés de patients présentant des signes de maladies (toux grasse et chronique notamment etc.). Un autre aspect phare de la participation physique est celle relative à la distribution des MILDA et le dénombrement. Ces activités connaissent une implication massive des membres de la communauté.

La participation matérielle est davantage logistique. Lorsque des campagnes sont organisées au sein de la communauté et que ces dernières nécessitent l'accueil d'un grand nombre d'individus, ce sont les membres de la communauté eux-mêmes qui mettent à la disposition des acteurs communautaires venus à leur rencontre des espaces d'échange, des tables, des chaises, des bancs etc. En clair, ils ouvrent les portes de leurs domiciles, offrent leur cours comme cadres de rencontre et de concertation ainsi que de dépistage.

La participation financière quant-à elle reste attendue. Pour un des enquêtés, «elle reste la chose la plus difficile à obtenir » .

5.2.4. Moyens incitatifs utilisés pour la participation communautaire dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose

Pour amener les agents de santé communautaire à participer de manière efficiente dans la lutte contre les trois maladies, les enquêtés ont identifié trois principaux moyens incitatifs. Il s'agit de l'octroie des motivations financières ; la sensibilisation et la reconnaissance de ces agents communautaires au sein de la communauté ainsi que l'exonération de certains frais médicaux lorsque ces derniers se rendent dans les formations sanitaires.

Tableau 8 : Moyens incitatifs utilisés pour la participation communautaire dans la lutte contre les trois maladies

Type d'acteurs	Moyens incitatifs
- **ASC** - **Relais communautaires** - **Agents mobilisateurs etc.**	- Octroie de motivation financière ; - Sensibilisation et reconnaissance de ces derniers au sein de la communauté ; - Exonération de certains frais médicaux (Consultation, examens de laboratoire et hospitalisations) ; - Conscience citoyenne et professionnelle.
- **OSC**	- Dispositions contractuelles contenues dans les cahiers de charge ; - Quête de visibilité ; - Conscience citoyenne et professionnelle.

Source : Données de terrain

L'agent communautaire c'est tout membre de la communauté qui sert d'appui à la mise en œuvre effective d'une intervention ou activité au niveau de sa communauté sous la responsabilité de la formation sanitaire dont il dépend. L'agent communautaire n'est donc pas un agent de l'Etat qui, à la fin de chaque mois, bénéficie d'une rétribution pour le travail effectué au compte de l'Etat. En dépit du fait qu'il ne soit pas fonctionnaire, l'agent de santé communautaire effectue un travail d'intérêt commun qui, quoique au sein de sa communauté, participe cependant à faire reculer la maladie. De plus, ainsi que nous l'avons déjà souligné en amont, cet agent en s'engageant ainsi au sein de sa communauté, sacrifie une partie du temps qui lui aurait permis de gagner de l'argent afin de satisfaire à ses besoins ou à ceux de sa famille. Conscient de cela, les bailleurs internationaux, notamment le Fonds Mondial a prévu non pas un salaire pour ce dernier, mais tout au moins une motivation sensée permettre à celui-ci, pour reprendre l'expression d'un enquêté « d'avoir le taxi et de quoi laver sa chemise quand on rentre » . C'est cette motivation qui vise à encourager le communautaire à participer à la mise en œuvre des activités de terrain. A cette motivation, il faut nécessairement ajouter l'achat des performances sur le terrain afin d'encourager les efforts des communautaires. A ce niveau, en fonction des résultats obtenus sur le terrain, les communautaires reçoivent un supplément financier. Cela les met dans un système caractérisé par la formule du « plus tu produis, plus tu seras rémunéré ».

La seconde mesure incitative est la sensibilisation. La sensibilisation ici consiste à rappeler au communautaire l'importance de son action et le caractère central de sa mission. Pour l'un de nos enquêtés en effet, « quand par exemple on voit qu'on peut réduire le paludisme chez la couche des enfants de 0 à 5 ans, disons de trois mois à 5 ans et qu'ils se rendent compte que une fois l'activité menée, moins d'enfants sont décédés, moins d'enfants sont malades, ils se rendent compte que ça apporte quelque chose à leur communauté » .

La troisième motivation est relative à la reconnaissance que procure le travail bien fait au communautaire. Cette motivation, tout comme la précédente d'ailleurs, vise à amener les communautaires à ne plus focaliser leur attention sur ce que leur implication leur rapporte en termes d'espèces sonnantes et tré-

buchantes. Ce que l'on souhaite leur faire comprendre ici est qu'un travail communautaire bien effectué ouvre la porte à une certaine notoriété au sein de la communauté, fait sortir de l'anonymat et marque le sacre d'une reconnaissance sociale qui surpasse de loin l'aspect matériel et financier.

La dernière de ces mesures incitatives est l'exonération de certains frais médicaux lorsque ces derniers se rendent dans les formations sanitaires. Cette mesure est appliquée uniquement dans la région du sud-ouest. Compte tenu de leur engagement communautaire, l'un des moyens incitatifs destinés à accroitre et à s'assurer la participation communautaire des agents de santé communautaires consiste dans cette région, plus précisément dans la ville de Tiko à l'exonération des frais de consultation et de tests en laboratoire de ces derniers. C'est là la teneur du propos du chef de l'aire de santé de Tiko town pour qui « dans notre Aire de Santé, très souvent, ils sont exempts des travaux communautaires. Ensuite, si l'un d'entre eux est malade, nous prenons en charge leurs frais médicaux (Consultation, tests en laboratoire). Ce qui n'est pas gratuit dans ce cas ce sont les médicaments.» .

5.2.5. Estimation de la participation communautaire dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose

En clair, la participation communautaire jouit d'une belle appréciation au sens du réseau des acteurs communautaires. A ce titre, les mots qui revenaient constamment tout au long de ces entretiens étaient que « la participation communautaire est effective », que « les communautaires participent et adhèrent » ; « elle est excellente » ; « le travail communautaire est planifié, mené, évalué et récompensé. Il y a là un avancement certain » ; « la communauté aide considérablement à la mise en œuvre des activités, en un mot sa contribution est louable » etc. Seulement, même si ces acteurs saluent de manière unanime la participation communautaire, cela ne signifie pas que celle-ci ne souffre d'aucune difficulté. Le travail des communautaires est contraignant, ils sont parfois appelés à se déplacer à pied et sur de longue distance, ceci indépendamment du climat qu'il fait et reçoivent en retour des sommes qui manquent de consistance. Ces difficultés entravent profondément le travail de ces derniers et, ont certaines fois, un impact sur la qualité des données qui remontent vers le niveau de prise de décision.

5.3. Capacités des acteurs communautaires engagés dans la lutte contre la maladie

5.3.1. Identification des acteurs communautaires engagés dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose

Pour ce qui est des acteurs communautaires engagés dans la lutte contre ces maladies, deux principales catégories ont été identifiés. Nous avons les membres de la communauté d'une part et les acteurs de la société civile d'autre part. Les membres de la communauté englobent les leaders d'opinion et dignitaires religieux de ces communautés, les élites, les notabilités traditionnelles, les responsables d'associations communautaires etc. qui jouent, ainsi que nous l'avons déjà souligné en amont un rôle non négligeable dans le cadre des activités communautaires. En plus, nous avons les agents de santé communautaire qui sont les acteurs de premier niveau dans ces communautés. L'agent communautaire est quelqu'un qui est enraciné dans la communauté. Si c'est un homme, il peut être marié, et avoir

des enfants. Il a sa petite activité qui lui permet déjà de vivre, de bonne moralité, il partage les valeurs de sa communauté. La seule différence c'est qu'il sera capacité en matière de santé.

La seconde catégorie d'acteurs communautaires est celle qui est composé des OSC qui interviennent quotidiennement au sein de ces communautés, même si elles-mêmes n'en font pas partie. Ces OSC interviennent dans les communautés avec des axes prioritaires parfois dans les trois maladies, parfois seulement pour deux des trois maladies et même pour une seule de ces trois maladies quelques fois. L'intervention de ces acteurs communautaires est chapeautée par la supervision technique des chefs des aires de santé.

5.3.2. Typologie des capacités dont disposent les acteurs communautaires engagés dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose

Pour ce qui est des capacités dont disposent ces différents acteurs, il nous a été donné de constater qu'en règle générale, les différents répondants ont été d'accord et unanimes sur le fait que les acteurs communautaires, notamment les agents de santé communautaire disposent de capacités appréciables dans le volet communication pour le changement de comportement ; de connaissances des fondamentaux sur les trois maladies ; de capacités en termes de mobilisation sociale ; de capacités en ce qui concerne la collecte et le reporting des données etc.

Tableau 9 : Typologie des capacités dont disposent les acteurs communautaires engagés dans la lutte contre les trois maladies

Types de capacités	Déclinaisons concrètes des capacités
Capacités communicationnelles et de mobilisation sociale	Comment aborder les cibles ; comment se présenter ; comment introduire la communication, ce qu'il faut leur dire et comment le dire etc.
Connaissance des fondamentaux sur les trois maladies	Modes de transmission, prévention contre ces maladies, symptômes, nature du traitement, unités de prise en charge, counseling, prise en charge à domicile etc.
Capacités en matière de collecte et de reporting des données	Comment remplir les registres et renseigner les fiches de collecte des données etc.

Source : Données de terrain

La disposition de ces capacités par les agents de santé communautaire est le résultat des séances de formations que ces derniers reçoivent avant le lancement de chaque activité communautaire relative à l'une ou l'autre de ces maladies. Dans le cadre du VIH par exemple, nos répondants nous ont confié que les communautaires reçoivent des formations dans des thèmes tels que la nutrition, la vie positive, etc.

Pour ce qui est du paludisme, les formations sont axées sur le PECADOM, des modules sur la manière dont les moustiquaires doivent être utilisées etc. Bien plus, « on leur a dit ce qu'ils devaient dire à la population, comment faire pour convaincre la population à dormir sous une moustiquaire imprégnée, on leur explique les biens faits et avant de les envoyer sur le terrain, on leur montre comment on doit arranger son lit, on leur montre les conséquences quand on n'est pas protégé des moustiques » .

5.3.3. Typologie des capacités dont ne disposent pas les acteurs communautaires engagés dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose

Les acteurs communautaires, notamment les agents de santé communautaires ne disposent pas, en termes de capacités de tous les contours techniques relatifs à la prise en charge communautaire de ces maladies et à leurs moyens de prévention. En outre, ils ne maitrisent pas suffisamment les techniques de communication interpersonnelles. Pour prendre le cas du paludisme, des antipaludéens qu'ils doivent utiliser pour la PECADOM, les posologies et les effets indésirables de ces médicaments sont insuffisamment maitrisés par les ASC.

Dans le cadre de la tuberculose, les communautaires ont très peu de connaissances. Que ce soit dans l'Adamaoua, le Centre ou même le Sud-ouest, les communautaires disent ne pas être capacités sur cette maladie. Un déficit de connaissance des communautaires sur la tuberculose a, bien évidemment, une répercussion sur ce qui est dit aux membres de la communauté concernant cette maladie. C'est précisément dans ce sens qu'en guise d'appréciation de la lutte contre ces trois maladies que l'une de nos personnes ressources dans la région du Sud-ouest se permettra de faire le commentaire suivant : « pour les programmes VIH et Paludisme, je pense que tout va bien et la lutte se passe également bien. Mais pour le programme Tuberculose, la lutte est à un faible niveau ». Si cette situation n'est pas inversée, il est à craindre que les objectifs que s'est fixé le MINSANTE à travers le PNLT dans son Plan stratégique de lutte contre la tuberculose au Cameroun 2015-2019, notamment, celui de relever de 60% à 80% la proportion de la population ayant des connaissances satisfaisantes sur la TB et le VIH ne soit pas atteint.

A cet effet, les formations qu'ils reçoivent gagneraient à être approfondies et à avoir une certaine récurrence. Il en est de même des modules sur les techniques de communication interpersonnelles que ces derniers ne maitrisent pas assez et qui, parfois, compromettent les échanges avec les populations. Les formations qu'ils reçoivent devraient par conséquent intégrer ces différents aspects.

5.4. Evaluation des risques de la réponse communautaire et propositions des stratégies de gestion

Procéder à une évaluation des risques liés à la réponse communautaire revient de prime abord dans le cadre de cette étude, à circonscrire le vocable « risque » situé dans le contexte des interventions et/ou de la réponse communautaire. Le risque en effet s'explique différemment dans le sens commun et dans des approches techniques et entrepreneuriales. Le risque peut être « avéré », « potentiel », « émergent » ou « futur ». Avec le temps, et précisément dans le domaine de la santé, certains risques disparaissent, de nouveaux risques apparaissent, et notre capacité à les gérer évolue.

5.4.1. Risques liés à la participation communautaire

Tableau 10 : Risques répertoriés sur le terrain

Interventions/Actions	Nature du risque
Sélection des ASC/OBC	• Mauvaise influence de certains leaders communautaires sur leur choix qui génère des frustrations des tensions au sein de la communauté • Sélection des personnes non-éligibles à la fonction d'ASC (Non résident, personne à très faible niveau d'étude…
Sensibilisation, causeries éducatives	• Informations différentes/divergentes sur les maladies qui entrainent un scepticisme au sein de la communauté
Distribution à base communautaire	• Favoritisme qui génère de la distance entre certains agents de santé et la communauté (distribution des MILDA, des Préservatifs, du PECADOM…) • Détournements des médicaments

Source : Données de terrain

5.4.2. Stratégies de prévention et de gestion des risques liés à la réponse communautaire

Il faut d'emblée dire avant d'arriver aux stratégies de prévention et de gestion qu'il n'existe pas de risque zéro. Il se présentera à chaque fois des risques mais qui devront être gérés. Afin de prévenir et de gérer ceux des risques qui ont pu être identifiés sans prétendre à l'exhaustivité, les chemins ci-après ont été frayés et se présentent comme suit :

Tableau 11 : Stratégies de prévention/gestion des risques identifiées sur le terrain

Nature du risque	Stratégie de Prévention/Gestion
Alimentation des tensions au sein de la communauté due à l'influence de certaines personnalités lors des sélections des ASC/OBC	• Impliquer davantage les membres de la communauté et leur donner le libre choix même au moyen des votes (dernier recours) lors de la sélection des ASC/OBC • Diffuser au maximum les appels à candidature et les critères de sélection dans la communauté afin d'éviter les « parachutés ».
Informations différentes/divergentes sur les maladies qui entrainent un scepticisme au sein de la communauté.	• Renforcer les connaissances des acteurs à travers des formations d'une bonne durée (au moins 10 jours) leur permettant d'assimiler le travail à faire • Mettre à la disposition des ASC/ OBC des outils harmonisés afin qu'ils puissent mieux les exploiter lors des causeries, sensibilisations, visites (boite à images, fiche-maladie ou de la définition communautaire des cas…) • Superviser les ASC/OBC
Favoritisme qui génère de la distance entre certains agents et la communauté (distribution des MILDA, des Préservatifs, PECADOM…)	• Insister lors des formations sur l'intégrité des ASC/OBC afin de promouvoir l'équité et le renforcement de liens entre les initiatives de santé et la communauté. • Superviser les ASC/OBC • Aménager un cadre permettant de sanctionner d'éventuels cas de favoritisme.

Source : Données de terrain

5.4.3. Identification des populations clés dans le contexte de la lutte contre la tuberculose, le paludisme et le VIH, analyse de leur accès aux services de prévention, diagnostic et traitement et des facteurs limitant cet accès

Dans cette partie, il est question de présenter les populations dites clés dans la lutte contre les trois maladies que sont le VIH, la Tuberculose et le Paludisme. Nous irons donc de leur identification à l'analyse de leur accès aux services de préventions, diagnostique et traitement et à celle des facteurs limitant cet accès.

5.4.4. Identification des populations clés

Tableau 12 : Identification des populations-clés en fonction des maladies cibles

Maladies	Populations-clés
Tuberculose	• Les personnes déjà malades • Les prisonniers et les personnes incarcérées • Les personnes vivant avec le VIH • Les réfugiés • les populations autochtones
VIH/SIDA	• les personnes contaminées par le VIH • les travailleurs mobiles (mototaxi, camionneurs, les militaires...) • les femmes enceintes • les travailleurs de sexe • les homosexuels
Paludisme	• les enfants âgés de zéro à cinq ans • les femmes enceintes • Les réfugiés

Source : Données de terrain

5.4.5. Participation des personnes affectées par le VIH, la TB, le Paludisme aux activités communautaires pour l'amélioration de leur environnement

S'agissant de la participation des personnes affectées à des activités communautaires pour l'amélioration de leur santé et de leur environnement, il a été constaté que de plus en plus, celles-ci prennent conscience de leurs problèmes de santé. A travers le tableau ci-dessous, nous répertorions les types d'actions entreprises par les populations affectées pour l'amélioration de leur environnement.

Tableau 13 : Récapitulatif des types d'actions entreprises par les populations affectées

Type d'action	Effets sur la santé communautaire
• **Communication et mobilisation sociale par le réseau des personnes affectées**	• Fréquentation croissante des services de santé • Mise en pratique de conseils des ASC • Changement de comportement à risque sur les trois maladies (témoignages se sont parfois révélés comme une source de motivation pour les autres membres de la communauté) • Réduction de l'incidence de ces trois maladies
• **Soutien psychologique aux malades**	

Source : Données de terrain

5.4.6. Aptitude de mobilisation des membres de la communauté dans le cadre de la lutte contre les trois maladies en question et différentes possibilités d'union pour faire face à d'autres problèmes sanitaires et sociaux dans leur communauté

L'un des objectifs majeurs de la mise en place d'un système de santé communautaire est d'accompagner les communautés afin qu'elles s'unissent pour faire face à leurs problèmes sanitaires et sociaux de leur communauté. Evaluer leurs aptitudes de mobilisation s'avère important afin de voir comment les communautés procèdent pour lutter contre les maladies. Le tableau suivant recense de façon non exhaustive les différentes activités dans lesquelles les membres de la communauté s'impliquent pour lutter contre ces trois maladies et bien d'autres encore.

Tableau 14 : Récapitulatif des aptitudes de mobilisation des membres de la communauté

Membres de la communauté	Activités pour la lutte contre les maladies
Leaders religieux	• Communications dans les lieux de culte • Informations par les chefs traditionnels
Leaders traditionnels	
Tradipraticiens	• Référence des cas
Elus locaux	• Appui matériel, dons • Education des communautés
Autorités administratives	• Gestion des cas de refus/réticences
Professionnels de la santé	• Appui en expertise
Elèves et étudiants (établissements scolaires)	• Organisations des événements culturels incluant les communications sur la santé

Source : Données de terrain

5.4.7. Modalités financières d'accès aux services de prévention, diagnostic et traitement appliquées aux populations clés ; et analyse des facteurs limitant leur accès à ces différents services.

Tableau 15 : Modalités d'accès financières appliquées aux populations-clés

Maladies	Modalités
VIH	• Prévention : gratuite (distribution des préservatifs, sensibilisation, causeries éducatives...) • Diagnostic : Test gratuit en campagne et 500f hors campagne (*avec l'option B plus, les femmes enceintes sont automatiquement dépistées et mises sous traitement si nécessaire ainsi que les enfants nés de mère séropositives)* • Traitement : mise sous traitement et ARV gratuits,
Tuberculose	• Prévention gratuite • Diagnostic (frais d'examens requis :1000f) • Traitement gratuit
Paludisme	• Prévention gratuite (MILDA, sensibilisation, causeries éducatives, TPI pour femmes enceintes) • Diagnostic : (frais examens requis) • Traitement gratuit pour les cas de paludisme simple (enfant âgés de zéro à 5 ans)

Source : Données de terrain

Concernant l'accès des populations-clés aux services de santé, il a été relevé que pour les trois maladies, les populations clés bénéficient à divers niveaux de la gratuité en matière de prévention, diagnostic et traitement. Les populations en question sont prises en charge par les structures de santé publiques et privées. Elles bénéficient de toutes les facilités accordées par l'Etat et ses partenaires.

5.4.8. Facteurs limitant l'accès des populations-clés aux services de prévention, diagnostic et traitement

Cinq obstacles ont été régulièrement évoqués par les enquêtés comme facteurs limitant l'accès des populations-clés aux services de prévention, de diagnostic et de traitement du VIH, de la Tuberculose et du Paludisme.

Tableau 16 : Facteurs limitant l'accès des populations-clés aux services de prévention, diagnostic et traitement

Facteurs	Impacts
Les conditions géographiques et environnementales	• Accès difficile (enclavement) • Mouvements de populations limitées (éloignement des services de santé)
Le marchandage des services	• Patient obligé de passer par certains types d'examens payants avant d'accéder au traitement qui est gratuit
La stigmatisation des malades	• Patients tentés de déserter les hôpitaux car leurs secrets sanitaires ne sont pas toujours garantis • Crise de confiance entre les populations clés et le personnel de santé
L'accueil réservé aux patients	• Longues attentes avec des pertes de temps importantes de la part des patients • Personnel de santé moins courtois qui laisse moins d'assurance aux populations-clés • Faible désir de fréquenter les services de santé
L'indisponibilité des produits sollicités	• Découragement • Incertitude sur l'évolution du traitement

Source : Données de terrain

5.5. En lien avec le renforcement des capacités institutionnelles, planification et développement du leadership dans le secteur communautaire.

5.5.1. Identification des moyens dont disposent les organisations communautaires pour atteindre leurs objectifs

Pour la mise en œuvre des activités, les organisations communautaires et ASC ont besoins d'un certain nombre de moyens. Le principe à mettre en évidence est que, les moyens pour la mise en œuvre des activités doivent être proportionnels, sinon suffisants afin que l'acteur chargé de cette mise en œuvre puisse être tout de même en sécurité et que celui-ci soit près à continuer ce bénévolat au sein de sa communauté. Dans ce sens, différents moyens sont requis et identifiés dans le cadre des activités de santé communautaire. Ils sont présentés de la manière suivante :

Tableau 17 : Identification des moyens de travail des OBC et ASC

Moyens de travail des OBC pour l'atteinte des objectifs	Sources
Matériel de travail (outils de collecte des données, de rapportage, moyens de locomotions, casse-croute)	• MINSANTE/ Partenaires au développement • Communauté (leaders communautaires, élites, autres membres de la communauté,) • Les ONG
Les moyens juridiques pour une action légale voire légitime (contrats, lettres d'accord de collaboration)	• MINSANTE • Partenaires au développement
Les motivations financières (montant fixe mensuel, montant variable pour les performances)	• MINSANTE/ Partenaires au développement

Source : Données de terrain

Le matériel de travail : Dans ce registre nous pouvons compter plusieurs outils de travail qui leurs sont aussi fournis notamment les fiches pour le rapportage des activités, des fiches de suivi des malades, le soutien des autorités traditionnelles, religieuses, les élus locaux, les autorités administratives. Au nombre des appuis qui leurs sont apportés figurent la mise à disposition du matériel roulant (moto), les facilités de photocopier ou d'imprimer les documents au niveau des services administratifs locaux.

L'encadrement juridique et institutionnel: Ces acteurs communautaires peuvent en cas de besoin justifier de leur présence dans une communauté par ces contrats qui ne se détournent pas du processus de sélection préalablement établi. Cela constitue en fait, un moyen de légitimation de leur travail.

Les motivations financières : elles existent sous deux formes. D'abord le montant fixe dans le cadre de la nouvelle stratégie des interventions sous directives communautaires, elle est fixée à 20.000 FCFA de prime fixe par mois et à 20.000 F CFA également pour prime basée sur les performances mensuelles de l'ASC.

6. Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces

6.1. Forces

- Existence du Guide National des Interventions Sous Directives Communautaires précisant le cadre organisationnel et fonctionnel de mise en œuvre des interventions intégrées sous directives communautaires au Cameroun ;
- Existence d'une Stratégie Intégrée des Interventions Sous Directives Communautaires 2016-2017 ;
- Disponibilité des Agents de Santé Communautaires formés pour chaque programme de santé dans tous les districts de santé ;
- Bonne implication de la société civile dans la réponse communautaire en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme dans le cadre du partenariat avec les communautés.

6.2. Faiblesses

Tableau 18 : Analyse des faiblesses et actions correctrice

Faiblesses	Conséquences	Actions correctrices
Faible implication de la communauté dans la micro-planification des activités de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme	- La faiblesse observée en ce qui concerne la micro-planification des activités ne favorise pas l'appropriation et la responsabilisation de la communauté pour le diagnostic communautaire, le suivi et l'évaluation des activités. - Parachutage des programmes verticaux en milieu communautaire	- Faire participer les partenaires communautaires à des séances de micro-planification et d'évaluation des programmes. - Faire participer les partenaires communautaires aux réunions de coordination à tous les niveaux - Procéder à des diagnostics communautaires afin de retenir les besoins réels de la communauté par rapports à ces trois maladies, les stratégies à adopter ainsi que les activités et les moyens à utiliser.
Leadership communautaire insuffisant dans les instances décisionnelles du MINSANTE	- Perte de puissance de l'action communautaire pour la santé liée à la présence de plusieurs services destinés aux activités communautaires au niveau central (DOSTS, DPS, DLMEP, DCOOP, Programmes)	- Mettre en place un comité de planification stratégique, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des interventions intégrées sous directives communautaires
Insuffisances dans la coordination des activités communautaires à tous les niveaux	- La mise en œuvre des activités de santé communautaires se fait de façon désordonnée et non soutenue dans la durée. Trop d'intervenants ne communiquent pas entre eux et des interventions sont très différentes d'une zone à une autre - La multitude des agents selon les programmes constitue un frein pour la mise en œuvre des activités. L'utilisation des agents différents à chaque fois ne renforce pas les liens entre ceux-ci et la communauté. - Multiplicité des outils de collecte des données.	- Mettre en place les mécanismes de coordination de la mise en œuvre, de pérennisation et de suivi-évaluation des interventions intégrées de santé sous directives communautaires ; - Harmoniser les activités communautaires en dotant à chaque communauté d'une OBC et des ASC polyvalents ; - Elaborer, produire et mettre à la disposition des ASC un outil intégré de collecte des données

Insuffisance et mauvaise répartition des ASC et OBC entre DS et parfois à l'intérieur de ceux-ci par rapport aux besoins de santé communautaires	- Le nombre insuffisant des ASC et OBC ne permet pas de couvrir l'ensemble des communautés. Celles non couvertes constituant de fait des foyers de maladies car très peu impliquées dans la lutte et souvent lésées.	- Revoir à la hausse le nombre d'ASC et OBC allouer en fonction de la densité de la population. - Définir clairement le rôle des ASC et OBC
Choix fantaisistes de certains Agents de Santé Communautaire et des associations à base communautaire	- Frustrations au sein de la communauté, réticences dues au profil des agents	- Laisser la communauté choisir elle-même ses agents de santé ainsi que les associations à base communautaire qui doivent travailler comme interface.
Non prise en compte des données communautaires dans le masque de collecte et d'analyse des données de santé (DHIS2)	- Parallélisme dans la remontée et l'analyse des données	- Intégrer dans l'outil DHIS2 du MINSANTE le volet communautaire
Faible adhésion des populations aux activités communautaires	- Les efforts fournis par les agents de santé sont considérables mais parfois à cause des croyances, des traditions et du niveau d'instruction des populations, il est encore observé une participation assez faible des populations aux activités communautaires et à l'amélioration de leur environnement.	- Sensibiliser davantage les populations en insistant sur les activités de plaidoyer auprès des leaders locaux qui ont une grande influence sur celles-ci.
Les modalités de motivation des ASC sont très inégales entre les programmes et peu pérennes dans la lutte contre ces trois maladies	- Découragement des agents de santé communautaire qui en même temps doivent s'assurer de leur survie bien que faisant dans le volontariat.	Mettre en application les deux catégories de motivation des ASC définit dans le Guide National des interventions sous directives communautaires, à savoir : - le mécanisme d'incitation financière qui consiste d'une part au paiement d'une prime fixe de 20 000 FCFA par mois octroyée après validation du rapport d'activité de l'ASC par l'OSCD conjointement avec le chef de l'aire et d'autre part, une prime basée sur la performance en fonction des résultats obtenus au montant maximal de 20 000 FCFA. - le mécanisme d'incitation non financière basée sur des avantages divers accordés aux ASC.
- Insuffisance des moyens de mise en œuvre des activités (logistiques, financiers etc.) - Ressources spécifiques affectées à la supervision des sont insuffisantes, voire inexistantes.	- Activités superficiellement menées, partiellement menées ou encore pas du tout menées - Supervisions incertaines et irrégulières	- Doter aux ASC les moyens appropriés et proportionnels au travail à faire afin que celui-ci se fasse sans entraves et avec un minimum d'aisance. - Renforcer le financement des supervisions

6.3. Opportunités

- Reconnaissance de l'importance des Activités de Santé Communautaire par le gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique
- Création d'une brigade de contrôle des activités et des soins de santé chargée entre autre du suivi de la participation communautaire aux soins de santé
- Création d'un bureau de partenariat au niveau de chaque DS et région sanitaire

6.4. Menaces

- Faible financement des activités de santé communautaire par l'Etat

Conclusion

L'étude sur « l' Analyse du système communautaire dans le cadre de la réponse contre le VIH, le Paludisme et la Tuberculose au Cameroun » a pour objectif général de fournir des éléments de base pertinents sur le fonctionnement du système communautaire au Cameroun dans le cadre de la réponse contre le VIH, le paludisme et la tuberculose, qui serviront à faire des propositions d'interventions fortes fondées sur les évidences à prendre en compte dans les notes conceptuelles 2018 en lien avec le Renforcement du Système de Santé.

En définitive, il ressort des entretiens avec les participants que le système communautaire au Cameroun se présente différemment selon qu'on se trouve du côté des acteurs institutionnels, des partenaires au développement ou encore des acteurs de terrain qu'on retrouve au sein des communautés. En effet, si l'ensemble de ces acteurs communautaires sont d'accord sur l'harmonisation des approches communautaires et notamment dans la lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme, les réalités sur le terrain présentent quant à elles diverses pratiques contradictoires de natures à disperser les énergies pouvant servir dans la réponse contre ces trois maladies. Il va ainsi de la planification des activités à la mise en œuvre puis au suivi et à l'évaluation des desdites activités. A ce niveau, les pratiques sont parfois différentes et varient même d'un programme à un autre où chacun positionne au niveau de la communauté ses acteurs afin de mener les activités. Les modalités de motivations, les moyens de travail ainsi que les outils sont autant d'éléments qui permettent de dire qu'un effort d'harmonisation effectif des activités communautaires dans le double souci de canaliser les énergies s'impose à travers l'intégration des acteurs et activités communautaires, puis dans l'ultime but de rendre efficace la réponse communautaire. Les communautés toutes entières, les populations affectées, les populations clés au regard de leur implication encore faible dans les activités de santé communautaire, devraient d'avantage être sensibilisées afin d'atteindre les objectifs de lutte contre ces trois maladies.

L'élaboration d'une politique nationale de réponse communautaire devrait donc, en ce qui concerne ces trois maladies, se mettre autour des faiblesses identifiées afin d'en apporter des correctifs pour des actions plus concrètes et des interventions productives. Aussi, anticiper sur les différents risques évoqués afin de garantir la pérennité du système communautaire au Cameroun. Il ne serait cependant pas intéressant de se satisfaire des forces identifiées et d'en rester là, il s'avère d'ailleurs qu'il est nécessaire dans un contexte de renforcement du système communautaire, de chercher en permanence l'amélioration des stratégies, politiques ainsi que les moyens de lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme. L'Etat camerounais, en tant que premier garant des droits liés à la santé et des droits de l'homme, devrait optimiser la gouvernance des soins de santé communautaires notamment par l'application effective des normes du guide national encadrant les interventions sous directives communautaires et en instaurant une instance de coordination au sein du

Ministère de la Santé Publique pour mutualiser les ressources et assurer la supervision, le suivi et l'évaluation des activités communautaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

En reconnaissant que des systèmes communautaires solides sont primordiaux pour protéger la santé et les droits de l'homme des populations touchées par le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, les partenaires au développement , les bailleurs de fonds apportent des appuis de nature à influencer positivement le système de santé communautaire camerounais. Il reste donc que l'impact de ces appuis soit garanti par de telles études qui photographient le système de santé communautaire en examinant ses problèmes de fonds, en se rapprochant des communautés afin d'avoir la double vision institutionnelle et communautaire indispensable dans une vision qui est dirigée vers l'amélioration des processus et des résultats dans la promotion de la santé communautaire et la lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme en particulier.

Recommandations

En vue de l'amélioration des processus et résultats des activités communautaires, les recommandations suivantes ont été formulées et sont regroupées de la manière suivante.

En rapport avec l'organisation, la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de santé communautaires dans la réponse contre le VIH, la Tuberculose, le Paludisme

- Mettre en place un comité de planification stratégique, de coordination, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des interventions intégrées sous directives communautaires ;
- Renforcer les cadres de coordination et de concertation existant des PTF afin de créer une synergie et une complémentarité entre les interventions communautaires développées dans la lutte contre ces trois maladies;
- Faire participer les partenaires communautaires à des séances de micro-planification et d'évaluation des programmes ainsi qu'aux réunions de coordination à tous les niveaux ;
- Associer les collectivités territoriales décentralisées dans la prise de décision, le suivi et l'évaluation des activités communautaires de lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme.

En rapport avec la mobilisation sociale, la mise en œuvre des activités, la couverture géographique des ASC et OBC.

- Disséminer, vulgariser, et s'assurer de l'application des directives élaborées sur la participation communautaire dans le cadre de la lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme à travers des ateliers à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Accroitre les effectifs et étendre la couverture des ASC et OBC dans tous les aires de santé, villages ou quartier afin non seulement de réduire le volume de travail des ASC et OBC, mais aussi d'avoir une couverture quasiment exhaustive des communautés ;
- Promouvoir les associations des personnes affectées par ces trois maladies en les incitant à créer des associations afin de mieux s'impliquer dans la sensibilisation des communautés ;

En rapport avec le renforcement des capacités des acteurs et la qualité des services offerts par les ASC et OBC

- Renforcer les connaissances des ASC à travers des formations d'une bonne durée (au moins 10 jours) leur permettant d'assimiler le travail à faire ;
- Superviser régulièrement les ASC/OBC ;
- Insister lors des formations sur l'intégrité des ASC/OBC afin de promouvoir l'équité et le renforcement de liens entre les initiatives de santé et la communauté ;
- Renforcer les capacités des organisations à base communautaires, afin qu'elles puissent jouer un rôle de premier plan dans la mobilisation des

communautés pour la lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme ;

- Doter les ASC et OBC de documents nécessaires et en quantité suffisante pour les séances d'IEC et pour la communication pour le changement de comportement (boites à images, fiches de causeries). Y associer les outils pour la sensibilisation de masse (mégaphones) ;
- Mettre à la disposition des ASC et OBC des facilités pour la rédaction et la transmission des rapports (internet, ordinateurs) afin d'éviter les retards dans la transmission et la mauvaise qualité des rapports en manuscrit.

En rapport avec l'obligation redditionnelle

- Harmoniserlesactivitéscommunautaires en dotant chaque communauté d'une OBC et des ASC polyvalents ;
- Elaborer, produire et mettre à la disposition des ASC un outil intégré de collecte des données ;
- Moderniser le système de collecte des données en intégrant dans l'outil DHIS2 du MINSANTE le volet communautaire ;
- Renforcer l'utilisation des NTIC dans la transmission des données afin que le travail de l'ASC ou des OBC soit facilité et que les rapports et autres données requis soient disponibles dans les délais.

En rapport avec les facteurs limitant leur accès aux services de prévention, diagnostic et traitement des populations-clés dans la lutte contre ces trois maladies

- Améliorer l'accueil des populations-clés au niveau des Unités de Prise en charge en sensibilisant les responsables de ces services de santé sur l'impact des éventuels écarts de comportements des professionnels de la santé sur les patients ;
- Rendre disponibles et accessibles les différents produits subventionnés et destinés aux populations clés (moustiquaires, ARV etc.).

En rapport avec la motivation des ASC et OBC

- Capitaliser davantage l'approche de motivation financière basée sur les résultats (PBF) déjà existante dans le système de santé au Cameroun;
- Mettre en application les deux catégories de motivation des ASC définies dans le Guide National des interventions sous directives communautaires au Cameroun, à savoir :

- le mécanisme d'incitation financière qui consiste d'une part au paiement d'une prime fixe de 20 000 FCFA par mois octroyée après validation du rapport d'activités de l'ASC par l'OSCD conjointement avec le chef de l'aire et d'autre part, une prime basée sur la performance en fonction des résultats obtenus au montant maximal de 20 000 FCFA ;
- le mécanisme d'incitation non financière basée sur des avantages divers accordés aux ASC.

BIBLIOGRAPHIE

Boucher. (2016). Santé communautaire et santé publique. Quelle différence? Quelles similitudes in santé communautaire en 4 actes repères, acteurs, démarche et défis. *Presses de l'Université Laval*, 364.

Conill, E. M., Conille, E. M., & O'Neill, M. (1984). La notion de santé communautaire: éléments de comparaison internationale. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Sante'e Publique, 75*(2), 166-175.

Desgroseillers, V., Guichard, Roy. (2016). La santé communautaire en 4 actes : Repères, acteurs, démarches et défis. *Presses de l'Université Laval*, 364.

Fonds mondial. (2014). Note d'information du Fonds mondial : Renforcement des systèmes communautaires.

Fonds mondial, Plan d'action en faveur des populations-clés 2014-2017.

Görgen, H., Kirsch-Woik, Thomas, Schmidt-Ehry, Bergis. (2004). *Le système de santé de district Expériences et perspectives en AfriqueLe système de santé de district: experiences et perspectives en Afrique*.

Institut National de la Statistique/ République du Cameroun (INS). Rapport enquête MICS, 2007.

Institut National de la Statistique/ République du Cameroun (INS). Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS II et III), 1998, 2004

Institut National de la Statistique/ République du Cameroun. Enquêtes Camerounaises auprès des Ménages (ECAM II et III), 2002, 2007

Ministère de l'Economie et des Finances/ République du Cameroun : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), 2002.

Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire/ République du Cameroun : Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), 2008.

Ministère de la Santé Publique/ République du Cameroun : Déclaration de Politique Nationale de mise en œuvre de la réorientation des Soins de Santé Primaires, 1993.

Ministère de la Santé Publique/ République du Cameroun: Directives opérationnelles pour la viabilisation d'un District de Santé, 1995

Ministère de la Santé Publique/ République du Cameroun. (2009). Guide nationnal de fonctionnement des structures de dialogue des districts de santé.

Ministère de la Santé Publique/ République du Cameroun. (2011). Comptes Nationaux de Santé.

Ministère de la Santé Publique/ République du Cameroun.(2012). Guide national d'intégration des interventions sous directives communautaires au Cameroun.

Ministère de la Santé Publique/ République du Cameroun. (2014). Plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2015-1019.

Ministère de la Santé Publique/ République du Cameroun. Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015 et 2016-2027.

Ministère de la Santé Publique/ République du Cameroun. Mission d'évaluation des textes juridiques relatifs à la participation communautaire dans le secteur de la santé au Cameroun, novembre 2003.

Ministère de la Santé Publique/ République du Cameroun. Plan National de Développement Sanitaire Edition 2011, P 44.

Organisation Mondiale de la Santé. (Genève). L'OMS et la société civile. Des liens pour améliorer la santé. Genève; OMS, 2002.

Organisation Mondiale de la Santé. (Genève). *ENGAGE-TB,* Intégrer les activités communautaires de lutte contre la tuberculose dans le travail des ONG et des autres organisations de la société civile. Directives opérationnelles. Genève; OMS, 2012.

Organisation Mondiale de la Santé (Brazzaville). Rapport sur la santé dans la Région africaine. Brazzaville : OMS, 2006.

Organisation Mondiale de la Santé. (Genève). L'Agent de Santé Communautaire-Guide pratique, Directives pour la formation, Directives pour l'adaptation. Organisation Mondiale de la Santé. Genève : OMS, 1987.

Organisation Mondiale de la Santé. (Genève). Strengthening the performance of community health workers: interregional meeting of principal investigators, 12–16 November 1990. (SHS/DHS/91.1). Genève : OMS, 1990.

ANNEXES

ANNEXES

	Période	Remarques
Calendrier de soumission des demandes du pays au Fonds Mondial	Paludisme : Mars 2017 VIH/TB : Janvier 2018	Allocation 2017 -2019 • Palu : 65 454 364 • VIH : 89 018 561 • TB : 9 985 155
Calendrier du dialogue pays	Janvier 2017 pour les trois maladies	L'allocation pour les trois maladies a été réduite de 100 000 000 (100 millions) Euros comparativement à la précédente allocation 2014 -2017. Donc les négociations seront extrêmement difficiles pour la priorisation des interventions (Activités à intégrer dans les NCs)
Stratégie pour la diffusion des résultats de cette étude aux différents acteurs qui seront en charge d'élaboration des NCs2018.	A partir de Janvier 2017	- Mailing list du CCM - Réunion Délégation Société Civile au CCM - Dialogue pays - Réunion d'élaboration des NCs

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

COMITE REGIONAL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE HUMAINE DU CENTRE

Tel : 222 51 20 87; 677 94 48 89/ 677 78 73 30
Mail : crersh_centre@yahoo.com

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

CENTRE REGIONAL ETHICS COMMITTEE FOR HUMAN HEALTH RESEARCH

CE N° 0061 8 - 03 /CRERSHC/2016

Yaoundé, le 17 OCT 2016

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Régional d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine du Centre (**CRERSH/C**) a reçu la demande de clairance éthique pour le projet de recherche intitulé : « **Analyse du système communautaire dans le cadre de la réponse contre le VIH, le Paludisme et la Tuberculose au Cameroun** » soumis par Monsieur **NGUEJIC TSOBENG Bienvenu**, au nom de l'Association « For Impacts in Social Health (FIS) ».

Après son évaluation, il ressort que le sujet est digne d'intérêt, les objectifs sont bien définis et la procédure de recherche ne comporte pas de méthodes invasives préjudiciables aux participants. Par ailleurs, le formulaire de consentement éclairé destiné aux participants est acceptable.

Pour ces raisons, le Comité Régional d'éthique approuve pour une période de six (06) mois, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

L'intéressé est responsable du respect scrupuleux du protocole et ne devra y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il sans l'avis favorable du Comité Régional d'Ethique. En outre, il est tenu de:

- collaborer pour toute descente du Comité Régional d'éthique pour le suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé ;
- et soumettre le rapport final de l'étude au Comité Régional d'éthique et aux autorités compétentes concernées par l'étude.

La présente clairance peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation en vigueur et des directives sus mentionnées.

En foi de quoi la présente Clairance Ethique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

LE PRESIDENT

Dr DOBO BEYE Casimir
Pharmacien

Ampliation:

- CNEFSR

Synthèse des textes nationaux qui portent sur les systèmes communautaires au Cameroun

Document disponible	Définition du système communautaire (structures de dialogue et réseau d'Agents de santé Communautaires ASC)	Organisation, politique et fonctionnement
Recueil de texte du MINSANTE : - Arrêté n°0033 CAB/MSP du 21 septembre 1998 fixant les modalités de création des structures de dialogue communautaire dans les districts de santé ; - la loi n°90/053 du 19/12/90, portant liberté d'association permet la participation communautaire à la santé à travers les structures de dialogue à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. - Guide national de fonctionnement des structures de dialogue des districts de santé ; - Guide national d'intégration des interventions sous directives communautaires au Cameroun.	- Les structures de dialogues et de participation communautaire visent la promotion de la gestion décentralisée des services de santé, à travers un partenariat entre les pouvoirs publics, les communautés bénéficiaires et les autres intervenants en matière de santé. - Les structures de dialogue apparaissent comme le lieu d'expression de la participation communautaire ; - Les structures de dialogue sont donc une composante du système de santé camerounais et se retrouvent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; - Elles renvoient à un cadre de rencontre et de concertation entre l'État, la communauté, et les autres partenaires pour réfléchir, décider et gérer la santé dans tous ses aspects et dans le respect de la politique nationale. - Selon le guide national d'intégration des interventions sous directives communautaires au Cameroun, le système de santé basé sur la participation communautaire ou système communautaire renvoie à une organisation locale de la communauté visant la participation de la communauté constituée des structures de dialogue et des ASC élus par la communauté elle-même.	- Les structures de dialogue et de participation communautaire sont de deux ordres : le comité de santé de l'aire et le comité de santé du district ; - Les modalités de fonctionnement des structures de dialogue et de participation communautaire sont précisées par un règlement intérieur adopté en assemblée générale ; - La participation communautaire reste le maillon faible du système de santé au Cameroun, malgré la mise en place des structures de dialogue. - Le fonctionnement n'est pas optimisé. On trouve des disparités énormes sur le terrain, certaines fonctionnent bien, d'autres n'existent que de nom. - Les structures de dialogue ne sont pas des entités autonomes dans le système de santé camerounais. Les structures administratives et d'appui constituent la porte d'entrée pour toutes les autres structures ; - Les ASC jouent plusieurs rôles dans leur communauté : mettent en œuvre le paquet intégré d'interventions ; collectent et transmettent les informations sanitaires au responsable de l'aire de santé de sa localité ; participent à la surveillance épidémiologique des maladies ; servent de courroie de transmission entre la communauté et les services de santé ; rend compte au chef de la communauté.
		Le MINSANTE a opté pour le renforcement de l'approche intégrée sous directives communautaires pour résoudre les multiples problèmes de santé auxquels font face les populations. - Développement par le MINSANTE d'un outil opérationnel d'orientation du cadre organique, institutionnel et organisationnel pour la planification, la mise en œuvre harmonieuse et l'évaluation des activités sous directives communautaires dans un document de référence ou guide national d'intégrations des interventions sous directives communautaires au Cameroun.

Outils de collecte des données

Guide d'entretien semi-structuré individuel et de discussion de groupe

Date et heure de l'entretien……

Lieu de l'entretien ……..

Structure visitée……..

Informations destinées aux participants de l'étude pour un consentement

Bonjour, nous vous remercions d'avoir accepté nous consacré de votre temps pour participer à cette étude qui s'intitule **: «Analyse du système communautaire dans le cadre de la réponse contre le VIH, le paludisme et la tuberculose au Cameroun».**

Elle est réalisée par l'ONG FIS dans le cadre du projet de renforcement du système communautaire au Cameroun visant à contribuer à l'amélioration de la santé des populations. Elle a été approuvée par le Comité d'éthique du Ministère de la Santé publique du Cameroun. Elle a pour but de fournir des éléments de base pertinents sur le fonctionnement du système communautaire actuel au Cameroun dans le cadre de la réponse contre le VIH, le paludisme et la tuberculose. Pour atteindre cet objectif, le Ministère de la Santé Publique a besoin des informations sur le fonctionnement du système communautaire dans le pays.

Nous aimerions recueillir vos points de vue à ce sujet à travers une discussion ouverte où chacun pourra s'exprimer librement et qui durera environ 60 minutes (entretien individuel) et 90 minutes (discussion de groupe). Pour des besoins de l'étude, la conversation sera enregistrée, des notes seront prises de façon anonyme et traitées confidentiellement. Des poses pourront être prises au cours de l'entretien si vous le souhaitez.

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche et de vous retirer à tout moment sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision. Si vous mettez fin à votre participation, le matériel et les données que vous aurez fournies seront détruits, à moins que vous ne nous autorisiez à les utiliser pour la recherche, malgré votre retrait.

Pour assurer le respect de votre vie privée et garantir la confidentialité de vos données, votre nom ne sera pas mentionné, au besoin, il sera remplacé par

un code. Les données en format numérique seront conservées dans une banque de données électroniques, sécurisée par un mot de passe. Seuls les consultants auront accès à tout le matériel et à toutes les données qui seront détruits 5 ans après l'étude.

Si vous acceptez participer à cette étude, acceptez-vous de confirmer, sur cet enregistrement audio, que vous consentez à y participer ?

Nous vous remercions pour le temps et l'attention que vous acceptez de consacrer à votre participation.

Au cours de cet entretien, nous aimerions que nous abordions les thèmes suivants :

1. Oorganisation et coordination des activités communautaires dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose ;
2. Stratégies et politiques pour la participation communautaire dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose ;
3. Capacités des acteurs communautaires engagés dans la lutte contre la maladie ;
4. Risques de la réponse communautaire et suggestion des stratégies de gestion de ces risques ;
5. Populations clés et accès aux services de prévention, diagnostic et traitement (facteurs limitant cet accès) dans le contexte de la lutte contre la TB, le Paludisme et le VIH ;
6. Performances (forces, faiblesses, opportunités et menaces) des activités communautaires ;
7. Suggestion des recommandations pour améliorer la réponse communautaire y compris les directives, les politiques et les stratégies.

En ayant ces thèmes en tête, pouvons-nous commencer ?

Oorganisation et coordination des activités communautaires dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose

- Quels sont les acteurs qui assurent l'organisation et la coordination des activités communautaires dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose ?

- Comment le font-ils ?
- Comment les données des activités communautaires dans la lutte contre ces trois maladies sont-elles recueillies et transmises ?
- Quels sont les outils de technologie de l'information qui sont utilisés dans ce cadre ?
- Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur l'organisation et la coordination de ces activités communautaires ?
- Quels sont les mécanismes communautaires d'obligation de rendre compte à la hiérarchie, utilisés dans le cadre de ces activités communautaires ?
- Quelles sont les structures décisionnelles locales existantes ?

Stratégies et politiques pour la participation communautaire dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose

- Quelles sont, selon vous les stratégies d'information de la population pour la participation communautaire dans la lutte contre ces 3 maladies ?
- Comment les organisateurs des activités communautaires dans le cadre de la lutte contre ces 3 maladies, pensent-ils que la participation communautaire devrait se passer ?
- Quels sont les différents types de participation communautaire pratiqués par les membres de la communauté dans la lutte contre ces 3 maladies ;
- Quels sont les moyens incitatifs utilisés pour la participation communautaire dans la lutte contre ces 3 maladies ?
- Comment estimez-vous la participation communautaire dans la lutte contre ces 3 maladies ?

Capacités des acteurs communautaires engagés dans la lutte contre la maladie

- Quels sont les acteurs communautaires engagés dans la lutte contre les 3 maladies ?
- Avez-vous une idée sur les capacités de ces acteurs engagés dans la lutte contre la maladie ?
- Quels sont, selon vous, les types de capacité dont disposent les acteurs communautaires engagés dans la lutte contre la maladie ?

- Quels sont, selon vous, les types de capacité dont les acteurs communautaires ne disposent pas dans la lutte contre la maladie?

Risques de la réponse communautaire et suggestion des stratégies de gestion de ces risques

- Pouvez-vous nous dire si les membres de la communauté sont informés sur leur capacité de communiquer, de promouvoir le changement, d'améliorer l'environnement au niveau local ?
- Quels sont les risques réels et potentiels de la réponse communautaire ?
- Si vous aviez à suggérer des stratégies de gestion de ces risques, que proposeriez-vous ?

Populations clés et accès aux services de prévention, diagnostic et traitement (facteurs limitant cet accès) dans le contexte de la lutte contre la TB, le Paludisme et le VIH

- Quelles sont les populations bénéficiaires des services dans la lutte contre ces 3 maladies ?
- Avez-vous une idée s'il existe des liens entre elles ?
- Avez-vous l'impression que les populations affectées et les communautés participent à des activités communautaires afin d'améliorer leur santé et leur environnement ?
- Comment les populations affectées ont-elles accès financièrement aux services de prévention, diagnostic et traitement dans votre contexte de la lutte contre ces 3 maladies ?
- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait limiter leur accès à ces services ?
- Comment ces facteurs pourraient-ils limiter l'accès aux services de prévention, diagnostic et traitement aux populations affectées par les 3 maladies ?
- Quels sont les réseaux de soutien communautaires existants pour les populations affectées ainsi que les liens entre eux ?
- Pouvez-vous nous parler de l'aptitude de mobilisation des membres de

la communauté dans le cadre de la lutte contre ces 3 maladies et s'ils s'unissent souvent pour faire face à d'autres problèmes sanitaires et sociaux dans leur communauté ?

Performances (forces, faiblesses, opportunités et menaces) des activités communautaires

- Quels sont les moyens dont disposent les organisations communautaires pour atteindre leurs objectifs pour les activités communautaires dans la lutte contre la TB, le Paludisme et le VIH ?
- Quelles sont selon vous, les forces, faiblesses, opportunités et menaces des activités communautaires dans la lutte contre la TB, le Paludisme et le VIH ?
- Comment les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces influencent-elles les activités communautaires dans la lutte contre la TB, le Paludisme et le VIH ?

Suggestion des recommandations pour améliorer la réponse communautaire y compris les directives, les politiques et les stratégies

- Si vous aviez à suggérer des recommandations pour améliorer la réponse communautaire, que proposeriez-vous ?
- Si vous aviez à suggérer des directives pour améliorer la réponse communautaire, que proposeriez-vous ?
- Si vous aviez à suggérer des politiques pour améliorer la réponse communautaire, que proposeriez-vous ?
- Si vous aviez à suggérer des stratégies pour améliorer la réponse communautaire, que proposeriez-vous ?
- Si vous aviez à suggérer toute autre activité pour améliorer la réponse communautaire, que proposeriez-vous ?

CONTACTS

Le FIS œuvre pour maintenir et améliorer la santé des populations vulnérables en contribuant à un accès équitable des services de santé de qualité. Le FIS reconnait la participation des communautés comme un processus par lequel les individus et les familles d'un côté prennent en charge leur santé et leur bien-être et ceux de la communauté. Et d'un autre côté développent leurs capacités afin de contribuer à leur épanouissement. Depuis 2012, le FIS a pu bâtir un réseau de près de 80 OSC et Médias dans le suivi, l'analyse et la notion de redevabilité dans les subventions du Fonds Mondial.

Pour plus d'informations :

- **Bertrand KAMPOER,**
  Directeur Exécutif,
  b.kampoer@fiscameroon.org

- **Anicet DIGUI,**
  Responsable Administratif et Financier,
  a.digui@fiscameroon.org

- **Benoît BISSOHONG B,**
  Chargé de la communication,
  b.bissohong@fiscameroon.org

- **Bureau :**
  Nouvelle route Briqueterie - B.P.: 2286 Yaoundé, Tél: 242 010 116
  Email: contact@fiscameroon.org, Site internet : www.fiscameroon.org