

**Missions d'Etudes sur le Fonctionnement  
des Instances de Coordination Pays (CCM)  
CAMEROUN**

**Mission réalisée pour le  
Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme  
Sur financement du MAE**

**Mai 2004**

**CREDES**  
CONSULTANCE EN SANTÉ PUBLIQUE • PUBLIC HEALTH CONSULTING

---

CREDES - 53, Rue de Turbigo - 75003 PARIS - France  
Tel.: (33) 01.42.74.11.10. - Fax.: (33) 01.42.74.11.20.  
E-mail : credes@credes.net

*Cette mission a été réalisée par Bénédicte MOULIN du 20 au 29 avril 2004 à Yaoundé et est financée par le Ministère Français des Affaires Etrangères pour le compte du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Paludisme. Les opinions et interprétations qui y sont exposées n'engagent que le consultant et ne reflètent pas nécessairement les positions Fonds mondial ni celles du MAE.*

## Liste des abréviations

ALF	Agent Local du Fonds Mondial (ou LFA Local Fund Agent)
ARV	Antirétroviraux
AT	Assistant(e) technique
BM	Banque Mondiale
BP	Bénéficiaire Principal
CAA	Caisse Autonome d'Amortissement (reçoit les fonds du BP)
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCM	Country Coordinating Mechanism – Instance de Coordination Pays
C2D	Contrat de Désendettement et de Développement
CENAME	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
DOTS	Directly Observed Treatment Short-course (Traitement de Courte Durée sous Observation directe)
FM	Fonds Mondial Sida, Paludisme, Tuberculose
GTC	Groupes techniques centraux (des trois programmes nationaux : CNLS, PNLT, PNLP)
IEC	Information Education Communication
IPPTE	Initiative Pays Pauvres Très Endettés
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LFA	Local Fund Agent (Administrateur Local du Fonds Mondial)
MAE	Ministère des Affaires Etrangères (français)
M&E	Monitoring and Evaluation (Suivi et évaluation)
MSP	Ministère de la Santé Publique
OBC	Organisation à base communautaire
PMLS	Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PV	Procès Verbal
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
SE	Secrétaire Exécutif
SCAC	Service de Coopération et d'Action Culturelle de l'Ambassade de France
SSS	Stratégie Sectorielle Santé
TDR	Terme de Référence
TRP	Technical Review Panel Groupe d'experts techniques

## Table de matières

<b>1.</b>	<b>Résumé de l'étude CCM Cameroun.....</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Contexte.....</b>	<b>9</b>
	A. Présentation générale du secteur santé au Cameroun.....	9
	1. Organisation du système de santé .....	9
	2. Organisation de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme .....	9
	B. Epidémiologie du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme .....	11
	1. Données sur le VIH/SIDA.....	11
	2. Données sur la Tuberculose .....	12
	3. Données sur la Paludisme .....	12
<b>3.</b>	<b>Objectifs de l'étude .....</b>	<b>13</b>
	A. Objectif général.....	13
	B. Objectifs spécifiques .....	13
<b>4.</b>	<b>Méthodologie de l'étude .....</b>	<b>14</b>
	A. Revue documentaire.....	14
	B. Mission au Cameroun .....	14
<b>5.</b>	<b>Résultats de l'étude .....</b>	<b>15</b>
	A. Composition du CCM.....	15
	1. Historique de la mise en place .....	15
	2. Cohérence et équilibre .....	15
	B. Administration et gouvernance du CCM.....	22
	1. Textes relatifs au CCM.....	22
	2. Gouvernance : principales étapes et décision .....	23
	C. Niveau de participation des membres du CCM aux différentes étapes du processus	
	25	
	1. Elaboration de la proposition pour le 2 <sup>ème</sup> round et le 3 <sup>ème</sup> round.....	25
	2. Choix du bénéficiaire principal et des bénéficiaires secondaires .....	26
	3. Elaboration du règlement intérieur .....	28
	4. Elaboration de manuels de procédures administratives, financières et	
	comptables.....	28
	5. Elaboration des plans d'action.....	28
	6. Processus de choix de LFA.....	28
	D. Coordination du CCM avec les autres programmes en cours .....	29
	1. Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PMLS) – BM .....	29
	2. Initiative Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE) .....	30
	3. Le Contrat de Désendettement et de Développement (C2D) - France .....	30
<b>6.</b>	<b>Identification des besoins en appui technique.....</b>	<b>32</b>
	A. Appuis techniques et financiers reçus par le CCM .....	32
	B. Besoins exprimés par les membres du CCM .....	32
	1. Mise en place d'un secrétariat technique .....	32
	2. Briefing de la part du Fonds Mondial et partage d'information .....	33
	3. Formation des ONG et associations pour l'élaboration des propositions .....	33
	4. Autres besoins .....	33
<b>7.</b>	<b>Recommandations .....</b>	<b>34</b>
	A. Recommandations au CCM .....	34
	1. Recommandations concernant la composition .....	34
	2. Recommandations concernant le fonctionnement .....	34
	3. Recommandations générales.....	35
	B. Recommandations au Fonds Mondial .....	36
<b>8.</b>	<b>Liste des Annexes.....</b>	<b>37</b>

# 1. Résumé de l'étude CCM Cameroun

---

Suite aux décisions du Conseil d'Administration du Fonds Mondial contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose, réuni en Thaïlande en octobre 2003, de conduire une vingtaine d'études sur les Instances de Coordination Pays (CCM), le Ministère français des Affaires étrangères (MAE) a proposé de financer le déroulement de ces études dans quatre pays : Sénégal, Bénin, Cameroun et Viêt-nam. Les résultats de l'ensemble de ces études seront présentés au Conseil d'Administration du Fonds Mondial au mois de Juin 2004 en vue de la finalisation par le Fonds Mondial d'un document révisé de politique concernant les CCM.

L'objectif général de ces études est de s'assurer que les principes du Fonds Mondial d'égal accès aux ressources et de partage des pouvoirs de décision entre les acteurs publics, privés et communautaires de la lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose, sont respectés.

Les deux objectifs plus spécifiques de ces études sont les suivants :

1. Décrire la composition, le fonctionnement du CCM et le mettre en perspective des autres instances de coordination nationale.
2. Identifier les besoins en appui technique des membres du CCM et faire des recommandations en vue de faciliter la mise en œuvre des propositions financées.

L'étude CCM du Cameroun s'est déroulée à Yaoundé du 19 au 29 avril 2004.

La méthodologie a consisté en :

- i. une lecture des documents proposés par le Secrétariat du Fonds Mondial et identifiés sur le site Web
- ii. des entretiens sur le terrain pendant 8 jours (cf. programme de la Mission et liste des personnes rencontrées),
- iii. une revue documentaire la plus exhaustive possible dans les délais accordés (cf. liste des documents lus) des documents communiqués par les acteurs sur le terrain
- iv. la participation à une réunion du CCM à Yaoundé
- v. la remise d'une note de synthèse aux autorités du Cameroun et au Service de Coopération et d'Action Culturelle en fin de mission.

Au préalable, voici rappelés ci-dessous les principales étapes de constitution du projet du Fonds Mondial (i) et les principaux objectifs des trois composantes de la proposition acceptée lors du 3<sup>ème</sup> round (ii).

## (i) principales étapes :

- Création du CCM : août 2002
- Soumission au FM pour le 2<sup>ème</sup> round (3 composantes) : octobre 2002
- Réception des commentaires du TRP: novembre 2002
- Réponse négative du FM : janvier 2003
- Restitution aux membres du CCM des observations du TRP : mars 2003
- Début de la phase de préparation de la proposition à soumettre pour le 3<sup>ème</sup> round : avril 2003
- Signature de la proposition coordonnée du Cameroun par les membres du CCM : 15 mai 2003
- Réception des commentaires du TRP : juillet 2003

- Approbation de la proposition par le CA du FM sous réserve de clarifications: octobre 2003
- Recrutement du LFA par le FM : février 2004
- Finalisation du processus de validation de la proposition du Cameroun : mars 2004
- Début de l'audit du BP par le LFA : avril 2004.

**A ce stade, en attente :**

- validation du règlement intérieur du CCM
- rapport d'audit du LFA (en cours)
- signature de la convention de financement.

**(ii) principaux objectifs de la proposition camerounaise**

***A - Composante Sida***

L'objectif général de cette composante est d'améliorer d'ici 2008 la prise en charge globale des PVVIH et de soutenir les orphelins et les enfants vulnérables du fait du VIH/SIDA. Il est notamment prévu :

- de prendre en charge par ARV plus de 36 000 patients éligibles, dont 920 enfants, avec une réduction du coût de la trithérapie de 34 USD à 8 USD par mois et par patient,
- de rendre accessible les examens biologiques,
- d'assurer les soins à domicile et le suivi de l'observance
- de dispenser gratuitement le cotrimoxazole à 180 000 personnes pour la prévention des infections opportunistes
- de traiter gratuitement 1500 cas de toxoplasmose et 500 cas de cryptococcose
- de fournir des soins médicaux courants et d'apporter un appui économique et psycho social à plus de 10 000 orphelins, à leur famille d'accueil ou les structures d'accueil (orphelinats).

Les bénéficiaires de ces différentes interventions seront donc (i) les PVVIH, (ii) les OEV, (iii) les familles des PVVIH et les familles d'accueil des OEV, (iv) les ONG et les associations, (v) le personnel de santé formé.

Cette composante entre bien dans la continuité de la dynamique en cours. A ce jour, 18 centres de traitement agréés (CTA) existent et permettent de prendre en charge les personnes sous ARV.

***B - Composante Tuberculose***

L'objectif général de cette composante est de réduire le poids et la propagation de la tuberculose par une amélioration de la détection des cas. Notamment, il s'agit de :

- étendre les centres de diagnostic et de traitement en passant de 133 à 199 d'ici 2008
- assurer une bonne détection des cas de tuberculose en détectant 20 00 patients
- mettre en place un dépistage volontaire du VIH/SIDA dans les centres de traitement
- améliorer le contrôle de la tuberculose en amont par des campagnes de sensibilisation dans la population
- renforcer le management du programme, en particulier au niveau central (ressources humaines, équipements...).

## **C - Composante Paludisme**

L'objectif général de cette composante est de réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme d'environ 50% chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes d'ici 2010. Il s'agira de :

- accroître d'utilisation des moustiquaires imprégnées de plus de 60% d'ici 2006
- améliorer la prise en charge des cas de paludisme dans les ménages et les centres de santé
- renforcer les capacités de management des structures et des équipes à chaque niveau
- accroître d'accessibilité aux moyens de prévention et à l'information.

### **Les principaux résultats de l'étude CCM Cameroun sont les suivants :**

Le CCM au Cameroun a été créé en août 2002 (Décision N° 0366/D/MSP/CAB du 9 août 2002 portant création d'une commission mixte de coordination et de suivi des comités nationaux de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme). C'est essentiellement sous l'impulsion du Ministre de la Santé Publique que ce CCM a été créé. On peut souligner le rôle moteur du Ministère de la Santé Publique dans la mobilisation du Cameroun pour la création du CCM, la formulation de la première proposition au Fonds Mondial (pour le deuxième round) dans un délai très court et la préparation de la deuxième proposition (troisième round).

La composition du CCM a été fixée au Chapitre II (*Organisation et Fonctionnement*) de la Décision N° 0366/D/MSP/CAB du 9 août 2002. Il apparaît que la répartition est pertinente au regard des principes du Fonds Mondial (partenariat entre gouvernement, société civile, secteur privé et communautés affectées). Toutefois, il ressort qu'une majorité des membres du CCM regrette ne pas avoir été consultée au moment de la décision de la composition et que l'administration camerounaise leur paraît avoir une place trop importante, ce qui déséquilibre un tant soit peu le CCM. De plus, les associations et ONG nationales de santé estiment être insuffisamment représentés. En revanche, la présence du RECAP+ en tant que représentant des PVVIH semble être unanimement salué.

Le rôle moteur du Ministère de la Santé, qui a eu sans conteste un aspect très positif, induit également une certaine confusion et une absence de délimitation des frontières entre le CCM et le MSP. Les membres du CCM souhaiteraient que le CCM apparaisse clairement indépendant du MSP.

Le CCM du Cameroun est composé de 33 membres. L'objectif de ce choix élargi est d'une part d'impliquer tous les acteurs et les secteurs concernés par la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme et d'autre part d'assurer une représentativité exhaustive pour une transparence des choix et des actions du Fonds Mondial. Ceci paraît tout à fait conforme aux principes du Fonds mondial, qui recommande, je cite : « *que le CCM soit largement représentatif de toutes les parties prenantes dans la lutte contre les trois maladies au niveau national. Le CCM doit dès lors être aussi large que possible...* » Cette exigence de représentativité de la part du Fonds Mondial n'est pas sans danger car elle implique de mettre en place une structure qui pourrait à terme s'avérer lourde. Les pays, et le Cameroun n'en est pas exempt, doivent donc faire face à ce défi, non sans difficultés.

Un débat est posé par certains membres du CCM sur le niveau de représentativité des membres. Celui-ci est-il suffisant ? Certains membres souhaiteraient que le CCM est un niveau de représentativité plus élevé (niveau plus politique) et que celui-ci ne siège que pour prendre des décisions sur la base des dossiers préparés et soumis par les techniciens, sous la houlette du secrétariat technique.

Aujourd'hui, un secrétariat technique provisoire existe. Il dispose depuis peu de locaux, mis à disposition par le Ministère de la santé et équipé sur les fonds de la GTZ. Ce secrétariat technique est théoriquement composé de 3 membres dont un seul en pratique, en sus de ses fonctions (responsable du secteur santé - Initiative PPTE), assure bénévolement ce secrétariat. Cette situation provisoire n'est pas sans poser de problèmes pour le fonctionnement du CCM, ce dont est parfaitement conscient le Président du CCM ainsi que l'ensemble de ses membres. Il convient donc de mettre le plus rapidement sur pied un secrétariat fonctionnel dont la composition devra être décidé par le CCM.

Le Bénéficiaire principal a été choisi par le CCM. Après un premier vote (*PV réunion du 12 mai 2003*) au cours d'une réunion qui avait départagé deux propositions, la Caisse Autonome d'Amortissement avait été retenue au détriment du PNUD qui exigeait de retenir 5% du montant attribué par le Fonds Mondial pour ses frais de gestion. Suite à des discussions menées avec le Secrétariat du Fonds Mondial lors d'un déplacement du Ministre de la Santé à Genève, il est apparu finalement peu opportun de retenir la CAA comme bénéficiaire principal, cet organisme public étant uniquement compétent en gestion financière et ne pouvant de ce fait assurer le rôle de pilotage technique. Il a donc été retenu que le MSP serait le bénéficiaire principal (*PV de la réunion portant modification du choix manquant*). Un certain nombre de membre du CCM, quand bien même ayant entériné cette décision, se sont sentis un peu mis devant le fait accompli, sans recul nécessaire pour peser le bien fondé de cette décision.

#### **En résumé :**

- Un CNC « élargi » de 33 membres.
- Un secrétariat technique de 3 membres, non fonctionnel
- Un Bénéficiaire Principal : Ministère de la Santé.
- Trois Bénéficiaires Secondaires : GTC/CNLS, GTC/PNLP, GTC/PNLT
- Le Local Fund Agent est PricewaterhouseCoopers.

Le CCM a mis rapidement en place trois sous commissions techniques dont le mandat était de travailler à l'élaboration de la proposition à soumettre au Fonds Mondial ; Il s'avère que cette organisation a été très pertinente et a permis : (i) d'impliquer l'ensemble des membres du CCM ce qui a créée une réelle et bonne dynamique de travail et (ii) d'établir une proposition cohérente aux regards des priorités nationales et de celles fixées par le FM et complémentaire des autres financements (MAP, IPPTE, projets des différentes coopérations bilatérales...). Mais ce dynamisme et cette technicité reconnus sont fragilisés par le fonctionnement chaotique du CCM dans le domaine du secrétariat et de l'accès à l'information dans des délais qui permettent aux membres du CCM d'étudier les dossiers suffisamment en amont. Comme indiqué plus haut, le secrétariat du CCM n'est en effet pas fonctionnel et est assuré de facto par le Dr Fezeu, sans appui pour le fonctionnement.

Ceci induit :

- Des problèmes de diffusion, de communication de l'information à l'ensemble des membres du CCM et à destination des principaux bénéficiaires, c'est-à-dire la population. Des documents génériques du Fonds Mondial comme « Guidelines on the Purpose, Structure and Composition of Country Coordinating Mechanisms » (Global Fund, June 4, 2003) ne sont pas connus.
- Des problèmes récurrents pour le suivi des informations et des décisions, les convocations et les comptes-rendus des réunions.
- Des problèmes de connaissance de leur rôle par plusieurs membres du CCM. La seule activité de ces membres serait alors réduite alors à des prises de décision rapide sans connaissance réelle des documents et à la signature des propositions au

Fonds Mondial. Cela suscite le développement d'un phénomène de découragement et de désintérêt pour certains membres du CCM, certains d'entre eux s'interrogeant même sur leur maintien au sein du CCM.

- Défaillances dans la conservation de la mémoire du CCM. La mission d'évaluation n'a pu prendre connaissance par exemple de tous les comptes-rendus de réunions du CCM. De plus, il n'y a pas d'archivage rigoureux et cohérent de l'ensemble des documents, ce qui rend difficile une vue d'ensemble de ce qui est fait par le CCM.

In fine, certains membres ont l'impression d'être acculés au vote et de siéger dans un organe faussement démocratique.

Mais, à décharge du CCM, il apparaît que la confusion ou le flou qui est entretenu sur le rôle du CCM est la conséquence même de l'attitude du Fonds Mondial, les directives adressées par le secrétariat n'étant pas toujours claires.

L'absence de définition préalable des procédures par le Secrétariat du Fonds Mondial se traduit par un changement continu de ces dernières. Le processus est toujours à l'œuvre actuellement et oblige les différents acteurs du CCM (Bénéficiaire Principal, Bénéficiaires Secondaires, LFA) à développer des capacités éprouvées d'adaptation et d'apprentissage en commun.

Ceci peut avoir des conséquences dommageables. En effet, le FM s'interroge aujourd'hui dans un grand nombre de pays sur les conflits d'intérêts qu'il pourrait y avoir à ce que le bénéficiaire principal soit également partie intégrante du CCM (juge et partie). Or, il s'avère qu'au Cameroun, le Ministre de la Santé est le Président du CCM et que son ministère est le bénéficiaire principal. Ceci pose une question de fonds, qui n'est pas tranchée aujourd'hui. Il appartiendra au FM de prendre les décisions adéquates avec chacun des pays, en fonction de ce qu'il aura édicté comme nouvelles directives.

Enfin, on peut souligner, qu'en dépit de ces difficultés, le CCM est dynamique et avance dans la consolidation de son fonctionnement et travaille à la phase préparatoire avant l'arrivée des fonds.

En effet, à ce jour :

- (i) ont été élaborés par un cabinet indépendant (Okala Ahanda et associés) des manuels de procédures administratives, financières et comptables (dispositions spécifiques au financement du Fonds Mondial) pour les trois programmes nationaux, soumis à lecture des membres du CCM
- (ii) a été rédigé un projet de règlement intérieur, soumis à discussion, en cours de finalisation
- (iii) ont été élaborés des plans annuels d'activités par les trois bénéficiaires secondaires
- (iv) est en cours l'audit du LFA (Price WaterHouse).

## 2. Contexte

---

### A. Présentation générale du secteur santé au Cameroun

#### 1. Organisation du système de santé

Le système de santé est structuré en trois niveaux :

- Le niveau central est constitué du MSP avec sept Directions centrales, trois Directions spécifiques, des projets et des programmes spécialisés, dont le CNLS, le PNLP et le PNLT, des institutions d'appui telles que la CENAME, ainsi que des établissements de soins et de référence de troisième niveau.
- Le niveau intermédiaire est constitué de 10 Délégations provinciales en charge de l'appui technique et de la coordination pour les districts de santé, dirigée chacune par un délégué provincial, de 9 hôpitaux provinciaux (2<sup>ème</sup> niveau) et de structures de formation paramédicales.
- Enfin, le niveau périphérique comprend 154 districts de santé et 1400 aires de santé.

Le secteur privé à but lucratif ou non lucratif occupe une place très importante dans le domaine de la santé au Cameroun. Le secteur non lucratif comprend essentiellement les structures confessionnelles, basées en majorité en milieu rural, et dans une moindre mesure le secteur associatif.

#### 2. Organisation de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme

Les Programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le paludisme font partie de la Sous direction « autres maladies endémiques » de la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM). Cette même direction a en son sein une sous direction du VIH/SIDA et des IST.

Le PNLT a récemment été réorganisé avec la création en août 2002 d'un Groupe Technique Central du Comité National de Lutte contre la Tuberculose<sup>1</sup>.

Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS)

Le CNLS a pour mission de définir la politique générale de lutte contre le Sida au Cameroun et d'en fixer les grandes orientations et les objectifs généraux. A ce titre, il est chargé de :

- Coordonner et assurer la gestion des activités de lutte contre le Sida au niveau national
- Coordonner et harmoniser l'ensemble des interventions des différents partenaires
- Coordonner et suivre la mise en œuvre des activités liées aux différents volets du programme multisectoriel de lutte contre le Sida
- Coordonner les interventions des départements ministériels et institutions impliquées
- Rechercher des financements et des aides nécessaires aux activités de lutte contre le Sida.

Présidé par le Ministre de la Santé, le CNLS est constitué :

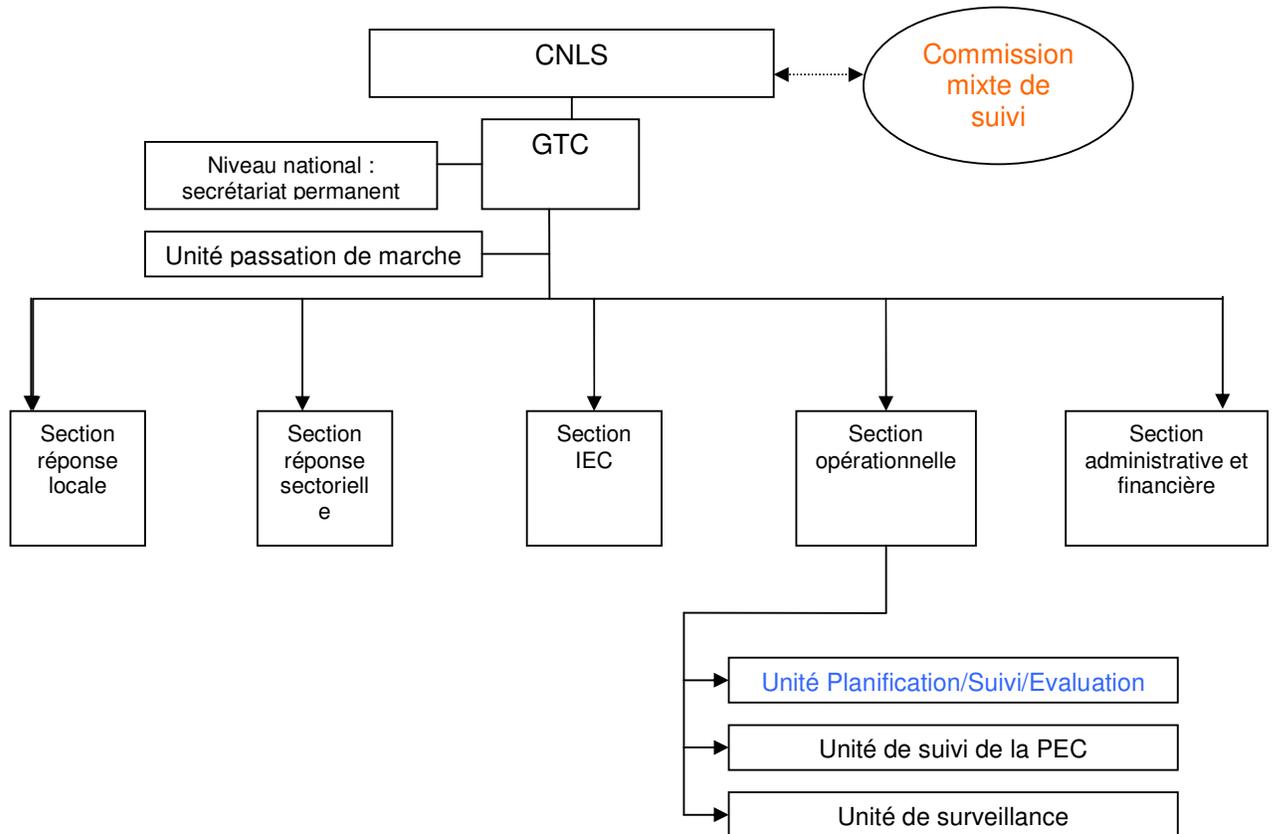
- (i) des représentants des ministères techniques
- (ii) des représentants des réseaux des ONG
- (iii) des représentants des associations de personnes vivant avec le VIH
- (iv) des partenaires au développement

---

<sup>1</sup> Décision n° 340 du 1<sup>er</sup> août 2002 portant organisation et fonctionnement du GTC/CNLT.

- (v) des représentants de la société civile
- (vi) des représentants des confessions religieuses.

### Schéma organisationnel



La commission mixte de suivi (CMS) est un organe indépendant, créé auprès du CNLS. Son fonctionnement est régi par la décision N° 0076/D/MSP/CAB du 5 décembre 2000. Elle assure un rôle de conseil et d'évaluation. A ce titre, elle est chargée du contrôle et de l'audit extérieurs du Groupe Technique Central (GTC) et assure aussi un rôle de conseil et d'évaluation. A cet effet, la CMS :

- veille à la conformité du plan d'action annuel budgétisé suivant les options définies par la stratégie nationale de lutte contre le Sida
- examine les rapports trimestriels et annuels du GTC
- assure le contrôle externe de l'utilisation des fonds mis à disposition du CNLS par l'Etat, les partenaires nationaux et internationaux
- veille à la conformité des contrats et/ou conventions passés entre le GTC et les structures partenaires aux procédures édictées à cet effet
- tient régulièrement informé le Président du CNLS des résultats des actions.

La CMS est composé comme suit :

- (i) les bailleurs de fonds
  - ▲ représentant de l'ONUSIDA
  - ▲ représentants des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux.
  
- (ii) observateurs indépendants
  - ▲ un représentant du Secrétariat Général de la Présidence de la République
  - ▲ un représentant des services du Premier Ministre
  - ▲ deux représentants du Parlement
  - ▲ deux représentants du pouvoir judiciaire.
  
- (iii) membres
  - ▲ un représentant du ministère en charge de l'Administration Territoriale
  - ▲ un représentant du ministère en charge de l'Economie et des Finances
  - ▲ un représentant du ministère en charge des Investissements Public
  - ▲ un représentant du ministère en charge de la Santé Publique
  - ▲ deux représentants des personnes vivant avec le VIH
  - ▲ deux représentants des organisations patronales
  - ▲ trois représentants des groupes religieux.

On verra par la suite que cette composition est très similaire à celle du CCM (en dehors des deux secrétaires permanents des programmes nationaux de lutte contre le paludisme et la tuberculose, ce qui pose plusieurs questions dont celle, centrale, de la coordination point abordé plus loin dans le rapport (*Cf Point D, Partie 5*).

Le GTC est l'organe exécutif du CNLS. A ce titre, il assure le secrétariat permanent du CNLS. Il est chargé de coordonner les activités de lutte contre le Sida sur l'ensemble du pays.

L'unité de planification et de suivi/évaluation est responsable de la préparation des éléments de planification stratégique pour le GTC en vue de son approbation par le CNLS. Elle assure également la collecte et l'exploitation des données de suivi de base des indicateurs de performance et d'impact des différents programmes exécutés et appuyés par le GTC. Trois types d'indicateurs sont utilisés pour mesurer le niveau de réalisation des objectifs du programme : les indicateurs des performance, d'impacts et de résultats.

## **B. Epidémiologie du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme<sup>2</sup>**

### **1. Données sur le VIH/SIDA**

Avec un taux de séroprévalence du VIH qui est passé de 0,5% en 1987 à 11,8% en 2002 (soit 22 fois plus en 15 ans) dans la population sexuellement active (adultes de 15 à 49 ans), le Cameroun est aujourd'hui classé parmi les 25 pays les plus infectés au monde. Cette prévalence est variable selon les provinces : les données épidémiologiques de la surveillance sentinelle au cours de l'année 2002 révélaient une prévalence atteignant 17% dans la province de l'Adamaoua contre 6% dans la province de l'Ouest. Toutes les couches socio économiques sont touchées, la tranche d'âge la plus atteinte étant celle des 15-49 ans ; un tiers des personnes touchées ont entre 15 et 29 ans. Les femmes sont

---

<sup>2</sup> Ces données sont issues du Plan stratégique de lutte contre le sida au Cameroun 2000-2005, du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2003-2007 et de la proposition adressée au Fonds Mondial par le Cameroun.

particulièrement vulnérables avec un sexe ratio de 2 hommes infectés pour 3 femmes. La situation est préoccupante pour un certain nombre de groupes comme les corps habillés, les camionneurs, les travailleurs du sexe ou les populations riveraines de l'oléoduc Tchad-Cameroun.

Depuis l'identification des premiers cas de Sida en 1985, plus de 40 000 cas cumulés ont été notifiés à l'OMS; ces chiffres sont en dessous de la réalité compte tenu des lacunes du système de notification. Selon l'ONUSIDA, on estimait à 920 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA à la fin 2001 dont 860 000 dans la tranche d'âge 15-49 ans et 500 000 femmes. Le nombre d'enfants de 0 à 14 ans vivant avec le VIH/SIDA est estimé à 69 000. L'épidémie aurait engendré 210 000 orphelins et plus de 53 000 décès.

L'épidémie concerne donc plus particulièrement les femmes et les enfants.

## 2. Données sur la Tuberculose

Le Cameroun, comme la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, est un pays de forte endémie. Selon les données épidémiologiques, son incidence est estimée à 75 nouveaux cas contagieux pour 100 000 habitants par an. Il est difficile néanmoins de chiffrer avec précision le problème posé par cette pathologie en raison notamment d'une couverture encore partielle du pays par le PNLT et d'une insuffisance de notification des cas dépistés dans les régions déjà couvertes, même si celle-ci s'est notablement améliorée entre 1997 et 2001.

### Evolution du nombre total de cas pris en charge par le PNLT

a) Année	1997	1998	1999	2000	2001
Nombre de cas	544	1 615	3 300	4 752	11 448

Source : Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2003-2007

Au total, on estime le nombre de tuberculeux dépistés et traités à environ 18 000 par an, ce qui est probablement loin de refléter la réalité.

La recrudescence de la tuberculose au Cameroun des dernières années a largement été attribuée à l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA et à la pauvreté. La tuberculose est l'infection opportuniste la plus courante. Au Cameroun, le taux de prévalence du VIH chez les tuberculeux à Yaoundé est passé de 9,9% en 1991 à 31% en 2000.

Face à l'ampleur de ce problème de santé publique, le Ministère de la Santé Publique a identifié la lutte contre la tuberculose comme une des priorités dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, d'où l'élaboration d'un plan de relance du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT). Le PNLT se réfère à la Stratégie Sectorielle Santé (SSS) élaborée en 1992. Le plan stratégique repose tout particulièrement sur l'application de la stratégie DOTS.

## 3. Données sur la Paludisme

Le paludisme est une maladie endémique majeure, première cause de morbidité et de mortalité au Cameroun. L'impact socio économique du paludisme au Cameroun est considérable : il représente 40 à 45% des causes de consultations, 50% de la morbidité et 40% de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans ; 30 à 40% des décès dans les structures de santé ; 57% des jours d'hospitalisation ; 26% des congés maladies et consomme 40% du budget annuel consacré par les familles à la santé. Au total, ce sont plus de deux millions de cas de paludisme qui sont recensés chaque année dans les structures de santé.

### **3. Objectifs de l'étude**

---

Le Conseil d'Administration du Fonds Mondial Sida, Paludisme et Tuberculose, réuni en octobre 2003 en Thaïlande, a décidé de mener des études de cas sur les instances de coordination pays (CCM) dans une vingtaine de pays à travers le monde. Les études sont financées par les partenaires bilatéraux (Coopération allemande (GTZ), Coopération italienne, Gouvernement français).

Le gouvernement français s'est engagé à financer le déroulement de six études : quatre financées par le MAE, et deux par le Ministère de la Santé. Le CREDES a été sélectionné par appel d'offres du MAE pour coordonner et conduire les études des CCM au Sénégal, au Bénin, au Viêt-nam et au Cameroun. La synthèse de ces quatre études sera présentée au MAE aux décours des missions et communiqués au Secrétariat du Fonds Mondial.

Les résultats de l'ensemble des études seront synthétisés par le Secrétariat du FM à Genève et présentés au Conseil d'Administration du FM au mois de Juin 2004.

#### **A. Objectif général**

Les termes de référence communs à l'ensemble des études, élaborés par le Secrétariat du Fonds Mondial, sont présentés en annexe 1.

L'objectif général de l'étude est de s'assurer que les principes du Fonds Mondial sont respectés à toutes les étapes de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi-évaluation des propositions nationales au Fonds Mondial. Les conclusions des études serviront à revoir les principes directeurs actuels du CCM et à les ajuster si besoin.

#### **B. Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques sont doubles :

1. Conduire une évaluation approfondie du CCM au Cameroun (composition, organisation, fonctionnement) ; identifier les obstacles entravant l'application des principes et des procédures du FM, les stratégies qui fonctionnent bien, et mettre en relief les domaines à améliorer.
2. Contribuer à une évaluation approfondie des besoins en appui technique des membres du CCM. L'évaluation des besoins prendra en compte différentes catégories de besoins indispensables, à savoir, les besoins liés à l'élaboration de la proposition, à la mise en œuvre et au suivi des programmes approuvés, ainsi qu'à l'administration, à la gestion et à d'autres questions d'ordre opérationnel.

## 4. Méthodologie de l'étude

---

### A. Revue documentaire<sup>3</sup>

Le consultant a lu l'ensemble des documents reçus du Secrétariat du FM, relatifs aux études de cas CCM en cours, les documents disponibles sur le site Internet, ainsi que la documentation disponible sur place au Cameroun

### B. Mission au Cameroun

La Mission s'est déroulée au Cameroun du 20 au 29 avril 2004. Le programme de la Mission est présenté en annexe 3 et la liste des personnes rencontrées en annexe 4.

Il n'a pas été possible dans ces délais de rencontrer l'ensemble des membres du CCM.

La Mission a accordé une attention particulière au recueil de l'avis des partenaires internationaux, qu'ils soient membres ou non du CCM, du fait de leur connaissance précieuse du terrain et des acteurs et de leur expérience de longue date de mise en œuvre de programmes et de projets de santé, de prévention et de prise en charge du Sida, du paludisme et de la tuberculose au Cameroun.

---

<sup>3</sup> Voir liste des documents consultés en annexe 2.

## 5. Résultats de l'étude

### A. Composition du CCM

#### 1. Historique de la mise en place

Le CCM du Cameroun a été créé en août 2002 (Décision N° 0366/D/MSP/CAB du 9 août 2002 portant création d'une commission mixte de coordination et de suivi des comités nationaux de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme). Ce CCM est intitulé « *commission mixte de coordination et de suivi des comité nationaux de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme.* »

C'est essentiellement sous l'impulsion du Ministre de la Santé Publique, Monsieur Urbain Olanguena Awono, que ce CCM a été créé.

On peut souligner le rôle moteur du Ministère de la Santé Publique dans la mobilisation du Cameroun pour la création du CCM et la sensibilisation des plus hautes autorités de l'Etat à l'intérêt qu'aurait le Cameroun à soumettre une proposition au Fonds Mondial. En effet, il n'avait pas paru pertinent pour un certain nombre de responsables politiques de chercher des financements supplémentaires alors même que le pays connaissait des difficultés dans l'absorption des fonds, notamment ceux de l'IPTE dédiés aux secteurs sociaux, en particulier celui de la santé.

#### 2. Cohérence et équilibre

La composition du CCM, présidé par le ministre de la santé, a été fixée au Chapitre II (*Organisation et Fonctionnement*) de la Décision N° 0366/D/MSP/CAB du 9 août 2002. Ainsi, il a été d'autorité déclaré que la composition était la suivante :

Fonction	Titre	Corps
Président	Le Ministre chargé de la Santé Publique	Administration
Vice Président	Le représentant de la Présidence	Administration
Membre	Un représentant des services du Premier Ministre	Administration
Membre	Deux représentants du Ministère de la Santé Publique	Administration
Membre	Un représentant du Ministère de l'Economie et des Finances	Administration
Membre	Un représentant du Ministère de l'Administration Territoriale	Administration
Membre	Un représentant du Ministère des Investissements Publics et de l'Aménagement du Territoire	Administration
Membre	Un représentant du Ministère de l'Education Nationale	Administration
Membre	Un représentant du Ministère de l'Enseignement Supérieur	Administration
Membre	Un représentant du Ministère des Affaires Sociales	Administration
Membre	Un représentant du Ministère de la Condition Féminine	Administration
Membre	Un représentant du Ministère de la Recherche scientifique et Technique	Administration
Membre	Un représentant des œuvres sanitaires confessionnelles catholiques	Confession religieuse
Membre	Un représentant des œuvres confessionnelles protestantes	Confession religieuse
Membre	Un représentant des œuvres confessionnelles islamiques	Confession religieuse
Membre	Trois représentants des associations / ONG engagées dans la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme	Association
Membre	Un représentant des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA	Association
Membre	Trois représentants des organisations patronales	Secteur privé
Membre	Doyen de la Faculté de médecine et des Sciences Biomédicales	Secteur universitaires/recherche
Membre	Directeur de l'Institut de recherches Médicales et d'Etudes des Plantes Médicinales	Secteur universitaires/recherche
Membre	Le coordonnateur du système des Nations unies	Bailleurs de Fonds

Membre	Président du groupe thématique ONUSIDA	Bailleurs de Fonds
Membre	Représentant de l'UNICEF	Bailleurs de Fonds
Membre	Délégué de l'Union Européenne	Bailleurs de Fonds
Membre	Représentant de la Coopération Française	Bailleurs de Fonds
Membre	Représentant de la GTZ	Bailleurs de Fonds
Observateur	Représentant de la Banque Mondiale	Bailleurs de Fonds
Observateur	Représentant de l'OMS	Bailleurs de Fonds
Observateur	Conseiller résident de l'ONUSIDA	Bailleurs de Fonds

Ce qui porte un total de 31 membres et de trois observateurs :

Parmi les membres (*cf. liste tableau ci-dessus*) :

- 13 membres de l'administration + 2 membres d'Institut de recherche et de Faculté, soit un total de 15 représentants de l'administration camerounaise
- 10 membres de la société civile, toutes catégories confondues (confessions religieuses, associations, syndicats)
- 6 membres des partenaires au développement.

Les secrétaires permanents des Groupes Techniques Centraux des trois Programmes nationaux (Sida, paludisme, tuberculose), créé au moment de la réorganisation de ces programmes, antérieurement au CCM<sup>4</sup>, peuvent être « *invités aux travaux avec voix consultative ainsi que toute autre personne en raison de sa compétence sur les questions inscrites à l'ordre du jour* ». Ils ne sont pas membres à part entière car étant bénéficiaires secondaires, il est apparu qu'il y aurait eu alors conflit d'intérêt<sup>5</sup>.

A cette composition initiale, ont été rajoutés dans le règlement intérieur (en cours d'élaboration lors de la mission), deux représentants du Parlement, inclus dans le groupe « société civile ». Le TRP a également demandé, lors de l'examen de la proposition du Cameroun pour le 2<sup>ème</sup> round que l'OMS siège au CCM en tant que membre et non pas en tant qu'observateur, ce qui a été accepté (réunion du 24 mars 2003). Ce qui porte à un total de 34 membres et 2 observateurs.

L'objectif de ce choix élargi est d'impliquer tous les acteurs et les secteurs concernés par la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme et d'assurer une représentativité exhaustive pour une transparence des choix et des actions du Fonds Mondial. Ceci paraît tout à fait conforme aux principes du Fonds mondial, qui recommande : « *que le CCM soit largement représentatif de toutes les parties prenantes dans la lutte contre les trois maladies au niveau national. Le CCM doit dès lors être aussi large que possible...* ».

Cette exigence de représentativité de la part du Fonds Mondial n'est pas sans danger car elle implique de mettre en place une structure qui pourrait à terme s'avérer lourde. Les pays, et le Cameroun n'en est pas exempt, doivent donc faire face à ce défi, non sans difficultés.

Un certain nombre de membres, en effet, expriment leur inquiétude quant à la lourdeur du CCM, surtout lorsqu'il va s'agir de suivre efficacement, dans les prochains mois, la mise en œuvre des activités. Certains membres ont souligné le paradoxe qu'il y a à assurer un bon niveau de représentativité et l'exigence d'efficacité ; tel que voulu et conçu par le FM, ces deux aspects paraissent peu compatibles, le nombre de membres entraînant une lourdeur dans le processus de prise de décision. De plus, quelques membres de l'administration camerounaise ont attiré l'attention sur le danger qu'il y a à multiplier ce genre de

<sup>4</sup> Rappel : les groupes techniques centraux sont les secrétariats exécutifs des trois programmes nationaux (cf. chapitre I). Ils ne sont pas une création du CCM.

<sup>5</sup> Signalons d'emblée que ce problème de conflit d'intérêt est apparu justifier pour le cas des bénéficiaires secondaires mais curieusement pas pour le cas du bénéficiaire principal (point abordé au chapitre 4.1.2.2)

commissions exigées par chaque bailleur entraînant « *une multiplication du nombre de ce genre de réunions, trop important au regard de la disponibilité de chacun* ».

Il apparaît que la représentation des trois composantes est assurée, conformément aux principes du Fonds Mondial (partenariat entre gouvernement, société civile, secteur privé et communautés affectées). Toutefois, il ressort qu'une majorité des membres du CCM regrette de ne pas avoir été consultée au moment de la décision de la composition. Elle estime par ailleurs que l'administration camerounaise est sur représentée, ce qui déséquilibre le CCM, particulièrement lorsque des décisions sont à prendre par vote, la voix de l'administration étant alors systématiquement majoritaire.

La rapidité avec laquelle ce CCM a été mis en place, sans concertation pour le choix de ses membres, est expliquée par l'urgence qu'il y avait à le rendre fonctionnel afin de pouvoir préparer la proposition pour le 2<sup>ème</sup> round.

Il ressort aussi que les membres se sont peu exprimés au départ sur la composition car peu ou pas informés sur les mécanismes du Fonds Mondial et sur les principes qui devaient présider à la mise en place du CCM. Il est en effet mentionné dans le PV de la première réunion du CCM que « *les membres du CCM ont été déclarés installés dans leurs fonctions par le Ministre de la Santé Publique, qui, de manière exhaustive a fixé le cadre de leur mission.* » et que c'est à cette occasion que leur ont été présentés les objectifs et les mécanismes du fonds que beaucoup ignoraient jusqu'alors.

De plus, la composition de ce CCM ne diffère pas considérablement d'autres commissions ou comités de suivi (IPPTE, MAP...), ce qui n'a pas appelé de commentaires particuliers sur cette composition, les principales personnes ressources s'y trouvant représentées.

Théoriquement, selon les principes édictés par le Fonds Mondial, le CCM aurait dû élire un président et un vice-président selon des procédures d'élection fixées par les membres eux-mêmes, le président et le vice-président devant représenter différentes composantes. Or, il apparaît ici que les sièges de président et le vice-président ont été attribués dans la décision du N° 0366/D/MSP/CAB du 9 août 2002 et n'ont donc pas donné lieu à des débats ou à une élection. D'autre part, il apparaît aussi que, jusqu'alors, ces deux sièges étaient attribués à la seule composante gouvernementale. Le Président du CCM a proposé, lors de la dernière réunion du CCM, d'attribuer le siège de vice président à un représentant de la société civile.

Le rôle moteur du Ministère de la Santé, qui a eu sans conteste un aspect très positif, induit également une certaine confusion et une absence de délimitation des frontières entre le CCM et le MSP. Les membres du CCM souhaiteraient que le CCM apparaisse clairement indépendant du MSP.

La décision N° 0366/D/MSP/CAB du 9 août 2002 portant création du CCM stipulait également d'emblée que « *la Commission dispose d'un Secrétariat* » (Chapitre II, article 3, alinéa 4), chargé d'assister la commission dans l'accomplissement de ses missions et dont le mandat est fixé à l'article 6 du chapitre II, alinéa 1 :

« *Le secrétariat a pour mandat de :*

- *Recevoir et étudier les dossiers adressés à la commission*
- *Proposer l'ordre du jour et préparer le dossier à soumettre à l'examen de la commission*
- *Dresser les procès verbaux et les rapports d'activités de la commission*
- *Veiller à la conservation des archives de la commission*
- *Suivre la mise en œuvre par les Secrétaires Permanents des Groupes Techniques Centraux concernés des recommandations de la Commission.* »

De plus, le secrétariat « assure toute autre mission à lui confiée par le Président » (chapitre II, article 6, alinéa 2). Cet alinéa paraît antinomique de ce que doit être le secrétariat qui travaille non pas pour le Président mais qui est une émanation du CCM et doit en assurer le bon fonctionnement.

Sa composition a été là aussi décidée et portée dans le texte de la commission, sans débat préliminaire : « le secrétariat technique est dirigé par une personnalité du cabinet du Ministre de la Santé Publique, assistée des Secrétaires Permanents des Groupes Techniques Centraux des comités nationaux de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme » (chapitre II, article 7).

Cette composition renforce le flou qui existe entre le CCM et le Ministère de la Santé, le secrétariat apparaissant à fortiori comme une entité directement rattachée au cabinet du Ministre et par trop affiliée au GTC des différents programmes nationaux. Ainsi le MSP assure la présidence et le secrétariat du CCM.

L'ensemble donne du CCM l'image d'un groupe de travail gouvernemental, sans autonomie réelle et laissant, de ce fait, peu de marges de manœuvre.

Aujourd'hui, le secrétariat technique dispose de locaux, mis à disposition par le Ministère de la santé et équipé sur les fonds de la GTZ<sup>6</sup>. Ce secrétariat technique est théoriquement composé de 3 membres dont un seul en pratique, en sus de ses fonctions (responsable du secteur santé - Initiative PPTE), assure bénévolement ce secrétariat. Cette situation provisoire n'est pas sans poser de problèmes pour le fonctionnement du CCM, ce dont est parfaitement conscient le Président du CCM ainsi que l'ensemble de ses membres. Il convient donc de mettre le plus rapidement sur pied un secrétariat fonctionnel dont la composition devra être décidée par le CCM.

Ainsi, d'une manière générale, on peut légitimement remettre en question la méthode qui a présidé à la composition du CCM :

- aucun critère n'a été édicté permettant de choisir de manière pertinente les différents membres,
- les principaux acteurs intervenant dans le champ de la lutte contre le Sida (partenaires au développement, ONG internationales, professionnels de la santé...) n'ont pas été consultés pour donner leur avis,
- il n'y a pas eu d'élection permettant de rendre incontestable légitime le choix du Président et du Vice Président,
- les représentants des différents ministères ont été désignés par leur Ministre de Tutelle à la demande du Ministre de la santé, mais le poids de la hiérarchie étant très fort, la liberté d'expression est faible,
- les différents membres, une fois installés, n'ont pas fondamentalement remis en cause ni discuté sa composition, faute de maîtrise de ce que devait être ce CCM. On peut regretter que ceux-ci s'expriment en entretien privé sur cette question mais n'abordent pas frontalement la question lors des réunions, ce qui est le reflet d'un manque d'intérêt ou d'un désengagement pour certains, d'une crainte de prise de parole face à l'autorité d'un ministre pour d'autres.

En fait, l'article 4 de la décision portant création de la commission ne laisse place à aucune ambiguïté : « une décision du Ministre de la Santé Publique constate la composition de la commission ».

---

<sup>6</sup> La GTZ a octroyé un financement pour un montant total de 11 millions de FCFA.

On peut regretter aussi, bien que ce fait n'ait pas été explicitement mentionné par nos interlocuteurs, que les techniciens de la santé n'aient pas été associés à ce CCM, au minimum, si ce n'est de façon permanente, pour participer à l'élaboration de la proposition soumise au 3<sup>ème</sup> round. Celle-ci comporte un large volet prise en charge par ARV. Comment ne pas s'étonner alors de l'absence des principaux responsables des Centres de Traitement Agréés (CTA)<sup>7</sup> ?

Cette question renvoie à la question plus large de l'identité d'un CCM : celui-ci doit-il être un organe essentiellement technique ou doit-il avoir une dimension plus « politique » ? Cette ambivalence se ressent dans la composition, le CCM réunissant des techniciens de la santé, des conseillers et des politiques.

Le débat sur le niveau de représentativité des membres est d'ailleurs posé par certains membres du CCM : celui-ci est-il suffisant ? Certains membres souhaiteraient que le CCM ait un niveau de représentativité plus élevé (niveau plus politique) et que celui-ci ne siège que pour prendre des décisions sur la base des dossiers préparés et soumis par les techniciens, sous le pilotage du secrétariat technique. D'autres membres déplorent que les réunions du CCM soient techniques alors qu'elles devraient être des réunions de validation et de prise de décisions. En revanche, certains regrettent l'absence des techniciens de la santé : « *ce qui frappe c'est le monologue pendant les réunions ; on ne sent pas la place des techniciens..* ».

Ce débat mériterait d'être posé lors d'une session du CCM (*voir recommandations, partie 7*).

La société civile est représentée dans le CCM dans ses différentes composantes :

- associations et ONG nationales (2),
  - ONG internationales (2),
  - œuvres confessionnelles (3),
  - représentants des organisations patronales (3)
  - représentants du parlement (2),
- portant à 12 au total le nombre de membres issus de la société civile, ce qui, au prorata du nombre total de membres paraît à première vue bien équilibré (36,36% soit plus d'un tiers).

Pourtant, si on l'analyse dans le détail, cette composition appelle plusieurs commentaires :

- Elle est extrêmement hétérogène, et représente plus ou moins bien la société civile et in fine les bénéficiaires. En effet, peut-on estimer que les ONG internationales, les représentants du Parlement ou encore les organisations patronales soient représentatifs de la voix des bénéficiaires ? En fait, il semblerait qu'il existe un amalgame entre monde associatif, bénéficiaires et représentants de la société civile. Car, si l'on peut estimer que les organisations patronales représentent une portion de la société civile, ce qui pourrait être le cas aussi par exemple de l'association des maires (qui ne siège pas actuellement au CCM), elles ne représentent pas en revanche les bénéficiaires, qui eux peuvent être représentés par des groupements (de quartier par exemple) ou des associations. C'est pourquoi la notion de « groupe société civile » du CCM mériterait d'être clarifiée. Il faudrait sans doute alors dissocier bénéficiaires directs et société civile.

---

<sup>7</sup> Un CTA est une entité hospitalière pour la délivrance des traitements antirétroviraux disposant d'un plateau technique et du personnel formé à la prescription d'ARV (exemple : le CTA de l'hôpital central de Yaoundé a reçu le soutien de MSF Suisse et les hôpitaux Bichat et Rotschild de Paris). Il comporte (i) un comité technique, (ii) un comité d'éthique, (iii) une pharmacie, (iv) un laboratoire. Actuellement, il existe 18 CTA au Cameroun.

- Les bénéficiaires directs des activités sont quasiment absents. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont certes représentées par une femme, présidente de l'association AFASO (association des femmes actives et solidaires) et présidente jusqu'alors (et nouvellement trésorière depuis le 5.04.04) du RECAP+, le réseau des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA qui fédère près de 52 associations de PVVIH, créé en 2000. La présence du RECAP+ en tant que représentant des PVVIH est d'ailleurs unanimement saluée, mais certains regrettent que sa voix se fasse peu entendre lors des réunions, sa position isolée ne rendant pas toujours facile la prise de parole. La présidente de RECAP + dit avoir proposé que les PVVIH soient mieux représentés dans le CCM, demande restée sans suite. Par ailleurs, il est avéré que la représentante du RECAP+ assure bien la rétro information après chaque réunion du CCM auprès des différentes associations de PVVIH.
- Du fait que l'épidémie concerne plus particulièrement les femmes et les enfants (cf chapitre sur la situation épidémiologique), on peut s'interroger à fortiori sur l'absence de représentativité de ces groupes au sein du CCM, même si il est vrai que CARE travaille beaucoup sur la question des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV).
- Les associations de santé sont représentées par l'ONG Care and Health, peu visible et peu connue d'un certain nombre de partenaires<sup>8</sup>. Très peu d'actions d'envergure ont été entreprises dernièrement par cette ONG. Les autres associations telles que FESADE (femmes santé et développement) qui travaillent notamment avec le CNLS sur les fonds MAP, ne sont d'ailleurs pas informées de ce qui se passe au CCM et c'est le cas visiblement des autres ONG adhérentes au ROSACAM<sup>9</sup>. La SWAA qui est historiquement reconnue et bien implantée au Cameroun n'est pas non plus représentée.
- La société civile camerounaise, au-delà des associations spécialisées de santé, n'est pas du tout représentée (ex : associations de quartier). Il a été mentionné l'existence d'une organisation sociale d'appui aux acteurs et aux processus de développement local, ASSOAL, qui fédère un grand nombre de regroupements et d'associations de quartier et qui pourrait utilement siéger au CCM.

D'après les responsables associatifs rencontrés, « *le dialogue existe mais ils se sentent un peu écrasés par le poids de l'administration* ». Sur certains points cruciaux, ces associations n'osent pas se prononcer car pour reprendre les propos de l'une d'elles : « *on a peur des retombées.* », leur financement étant essentiellement assurés par le GTC/CNLS et les rendant de ce fait dépendantes et bridées ! On voit donc ici des associations qui manquent cruellement d'autonomie et d'espace de parole.

D'autres sont peu ou pas informées de ce qui se met en œuvre. L'ONG FESADE a été informée par voix de presse de l'appel à proposition du Fonds Mondial quelques jours seulement avant la clôture, ne lui laissant pas le temps d'élaborer une proposition. Ce qui fut le cas pour d'autres aussi. Leur méfiance, déjà grande (en raison des difficultés que certaines d'entre elles ont eu à ce que le CNLS honore les contrats de prestation de services pour des activités menées dans le cadre du financement de la Banque Mondiale – A ce jour d'ailleurs, l'une d'elle attend toujours la dernière tranche de paiement qu'elle n'espère plus récupérée (...). Ainsi, disent elles : « *si ce sont les mêmes personnes au CCM, ce n'est*

<sup>8</sup> Association créée en 1996 par d'anciens salariés du projet de l'USAID à vocation sous régionale. Cette association a mené quelques activités de prévention dans les forces armées sur un financement de l'ONUSIDA et quelques activités ponctuelles sur fonds MAP. Aucun rapport d'activités n'a pu être consulté.

<sup>9</sup> Réseau des organisations de santé du Cameroun qui regroupe une quarantaine d'ONG et d'associations, dont la Présidence est assuré par la Cameroon National Association for Family Welfare (Camnafaw), association à maintes reprises citée par les partenaires.

*même pas la peine que l'on soumette »*), est ainsi renforcée par ce problème majeur de non information.

Pour résumé, on peut donc dire qu'il existe plusieurs dimensions au problème :

1. la question de la place des associations dans le CCM en tant que représentantes des bénéficiaires directs des activités
2. la question de l'espace de parole de ces dites associations, dans une société, où malgré tous les discours tenus, les choses demeurent très hiérarchisées et centralisées,
3. la question de la représentativité des associations qui siègent au CCM : celles qui siègent sont-elles les meilleurs porte-paroles et assurent-elles une retransmission fidèle des informations auxquelles elles ont accès durant les réunions ?

D'une manière plus large, se pose la question de la dynamique associative au Cameroun.

Un certain nombre de partenaires ont insisté sur le fait que le tissu associatif camerounais était récent, peu développé et structuré et n'apparaissait pas comme un contre-pouvoir réel, promouvant des idées et des positions fortes. Beaucoup d'associations se créent en effet en raison des opportunités de financement. Comment ne pas s'interroger sur la qualité des associations qui ont fleuri à l'arrivée des financements de la Banque Mondiale (plus de 70 associations ont éclos dans les différentes provinces !) ? Les associations « historiques » sont peu nombreuses et sont essentiellement opérateurs, exécutant des activités au gré des financements.

De plus, de l'avis de tous, la présence de la société civile au côté de l'administration est quelque chose de nouveau. La présidente de RECAP+ confirme : « *jusqu'en 2002, on ne voyait quasiment jamais les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA et il existait des difficultés de communication avec le GTC/CNLS. Le dialogue s'est établi à l'arrivée du nouveau ministre de la santé.* ». Il s'avère que l'arrivée des nouveaux financements (Banque Mondiale, FM, etc.) a participé à donner un espace de parole plus important aux associations mais que cette ouverture est aussi et surtout à mettre au crédit de l'équipe en place, en tout premier lieu, le Ministre lui-même.

En revanche, la présence des représentants des trois principales œuvres confessionnelles représente un atout majeur car comme indiqué au chapitre I, les centres de santé confessionnels occupent une place très importante dans le paysage camerounais et sont très implantés en milieu rural<sup>10</sup> ; ils peuvent donc constituer un bon relais pour les bénéficiaires directs des activités.

Les représentants des différents syndicats, non présents à la dernière réunion du CCM et siégeant à Douala, n'ont pas pu être rencontrés. Le GICAM, patronat des fonctionnaires, structure para-étatique, n'est pas, de ce fait, un représentant indépendant de la société civile privée. Mais les alternatives semblent inexistantes, la société civile ayant peu de représentativité d'une manière générale au Cameroun. Il a été suggéré de faire appel à l'association des maires du Cameroun, jugée plus combative et force non négligeable dans la mobilisation de la société. Mais le temps imparti à la mission n'a pas permis de confirmer ou d'infirmer cette proposition.

Les différents interlocuteurs n'ont pas mentionné l'existence d'entreprises ou d'organismes privés à même de siéger au CCM.

---

<sup>10</sup> A titre d'exemple, le service catholique dispose de 178 centres de santé et de 9 hôpitaux repartis dans 23 diocèses. Le service protestant dispose de 165 CS et de 131 hôpitaux, constituant la 2<sup>ème</sup> offre de soins au Cameroun.

## B. Administration et gouvernance du CCM

### 1. Textes relatifs au CCM

Plusieurs textes officiels ou non existent.

Tout d'abord la **décision N°0366/D/MSP/CAB du 9 août 2002**, portant création du CCM.

Ce texte régit :

(i) son mandat (chapitre I):

« *La commission est un organe multisectoriel consultatif et d'appui. A ce titre elle est chargée :*

- *de veiller à la mise en œuvre cohérente et concertée des programmes concernés,*
- *d'examiner et d'approuver les plans d'actions annuels budgétisés cohérents avec les options définies par les stratégies nationales de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme,*
- *d'appuyer la mobilisation des ressources auprès des partenaires,*
- *d'examiner et d'approuver les requêtes de financement auprès du Fonds Mondial,*
- *d'examiner et d'approuver les rapports d'utilisation des ressources,*
- *d'intensifier la mise en œuvre des programmes,*
- *de suivre l'exécution des différents programmes selon les mécanismes d'évaluation et d'audit adéquats. (article 2)*

(ii) son organisation et son fonctionnement (chapitre II) :

Le CCM se réunit « *autant que de besoin et au moins une fois par semestre sur convocation de son Président* » (article 5, alinéa 1). *Les modalités du fonctionnement de la Commission sont régies par un règlement intérieur (article 5, alinéa 2).*

D'emblée ce texte appelle trois commentaires :

- Il existe une confusion majeure sur le mandat du CCM appelé ici commission. Il est dit « *consultatif et d'appui* » alors qu'il doit être souverain et décisionnel.
- Il induit une confusion sur son champ de compétences : il apparaît non pas comme une commission de suivi-évaluation des activités financées par le Fonds Mondial mais comme un organe aux prérogatives plus larges et d'ailleurs floues avec un rôle dans le suivi des programmes eux-mêmes de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose. Le titre de la commission est à ce titre évocateur et ambigu puisqu'elle est nommée curieusement : « *commission mixte de coordination et de suivi des comités nationaux de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme.* »
- En revanche, le texte met bien en avant le rôle clé du CCM dans le suivi évaluation des activités

Ensuite le **règlement intérieur**, en cours de finalisation au moment de la mission, qui vient compléter ce texte, près de deux ans après son entrée en vigueur. Il précise le texte premier en stipulant à l'article 2 : « *le CCM est un organe multisectoriel consultatif d'appui et d'accompagnement chargé du suivi des programmes financés par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme...* ». Ce règlement intérieur fixe les droits et devoirs des membres du CCM (chapitre III), et détaille son fonctionnement (chapitre IV).

Les débats sur le projet de règlement intérieur ont porté essentiellement sur :

- la justification des indemnités, certains membres (essentiellement ceux issus de la société civile) demandant à être défrayés de leur transport, ce qui n'est pas le cas actuellement.
- la question du système de vote adopté, le règlement intérieur proposant pour pallier le déséquilibre de représentation entre l'administration, la société et les partenaires au développement d'attribuer une voix par groupe. Cette proposition est loin de faire l'unanimité au sein du CCM. Mais là encore, peu de membres se sont exprimés au cours de la réunion.

## **2. Gouvernance : principales étapes et décision**

Les principales étapes de décision sont présentées en Annexe 6.

La première réunion s'est tenue le 22 août 2002, 12 autres réunions ayant été tenues par la suite (décompte fait selon les archives disponibles). Le rythme de ces réunions est jugé satisfaisant par l'ensemble des membres.

Le CCM a mis rapidement en place trois sous commissions techniques dont le mandat était de travailler à l'élaboration de la proposition à soumettre au Fonds Mondial. Ces sous commissions étaient composées de l'ensemble des membres du CCM, répartis dans les trois groupes. Etaient également associées les secrétaires permanents et leurs adjoints des trois Groupes techniques centraux (Sida, paludisme et tuberculose). En revanche dans la liste n'apparaissent pas les professionnels de la santé (médecins, chef de services...).

Il s'avère que cette organisation a été très pertinente et a permis : (i) d'impliquer l'ensemble des membres du CCM ce qui a créé une réelle et bonne dynamique de travail et (ii) d'établir une proposition cohérente aux regards des priorités nationales et de celles fixées par le FM et complémentaire des autres financements (MAP, IPPTE, projets des différentes coopérations bilatérales...)

Il a donc existé une mobilisation efficace du CCM pour l'élaboration des propositions au Fonds Mondial.

Mais ce dynamisme est fragilisé par le fonctionnement peu professionnel du CCM et notamment par la faiblesse de son secrétariat technique. Celui-ci ne dispose pas de moyens pour fonctionner (comme indiqué plus haut, le secrétariat du CCM n'est pas fonctionnel et est assuré de facto par le responsable du secteur santé/IPPTE, sans appui logistique et financier pour le fonctionnement). Aussi, les convocations aux réunions sont souvent adressées au dernier moment et le temps laissé aux membres du CCM pour l'étude des documents de travail est insuffisant. Cela donne l'impression de réunions peu préparées avec des décisions prises sans tout le professionnalisme requis.

Les PV des réunions de CCM sont assez succincts. Ne sont pas joints (i) la liste des participants, (ii) la teneur détaillée des débats, et (iii) la liste des documents distribués aux membres du CCM en réunion.

Les PV de réunions ne sont pas systématiquement diffusés aux membres du CCM aux décours de la réunion qui ne les valident apparemment pas systématiquement.

Ceci induit :

- Des problèmes de diffusion des documents de réunions dans des délais acceptables et de communication de l'information à l'ensemble des membres du CCM et à destination des principaux bénéficiaires, c'est-à-dire la population. Au-delà, les documents génériques du Fonds Mondial comme « *Guidelines on the Purpose, Structure and Composition of Country Coordinating Mechanisms* » (Global Fund, June 4, 2003) ne sont pas ou peu connus ;
- Des problèmes récurrents pour le suivi des informations et des décisions, les convocations et les comptes-rendus des réunions.
- Des problèmes de connaissance de leur rôle par plusieurs membres du CCM. La seule activité de ces membres est alors réduite à des prises de décision rapides sans connaissance réelle des documents et à la signature des propositions au Fonds Mondial. Cela suscite le développement d'un phénomène de découragement et de désintérêt pour certains membres du CCM, certains d'entre eux s'interrogeant même sur leur maintien au sein du CCM.
- Des défaillances dans la conservation de la mémoire du CCM. La mission d'évaluation n'a pu prendre connaissance par exemple de tous les comptes-rendus de réunions du CCM. De plus, il n'y a pas d'archivage rigoureux et cohérent de l'ensemble des documents ce qui rend difficile une vue d'ensemble de ce qui est fait par le CCM.

In fine, certains membres ont l'impression d'être acculés au vote et de siéger dans un organe faussement démocratique.

A la décharge du CCM, il apparaît que la confusion ou le flou entretenus sur le rôle du CCM sont la conséquence même de l'attitude du Fonds Mondial, les directives adressées par le secrétariat n'étant pas toujours claires.

Ceci peut avoir des conséquences dommageables. En effet, le FM s'interroge aujourd'hui dans un grand nombre de pays sur les conflits d'intérêts qu'il pourrait y avoir à ce que le bénéficiaire principal soit non seulement partie intégrante du CCM mais y exerce un rôle majeur comme la présidence ou la vice-présidence ou même le secrétariat (juge et partie). Or, il s'avère qu'au Cameroun, le Ministre de la Santé est le Président du CCM et son ministère est le bénéficiaire principal. Ceci pose une question de fond, qui n'est pas tranchée aujourd'hui. Il appartiendra au FM de prendre les décisions adéquates avec chacun des pays, en fonction de ce qu'il aura édicté comme nouvelles directives.

Enfin, on peut souligner, qu'en dépit de ces difficultés, le CCM est dynamique, avance dans la consolidation de son fonctionnement et travaille à la phase préparatoire avant l'arrivée des fonds. Au départ, s'il est vrai que les membres du CCM étaient peu informés de leur rôle, les choses évoluent peu à peu. C'est en fait un processus en construction et en évolution permanente.

En effet, à ce jour :

- (i) ont été élaborés par un cabinet indépendant (Okala Ahanda et associés) des manuels de procédures administratives, financières et comptables (dispositions spécifiques au financement du Fonds Mondial) pour les trois programmes nationaux, soumis à lecture des membres du CCM,
- (ii) a été rédigé un projet de règlement intérieur, soumis à discussion, en cours de finalisation,
- (iii) ont été élaborés des plans annuels d'activités par les trois bénéficiaires secondaires,
- (iv) est en cours l'audit du BP par le LFA (Price WaterHouse).

## **C. Niveau de participation des membres du CCM aux différentes étapes du processus**

### **1. Elaboration de la proposition pour le 2<sup>ème</sup> round et le 3<sup>ème</sup> round**

L'élaboration de la proposition pour le 2<sup>ème</sup> round a été faite très vite puisque c'est à peine un mois après l'installation du CCM que les membres apposaient leur signature sur le document qui fut envoyé au Fonds Mondial. Le processus d'élaboration de la proposition pour les trois composantes fut néanmoins assez structuré :

- établissement d'un chronogramme soumis aux membres du CCM lors de la première réunion du 22.08.02,
- appel à propositions publié dans le quotidien Cameroon Tribune du 29.08.02 et dans le journal Mutation du 30.08.02,
- mise en place de sous comités pour l'examen des projets, réunis entre le 7 et le 9.09.02,
- réunion d'adoption de la proposition coordonnée le 12.09.02,
- signature de la proposition le 23.09.02.

L'élaboration de la proposition pour le 3<sup>ème</sup> round pour les trois composantes a été également efficace et participative et comme indiqué plus haut, la mise en place de sous comités de travail, une pour chacune des composantes, a permis d'impliquer l'ensemble des membres et d'initier une bonne dynamique de travail concerté. Le fonctionnement de ces sous comités a été fixé dans une note intitulée : « *Guide méthodologique pour les travaux au sein des sous comités* ».

Chaque sous comité:

- (i) se devait d'élire un «chair person »,
- (ii) avait pour secrétaire et rapporteur le secrétaire permanent du programme concerné,
- (iii) avait pour mission de réaliser une synthèse cohérente et pertinente des projets soumis par les secrétaires permanents des programmes nationaux de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme et les acteurs de la société civile,
- (iv) se devait de présenter en plénière la proposition de sa composante.

Ce fonctionnement a visiblement été respecté, dans les délais, chacun ayant pu contribuer au débat et approuver le document avant son envoi au FM.

Bien que certains membres se soient montrés réticents au départ à ce que le Cameroun soumette au FM, en raison de l'afflux massif d'autres financements avec comme problème majeur, sujet d'inquiétude partagée, la question de l'absorption rationnelle des fonds (efficience), le processus a finalement remporté l'adhésion d'une majorité de membres.

Enfin, il a été regretté par certains, que le FM finance uniquement une proposition gouvernementale et qu'il aurait été préférable d'assurer une séparation entre la proposition gouvernementale et celle de la société civile, alors que celles-ci, in fine, ont été fondues. (C'est le cas par exemple pour le volet prise en charge des OEV, Care ayant soumis une proposition dont les éléments ont été intégrés sans la composante Sida)

Pour conclure, on peut dire que, globalement, les membres sont satisfaits du processus d'élaboration de la proposition même si des insatisfactions (pas exprimées pour ne pas bloquer le processus) demeurent.

## 2. Choix du bénéficiaire principal et des bénéficiaires secondaires

Le Bénéficiaire principal a été choisi par le CCM. Après un premier vote (*PV réunion du 12 mai 2003*) au cours d'une réunion qui avait départagé deux propositions, celle de la Caisse Autonome d'Amortissement (CAA) avait été retenue au détriment de celle du PNUD qui exigeait de retenir 5% du montant attribué par le Fonds Mondial pour ses frais de gestion.

Suite à des discussions menées avec le Secrétariat du Fonds Mondial lors d'un déplacement du Ministre de la Santé à Genève (date non précisée), il est apparu finalement peu opportun de retenir la CAA comme bénéficiaire principal, cet organisme public étant uniquement compétent en gestion financière et ne pouvant de ce fait assurer le rôle de pilotage technique.

Il a donc été retenu que le MSP serait le bénéficiaire principal (*PV de la réunion portant modification du choix manquant*), la CAA demeurant l'organisme hébergeant les fonds. Un certain nombre de membres du CCM, quand bien même ils avaient entériné cette décision, se sont sentis mis devant le fait accompli, sans avoir pu disposer du recul nécessaire pour peser le bien fondé de cette décision.

Le Fonds Mondial a été informé de cette modification par courrier en date du 17.12.03.

Il apparaît finalement que :

- les partenaires étaient plutôt favorables au PNUD,
- le gouvernement était plutôt favorable à la CAA estimant que seul un organisme camerounais devait gérer les fonds.

Le choix de la CAA, établissement public doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, pose le problème de :

- (i) la garantie de la fluidité de la liquidité des fonds,
- (ii) la lourdeur du circuit entre l'ordonnateur et le décaissement qui demeure flou pour les membres du CCM,
- (iii) la garantie de la sécurité des fonds. En effet, pour certains, le fait que le Ministère de la Santé soit le BP, induit que celui-ci dispose d'une main mise totale sur les fonds<sup>11</sup>.

Il faut souligner que la mission n'a pas pu avoir accès au dossier qu'avait soumis la CAA aux membres du CCM ni à des documents plus génériques qui auraient renseignés sur l'identité et le fonctionnement de la CAA, et ce malgré ses demandes répétées, lui ayant été répondu que cette question ne rentrait pas dans ses Termes de Référence mais dans ceux du LFA (qui venait juste de démarrer sa mission et rencontrait justement les responsables de la CAA au même moment.)

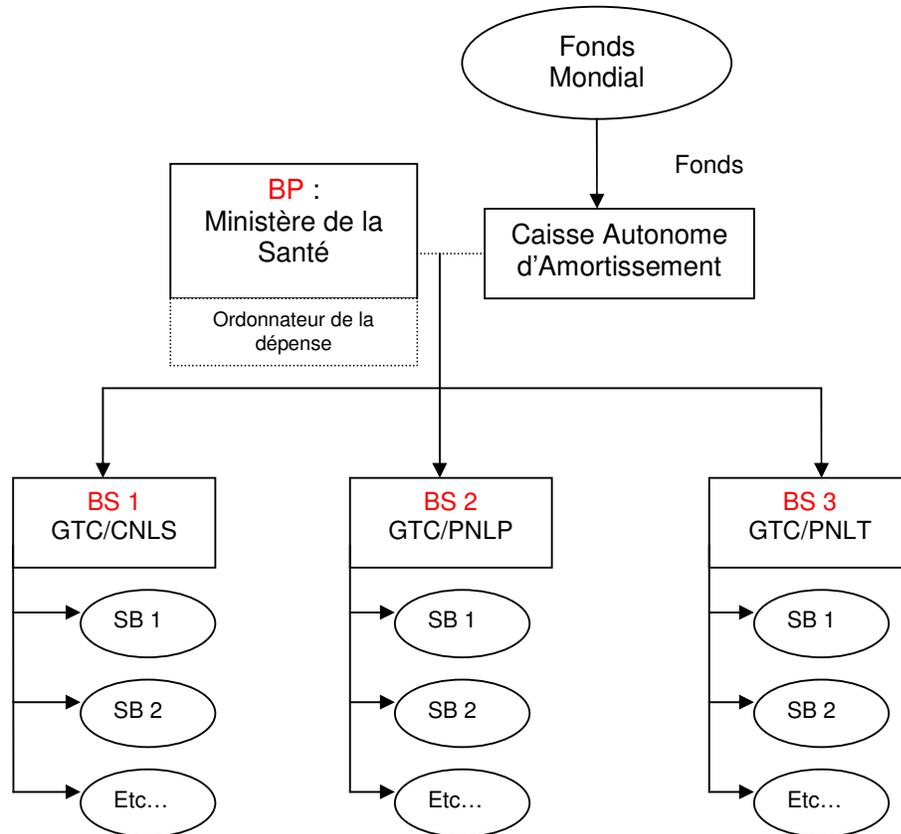
En revanche, on peut signaler que le choix du circuit CAA correspond à une procédure nationale déjà utilisée pour d'autres projets. Elle gère en effet tous les financements des bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux et dans le secteur de la santé le Programme multisectoriel de Lutte contre le Sida de la Banque Mondiale, le C2D, les projets BAD et KfW, ainsi que divers dons.

---

<sup>11</sup> Rappelons que le bilan de l'expérience PPTTE montre que l'un des problèmes majeurs à résoudre est la sécurisation des fonds (utilisation non conforme – les Fonds PPTTE ont été utilisés pour résoudre des problèmes de gestion du déficit global de l'Etat).

Dans le cadre de la mise en œuvre du C2D, la capacité de la CAA à gérer les fonds a été évaluée, celle-ci ayant été jugée globalement positive.

### Schéma organisationnel



*BP : Bénéficiaire Principal*  
*BS : Bénéficiaire Secondaire*  
*SB : Sous Bénéficiaire - Non identifié à ce stade*

Le conflit d'intérêts qu'il peut y avoir à ce que le Bénéficiaire Principal soit aussi le Président du CCM n'apparaît pas comme un problème aux yeux de l'Administration mais l'est en revanche beaucoup plus aux yeux des partenaires.

Le processus qui a présidé au choix des trois bénéficiaires secondaires que sont les programmes nationaux est peu transparent, aucun PV de réunions ne mentionnant ce point. Il semblerait en fait que le choix se soit imposé de lui-même, aucun membre du CCM ne s'étant réellement intéressé à la question et personne n'ayant été en mesure de se rappeler précisément comment ce choix s'était opéré.

A ce stade, les sous bénéficiaires ne sont pas encore identifiés. Les propositions soumises par les ONG lors du 3<sup>ème</sup> round ont été soit rejetées soit intégrées dans la proposition coordonnée soumise au Fonds Mondial. On sait déjà que l'ONG Care sera l'un des acteurs clés pour la mise en œuvre des activités liées aux OEV mais les modalités précises n'ont pas encore été fixées. Pour ce qui est des autres associations ou ONG, la procédure sera identique à celle en vigueur pour le PMLS, à savoir que ces dernières pourront soumettre un

projet au CNLS par exemple ou celui-ci faire appel à elles directement (procédure identique pour les autres programmes).

### **3. Elaboration du règlement intérieur**

Le règlement intérieur a été rédigé par le juriste du Ministère de la santé, en lien avec le secrétaire technique du CCM, et proposé aux membres du CCM. Ce point a été évoqué plus haut.

Ce qui est ici aussi reproché est le manque de temps accordé aux membres pour étudier avec sérieux ce document sur lequel il leur est demandé de se prononcer. C'est pour cette raison que certains partenaires avaient décidé de boycotter la réunion qui portait sur ce point, ne voulant pas avoir à valider ce document sans le recul nécessaire pour juger de sa qualité et de sa pertinence.

Ceci renvoie au dysfonctionnement du CCM avec pour conséquence l'adoption de documents clés sans réelle et complète adhésion des membres.

### **4. Elaboration de manuels de procédures administratives, financières et comptables**

Le Ministre de la Santé a mandaté le cabinet Okalla Ahanda et associés <sup>12</sup> pour élaborer, pour chacun des programmes nationaux (Sida, paludisme, tuberculose) un « *Manuel de procédures administratives, financières et comptables, dispositions spécifiques au financement du Fonds Mondial* ». Ces documents ont été remis pour information aux membres du CCM lors de la dernière réunion.

On observe ici, une fois de plus, le dynamisme particulier du Président du CCM, qui prend des initiatives louables mais sans concertation préalable avec les membres de son comité. Il agit là moins en tant que Président du CCM qu'en tant que Ministre.

### **5. Elaboration des plans d'action**

Chacun des programmes nationaux a élaboré son plan d'action soumis au CCM. Le processus de validation était en cours au moment de la mission.

### **6. Processus de choix de LFA**

Un courrier a été adressé au Ministre de la Santé le 7.11.03 par Mr Brad Herbert (senior director for strategy, evaluation and program support du Global Fund) faisant mention du choix, après consultation, du cabinet Price Waterhouse Cooper pour assumer le rôle de LFA.

La réponse du Ministre de la Santé Publique du 28 novembre 2003 a fait mention de la non objection du Cameroun à ce que le rôle de LFA soit assuré par ce cabinet.

Aucun PV de réunion ne fait état de ce point. Il semblerait donc que l'échange ait eu lieu strictement entre le FM et le MSP, les membres du CCM ayant été informés par la suite ( lors de la réunion du CCM du 23.04.04) que Price Waterhouse Cooper venait d'entamer son travail d'audit du BP.

---

<sup>12</sup> Référence : lettre adressée par le Ministre de la Santé au Directeur Général du cabinet Okalla Ahanda datée du 3 décembre 2003.

## D. Coordination du CCM avec les autres programmes en cours

D'une manière générale, il existe un grand nombre d'instances de coordination parallèles, préalable habituellement exigé par les différents bailleurs de fonds, sans doute pour répondre à l'exigence de suivi et de transparence mais aussi pour pallier l'inexistence d'une véritable instance de coordination du secteur de la santé pilotée par la partie camerounaise, disposition théoriquement prévue dans le document de stratégie sectorielle santé.

### 1. Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PMLS) – BM

La Banque Mondiale finance environ 80% de la lutte contre le Sida au Cameroun et 75% du budget du CNLS, à travers le Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PMLS)<sup>13</sup>.

D'après le responsable de la BM, il existe une bonne complémentarité entre le PMLS et la proposition financée par le FM, la BM finançant essentiellement, même si elle s'intéresse aussi à la prise en charge, des activités de prévention<sup>14</sup> et le FM des activités liées à la prise en charge des PVVIH, en particulier par ARV. De plus, la BM a été associée à l'élaboration de la proposition, ce qui a permis d'établir une proposition complémentaire.

En revanche, il faudra veiller, lors de la mise en œuvre concrète des activités à ce que les financements soient réellement complémentaires, notamment les subventions accordées aux représentants de la société civile. Le financement du FM concernant la composante Sida transitera en effet par le GTC/CNLS tout comme celui du PMLS.

Les activités financées par le PMLS sont pilotées au niveau de la commission mixte de suivi (CMS) organe qui assure auprès du CNLS un rôle de conseil et d'évaluation<sup>15</sup>. A ce titre, elle est chargée du contrôle et de l'audit extérieurs du GTC, veille à la conformité du plan d'action annuel budgétisé, examine les rapports, veille à la conformité des contrats. Présidée par le Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation et composée des différents bailleurs de fonds, d'observateurs indépendants et de membres de l'administration et de la société civile, son mandat s'étend à tous les programmes et projets pilotés par le GTC/CNLS et non pas exclusivement à celui de la BM.

On s'interroge ici sur l'articulation qu'il y aura donc à assurer entre cette CMS et le CCM.

Théoriquement, il entre dans les prérogatives de la CMS de suivre la mise en œuvre des activités qui seront financées par le Fonds Mondial pour la composante Sida, et ce à double titre : d'abord parce que c'est dans son mandat, et ensuite parce que le CNLS est l'un des trois bénéficiaires secondaires. Le CCM ne fait-il pas alors double emploi ?

Evidemment se pose ici la question du pilotage des composantes tuberculose et paludisme qui ne sont pas du ressort de la CMS.

Trois questions sont alors soumises au débat :

- comment articuler le suivi de la composante Sida du FM entre la CMS et le CCM (mais aussi les autres instances de pilotage – cf § sur le C2D et l'IPTE) ?
- comment articuler de manière cohérente ces différentes instances de pilotage afin d'éviter les doublons et les pertes d'énergie ?

<sup>13</sup> Voir en annexe 6 la présentation succincte des principales composantes du PMLS.

<sup>14</sup> 70% des activités financées par la Banque Mondiale sur un crédit IDA d'un montant de 50 millions de USD pour une durée de 4 ans, concerne la prévention,

<sup>15</sup> Présentée en détail au chapitre 1.1.2. *Organisation de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme*. Voir aussi le schéma organisationnel P 7.

- Ne gagnerait on pas à réfléchir à un autre montage, en intégrant par exemple le volet paludisme et tuberculose dans la CMS ?

On touche ici à des questions cruciales qui ne peuvent être tranchées ici. Il serait en effet du ressort de la partie camerounaise, des partenaires au développement et du FM de s'interroger sur cet empilement de comités qui, in fine, peut conduire à rendre le suivi des activités obscur et complexe.

## **2. Initiative Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE)**

Le Cameroun est éligible à l'IPPTE depuis l'année 2000. L'IPPTE finance un grand nombre de secteurs, parmi lesquels la santé occupe une place non négligeable et dont l'un des axes prioritaires est la lutte contre les endémies majeures (Sida, paludisme et tuberculose).

Le budget alloué au Sida était de 3 385 000 USD en 2003 finançant des activités de prévention et de prise en charge :

- concernant la prévention, l'accent est mis sur la communication pour le changement de comportement et le marketing social du préservatif en faveur des jeunes et de groupes spécifiques (corps habillés, travailleurs du sexe, camionneurs...), la promotion du conseil et du dépistage volontaire et le financement des plans d'action de lutte contre le Sida des associations de PVVIH et les grandes communautés (religieuses, entreprises...).
- concernant la prise en charge : les fonds PPTTE ont permis au Gouvernement camerounais de subventionner les ARV conduisant à une baisse de 53% du prix du traitement, à travers la CENAME, de réduire le coût des examens biologiques de suivi et d'équiper le laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments et des préservatifs.

Il a été créé un comité consultatif de suivi de la gestion des ressources PPTTE (décret du Premier Ministre du 1<sup>er</sup> décembre 2000). Ce comité a pour mission de veiller à la bonne utilisation et à l'allocation équitable et optimale des ressources IPPTE. Sa composition, tout comme celle de la CMS du GTC/CNLS, est similaire à celle du CCM du Fonds Mondial (à la différence près que les représentants des programmes paludisme et tuberculose ne siègent qu'au CCM), puisqu'il comprend le gouvernement du Cameroun, les bailleurs de fonds et des représentants de la société civile (ONG, églises, associations interprofessionnels).

La coordination du suivi représente là aussi un défi puisqu'on voit clairement que les fonds affectés par le Fonds Mondial sont complémentaires des fonds PPTTE sur la question de la prise en charge des patients sous ARV (*cf. objectifs de la proposition du FM présenté en résumé*).

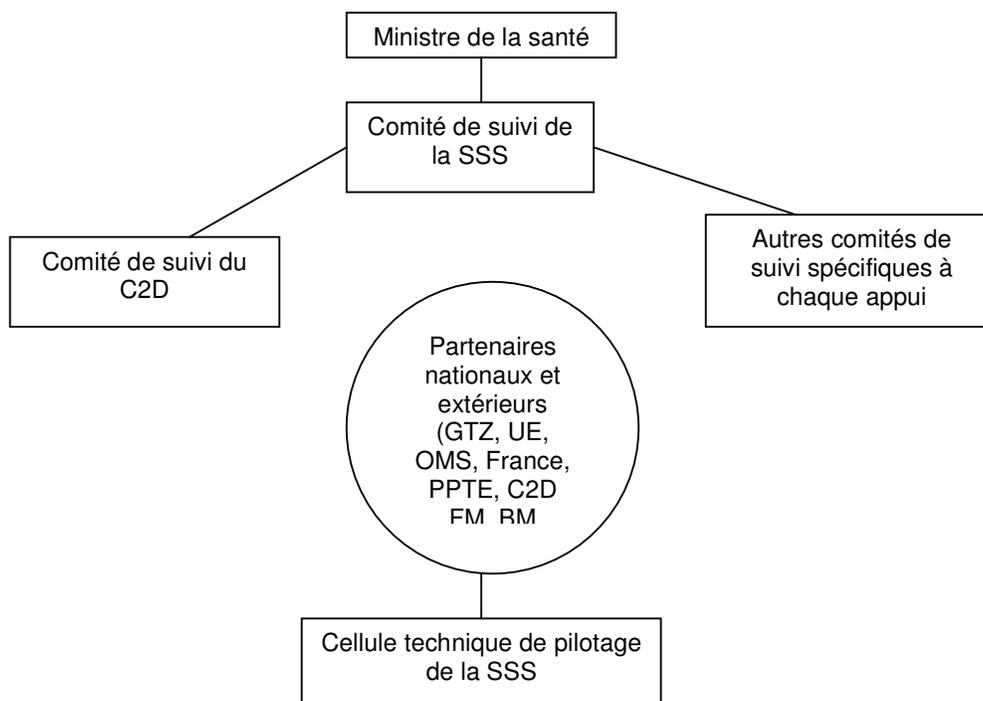
## **3. Le Contrat de Désendettement et de Développement (C2D) - France**

Le C2D signé entre le Cameroun et la France définit le cadre général d'application et de mise en œuvre de l'effort bilatéral additionnel de la France relatif aux créances françaises d'aide publique au développement au-delà de la réduction de dette accordée par le club de Paris. Cet effort bilatéral additionnel est constitué par une subvention accordée par la France, en contrepartie du paiement des échéances de la dette d'aide publique au Développement du Cameroun, dans le but de contribuer à réduire la pauvreté.

Pour le C2D santé, il s'agit de gérer des ressources importantes, puisque le Cameroun dispose pour la période 2004-2006 d'un montant de 40 milliards de FCFA.

Un comité de suivi du C2D santé a été mis en place qui réunit le Ministère de la santé et la partie française. De plus, il a été proposé de mettre en place un comité de suivi de la Stratégie Sectorielle Santé qui comprend les autres ministères et partenaires nationaux et extérieurs participant au financement et à l'exécution de la SSS.

Le schéma suivant résume le montage proposé :



Les mêmes commentaires peuvent être faits ici :  
- quelle articulation entre ces différents comités de suivi ?

L'enjeu de la coordination reste entier. La question, abordée à maintes reprises, est l'une des préoccupations majeures des partenaires. Mais cela revient aussi à s'interroger sur la pertinence de la mise en place de CCM dans certains pays. Du moins au Cameroun, au regard de ce qui était déjà mis en place avant le CCM, le problème mérite d'être posé.

Un document non daté que personne n'a mentionné a été trouvé dans les archives du Global Fund à l'ONUSIDA : « rôle et composition des divers organes », avec pour chapitre 1. La cellule PPTe/C2D/Global Fund. Ce document, projet resté sans suite précise le rôle de cette cellule : « elle sera l'instance technique de suivi de la mise en œuvre des programmes financés à travers les trois sources. Se réunissant mensuellement, les responsables des programmes y présenteront les rapports mensuels d'activités qui seront synthétisés par chacun des secrétariats techniques. Il convient de signaler que le Ministère de la santé est tenu à obligation des rapports auprès du CCS-PPTe, de l'AFD et du Secrétariat du Fonds Mondial et du CCM. »

La composition de cette cellule est envisagée de la manière suivante : « placée sous la présidence du SG/MINSANTE ou du DEP, elle sera composée de tous les responsables exécutants les programmes financés par le PPTe, le C2D et le Global Fund. Y participeront les responsables des trois secrétariats techniques. »

Ce document pourrait constituer une bonne base de travail.

## **6. Identification des besoins en appui technique**

---

### **A. Appuis techniques et financiers reçus par le CCM**

Les principaux appuis techniques extérieurs apportés au CCM depuis sa création ont concerné l'élaboration de la proposition pour le 3<sup>ème</sup> round :

- (i) appui du Dr Catherine BILGER, consultante de l'ONUSIDA chargée d'appuyer la révision de la composante SIDA
- (ii) appui de M. George RAE, consultant de l'OMS chargé d'appuyer la révision de la composante paludisme
- (iii) appui du Dr Kawahe Kamnga, de l'OMS AFRO, chargé de la finalisation de la composante paludisme.
- (iv) Appui du Dr Arnaud Trebucq de l'UICMTR pour aider à la rédaction de la composante tuberculose.

Par ailleurs, l'ONG internationale CARE a assuré un appui pour la traduction des documents en anglais.

De plus, cet appui technique a également été assuré par les partenaires au développement membres du CCM qui ont participé aux travaux des sous commissions techniques. La France notamment, à travers son assistant technique en charge des projets de lutte contre le VIH/SIDA, a participé à l'élaboration de la composante Sida.

Il apparaît que ces différents appuis techniques ont été très appréciés par l'ensemble du CCM et jugés indispensables pour la finalisation de la proposition. Cet appui aura participé sans aucun doute à aider le Cameroun à avoir accès au financement du FM.

Début mai, une mission d'évaluation des capacités programmatiques et financières du CNLS, du PNLT et du PNLP démarrera pour 2 semaines, sur financement du PNUD. Cette mission a été proposée par le PNUD au Gouvernement afin d'aider à un meilleur taux de décaissement des fonds qui seront alloués par le FM.

La GTZ a apporté son appui financier à la mise en place du secrétariat technique pour un montant de 17 000 euros, ce qui a permis d'équiper le bureau en tables, chaises, ordinateur, imprimante, photocopieuse.

Aucun appui technique n'est prévu à ce jour pour le volet M&E mais des dispositions existent pour ce volet dans le cadre du PMLS (appui au renforcement des capacités).

### **B. Besoins exprimés par les membres du CCM**

Les besoins exprimés par les membres du CCM sont peu nombreux.

#### **1. Mise en place d'un secrétariat technique**

Tous insistent en tout premier lieu sur l'urgence de rendre opérationnel le secrétariat technique. Pour ce faire, il convient d'élaborer un document qui en précisera la composition et le mandat, de définir le budget de fonctionnement à soumettre aux différents bailleurs de fonds et de recruter son personnel. Mais la question de l'articulation de ce secrétariat avec ceux de chacun des trois programmes nationaux reste entière ainsi que la question, comme soulignée plus haut de son articulation avec les instances de coordination des autres financements.

## 2. Briefing de la part du Fonds Mondial et partage d'information

Les membres du CCM souhaiteraient que le FM diffuse plus largement et de manière plus claire ses orientations. Il serait notamment judicieux de pouvoir bénéficier de directives claires quant au rôle et aux attributions du CCM et du BP et de bénéficier d'un appui technique pour la rédaction des textes qui doivent régir le fonctionnement. Certains membres ont suggéré que les expériences des autres pays puissent être consultées sur le site internet du FM (mise en ligne de modèles de règlement intérieur...)

## 3. Formation des ONG et associations pour l'élaboration des propositions

Les membres souhaitent que soient organisées des sessions de formation à l'adresse des ONG et associations afin que celles-ci soient en mesure de soumettre des propositions au Fonds Mondial. **Ceci implique que le FM simplifie ses procédures de soumission, jugées trop compliquées et inaccessibles pour les acteurs de la société civile et qu'un financement soit dégagé afin de pouvoir organiser ces sessions de formation.**

## 4. Autres besoins

Une inquiétude partagée demeure sur les étapes suivantes du processus de mise en œuvre des activités du Fonds Mondial. La convention de financement entre le FM et le BP n'a pas encore été signée et les activités n'ont donc pas encore démarré. Avant le démarrage effectif, il conviendrait de:

- (i) lever le flou qui persiste sur le conflit d'intérêt existant au Cameroun (Ministre juge et partie),
- (ii) élaborer un document qui précise les étapes de mise en œuvre des activités et propose des outils de suivi et évaluation pour les trois composantes,
- (iii) informer les membres du CCM sur leur rôle et leurs responsabilités dans le suivi des activités et le contrôle des fonds,
- (iv) s'assurer que la CAA soit en mesure d'assurer un décaissement rapide et fiable (voir le rapport d'audit du LFA et ses recommandations).

Ces différents points nécessiteraient l'appui sur le terrain du Fund portfolio manager du Secrétariat du FM).

## 7. Recommandations

---

Ces recommandations découlent directement des principaux constats faits durant la mission.

### A. Recommandations au CCM

#### 1. Recommandations concernant la composition

- Rééquilibrer la composition du CCM

Avant de redéfinir la composition du CCM nécessaire pour assurer un meilleur équilibre entre les différentes composantes, il conviendrait au préalable de fixer consensuellement les modalités de la gouvernance du CCM (modalités de choix du Président, du Vice Président, du Secrétariat du CCM). A cet effet une session spéciale du CCM pourrait être organisée avec l'appui du Secrétariat du FM.

- Prendre en compte la dimension essentiellement féminine et infantile de l'épidémie de Sida au Cameroun en associant davantage les associations de femmes et les organismes prenant en charge les orphelins et les enfants vulnérables
- Améliorer le niveau de représentativité des associations de santé camerounaises.
- Intégrer une association représentative de la société civile.
- Intégrer les techniciens de la santé, parties prenantes des actions (par exemple CTA).

#### 2. Recommandations concernant le fonctionnement

Commentaire préalable :

Si l'on doit maintenir en l'état le CCM et même l'étoffer pour prendre en compte les différents paramètres évoqués dans ce rapport (dimension féminine et infantile de l'épidémie, présence des techniciens de la santé, etc.), il apparaît alors indispensable de mettre en place un secrétariat technique pour assurer la bonne marche de ce CCM et répondre aux exigences du Fonds Mondial. Mais c'est aussi prendre le risque de créer une structure de plus.

Ainsi, le défi majeur nous paraissant être celui de la coordination et de l'efficacité du suivi des activités en cohérence avec ce qui est déjà initié, la mission recommande avant tout de réfléchir à d'autres modalités de fonctionnement et de voir dans quelle mesure il ne serait pas préférable de réaménager certains comités de suivi (notamment la commission mixte de suivi placé auprès du CNLS) afin d'y intégrer la dimension paludisme et tuberculose et de mettre en place un mécanisme de coordination (avec comme base de départ par exemple la note de projet de mise en place d'une cellule PPTE/C2D/FM cité dans le rapport).

On se saurait alors que recommander au FM de prendre attache avec les partenaires déjà actifs sur le terrain (notamment la France et la Banque Mondiale) et de solliciter, sous le pilotage du Cameroun, une réunion de concertation sur ce sujet.

- Mise en place rapide du secrétariat technique

La création d'un secrétariat permanent du CCM fonctionnel et indépendant du bénéficiaire principal et des bénéficiaires secondaires est une priorité. Il serait souhaitable de mettre en place une structure légère représentant les trois composantes et dont les membres seront désignés par le CCM à qui il devra rendre compte.

- Amélioration du circuit de l'information et de la vie démocratique du CCM

Afin de permettre aux membres d'avoir accès en temps opportun aux documents sur lesquels ils doivent se prononcer, il conviendrait de fixer, dans un document cadre, le circuit de l'information et ses procédures de réalisation.

- Elaboration de textes régissant le fonctionnement

Au-delà des textes existants (décision du Ministre de la Santé et Règlement Intérieur), il conviendrait de développer des outils de management pour le CCM, comme les termes de référence précisant les rôles respectifs et les responsabilités incombant au CCM, au Bénéficiaire Principal, et aux Bénéficiaires Secondaires, assortis d'un cahier des charges pour chacun. L'indépendance du CCM par rapport au Ministère de la Santé devra clairement apparaître.

### **3. Recommandations générales**

- Elaborer dans les meilleurs délais un document fixant les modalités pratiques et précises de mise en œuvre des activités sur financement du FM.
- Mettre en place des procédures permettant une meilleure articulation entre les différents comités et commissions de suivi existants au Cameroun.
- Organiser une session de renforcement des capacités des associations et ONG afin qu'elles puissent soumettre valablement des requêtes au FM et avoir un accès réel aux ressources
- Développer une stratégie de communication sur les actions du CCM et du FM à l'attention des acteurs de la société civile afin que ceux-ci soient informés à temps et continuellement des appels à propositions et de l'état d'avancement des activités.
- Débattre sur le niveau de représentativité du CCM et améliorer le feed-back des représentants siégeant au CCM envers leurs propres membres

L'alternative serait de maintenir le CCM en l'état ou de rehausser son niveau de représentativité (représentants d'agence, hauts fonctionnaires des ministères....) avec comme schéma organisationnel : un CCM qui décide, suit et contrôle la mise en œuvre des activités sur la base du travail préparatoire de commissions techniques ad hoc. Cette organisation impliquerait alors que le CCM se réunisse moins souvent mais pour prendre les décisions clés et valider les rapports, l'essentiel du travail étant assuré par les commissions techniques. Celles-ci se réuniraient autant que de besoin, sous la coordination du secrétariat technique. Les modalités de fonctionnement et de communication seraient à établir avec précision.

## **B. Recommandations au Fonds Mondial**

- Partager les expériences CCM des autres pays (Partage d'infos en ligne sur le site internet – ex : mise en ligne de règlement intérieur, de procédures de fonctionnement ; mise en place d'un forum de discussion entre les différents secrétariats techniques afin de faciliter le partage d'expériences)
- Simplifier le formulaire de proposition à déposer auprès du Fonds Mondial.
- Clarifier ce qui est attendu du CCM et du BP en élaborant un document commun à l'ensemble des pays et statuant sur le problème du conflit d'intérêts.

## **8. Liste des Annexes**

---

Annexe 1 : TDR des études CCM

Annexe 2 : Liste des documents consultés

Annexe 3 : Programme de la Mission

Annexe 4 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 5 : Présentation du PMLS

Annexe 6 : Principales étapes de décisions

## **Annexe 1 : TDR Etudes CCM**

### **Etude relative aux Instances de coordination nationale et à l'évaluation des besoins dans les pays sélectionnés**

(27 nov. 2003)

#### **1. Contexte et raison d'être**

Le Fonds mondial a conscience que c'est seulement par une approche nationale, coordonnée et multisectorielle et avec la participation de tous les partenaires concernés, que les ressources supplémentaires auront un impact important sur la réduction des infections, de la maladie et de la mort causée par les trois maladies. Un panel d'acteurs, chacun apportant ses compétences, ses spécificités et son expérience propres, doit donc participer à l'élaboration de propositions et aux décisions relatives à l'allocation et à l'utilisation des ressources financières du Fonds mondial. Pour ce faire, le Fonds mondial prévoit de coordonner les propositions au sein d'un large éventail d'intervenants, regroupé en une Instance de coordination nationale (CCM) qui suivra la mise en œuvre des propositions approuvées.

Au cours des douze derniers mois, différentes études/analyses ont été conduites pour pouvoir obtenir des informations sur la composition et le fonctionnement des CCM, et sur la mesure dans laquelle elles avaient réussi à mettre en pratique les principes du Fonds mondial sur le partenariat public-privé. Ces études ont confirmé que le Fonds, par l'intermédiaire des CCM, avait donné une nouvelle impulsion à la planification et au partenariat au niveau national.

Les conclusions de ces études, ainsi que les débats menés lors de réunions de membres de CCM et de Gestionnaires de portefeuille du Fonds, ont montré que les CCM fonctionnaient correctement dans certains pays, alors que dans d'autres, elles rencontraient des problèmes liés à leur composition et à leur intégration. Il s'agit principalement de questions relatives au niveau de participation de la société civile, en particulier des groupes marginalisés et des personnes vivant avec la maladie. Le mandat et les responsabilités des CCM, pour ce qui est de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation, ne sont toujours pas complètement saisis au niveau national. Les recommandations visant à renforcer les CCM concernent l'appui au renforcement des capacités techniques, ainsi que les possibilités de partager les leçons apprises à ce jour en la matière.

#### **2. Objet**

L'objet de la présente étude est double. Tout d'abord, il s'agit de conduire des évaluations approfondies des CCM sélectionnés, dans le but d'obtenir des informations sur les enseignements que l'on peut tirer de ce qui a fonctionné comme de ce qui n'a pas fonctionné, eu égard à la mise en pratique des principes du Fonds mondial. Ces informations sur la composition et le fonctionnement des CCM contribueront à mieux comprendre comment les CCM spécifiques opèrent en fonction de leurs propres contextes, d'identifier les obstacles entravant l'application des principes et des procédures du Fonds, les stratégies qui fonctionnent bien, et de mettre en relief les domaines nécessitant d'être améliorés. Les enseignements tirés et les expériences acquises en la matière seront communiqués aux membres des CCM des autres pays, en particulier de ceux qui sont en cours de mise en place.

Il s'agira d'une étude de cas examinant le processus de mise en place et l'évolution de la structure des CCM, leurs rôles et leurs responsabilités, et l'objectif de la responsabilisation multisectorielle au sens large, ainsi que de la participation à part égale d'acteurs non

gouvernementaux, notamment de groupes vulnérables et des personnes vivant la maladie. Par ailleurs, cette étude analysera les facteurs qui facilitent et qui entravent une telle participation. Elle portera également sur la capacité actuelle des CCM à assumer à plus long terme l'ensemble des responsabilités qui leur incombent ; il s'agit d'une part de l'élaboration de proposition, et d'autre part, de la supervision lors de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation. Des recommandations seront émises pour renforcer les CCM, afin que ces dernières puissent remplir ces missions.

L'objet de cette tâche est également de contribuer à une évaluation approfondie des besoins techniques des membres des CCM et de leurs éléments constitutifs. Cette évaluation approfondie s'appuiera sur les observations formulées par le Comité technique d'examen des propositions sur les propositions soumises, et sur l'analyse du Fonds mondial des CCM ayant soumis des propositions à toutes les séries, sur les plans de travail, les plans de suivi et d'évaluation, ainsi que sur les évaluations de l'Agent local du Fonds (LFA) concernant le bénéficiaire principal (PR). L'évaluation prendra également en compte/s'appuiera sur toutes les autres évaluations des besoins, effectuées par d'autres programmes/partenaires. L'évaluation des besoins prendra en compte différentes catégories de besoins indispensables, à savoir, les besoins liés à l'élaboration de proposition, à la mise en œuvre et au suivi des programmes approuvés, ainsi qu'à l'administration, à la gestion et à d'autres questions d'ordre opérationnel.

L'étude dont il est question, qui comprend le recueil d'informations dans les pays des CCM sélectionnés, et l'évaluation des besoins, sera conduite dans les pays où les CCM fonctionnent bien et mettent correctement en pratique les principes du Fonds mondial, ainsi que dans ceux où les CCM sont en cours de mise en place. L'étude servira également d'outil pour l'appui technique aux pays sélectionnés, et ce, en vue de renforcer leurs CCM.

Les documents de l'étude, les conclusions de l'évaluation approfondie des besoins techniques, ainsi que les conclusions de l'étude conduite actuellement par le Réseau mondial des personnes vivant le Sida, intitulée « Evaluation des besoins techniques visant à renforcer le rôle des personnes vivant avec le Sida au sein des Instances de coordination nationale » (*A technical needs assessment to strengthen the role of people living with AIDS in Country Coordinating Mechanism*), serviront de support pour aider les partenaires à élaborer des plans nationaux d'appui technique ; ces plans viseront à renforcer la capacité technique des CCM, eu égard à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des propositions. Les conclusions serviront également à revoir les principes directeurs actuels des CCM, et à les ajuster en conséquence.

### **3. Partenaires**

Cette étude a été mise au point en consultation avec un certain nombre de partenaires, entre autre, l'Alliance internationale contre le VIH/SIDA, l'ONUSIDA, l'Organisation mondiale de la Santé et GTZ. L'ONUSIDA s'est engagé à fournir un soutien par l'intermédiaire des Coordonnateurs de l'ONUSIDA dans les pays, et à travailler en étroite collaboration avec le Secrétariat du Fonds mondial en ce qui concerne les processus de préparation et de suivi. L'étude sera financée par des partenaires bilatéraux : GTZ a engagé des fonds pour appuyer l'étude dans dix pays, le gouvernement français et le gouvernement italien se sont également déclarés disposés à financer l'étude dans plusieurs pays. La mobilisation des fonds est en cours pour permettre à d'autres pays de faire partie de cette étude.

### **4. Etendue de l'Etude**

Les tâches spécifiques relatives à l'étude seront les suivantes :

**4.1 Procédure préparatoire dans le pays**, en étroite collaboration avec l'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la santé, consistant à collecter/compiler toutes les données préexistantes, les études réalisées au niveau national et les études sur les informations en cours.

**4.2 Etude théorique de :**

- Documents et principes directeurs de la structure du Fonds mondial,
- Analyse/enquêtes relatives aux CCM conduites par l'Alliance contre le VIH/SIDA, ICASO, des Organisations religieuses, l'OIT, l'ONUSIDA, ainsi que rapports de réunions régionales et autres documents appropriés ;
- Enquêtes/études en cours conduites par des partenaires bilatéraux et autres ;
- Observations du Comité technique d'examen des propositions sur les propositions soumises, examen des propositions approuvées ;
- Toute évaluation de besoins et analyse de situation ayant déjà été conduites par les partenaires/programmes.

**4.3 Débats** entre Gestionnaires de portefeuille du Fonds, Directeurs et responsables d'unités au Secrétariat.

**4.4 Visites sur le terrain dans les pays, à organiser avec l'appui des partenaires :** Lors de la visite dans le pays, l'équipe conduira une évaluation approfondie et rassemblera des informations, et ce en procédant à l'étude de documents appropriés, d'entretiens individualisés, de discussions de groupes avec les intervenants concernés et les membres des CCM, eu égard aux éléments suivants :

4. 4.1 Enseignements tirés et expériences acquises concernant le processus de **mise en place et la composition de CCM en tant que partenariat public-privé :**

- Processus de mise en place de CCM et critères de sélection des membres des CCM des différents secteurs, notamment le processus de sélection au sein des secteurs :
  - Gouvernementaux: Santé et secteurs autres que celui de la Santé, à savoir l'Education, le Travail, l'Aide sociale ect.
  - ONG/Organisations à assise communautaire,
- Groupes marginalisés comme les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les professionnels du sexe,
- Personnes vivant avec le VIH/SIDA, la tuberculose ou le paludisme
- Secteur privé : Partenariats entre entreprises, Syndicats, Chambres de Commerce, secteur des entreprises, média
- Organisations religieuses/confessionnelles
- Secteurs universitaire/de l'Education
- Partenaires de développement multilatéraux et bilatéraux

4.4.2 Enseignements tirés et expériences acquises eu égard à l'**administration** des CCM :

- Processus de sélection/élection des présidents et vice-présidents
- Processus d'élaboration des mandats des CCM et emploi/efficacité de ces mandats
- Mise au point d'autres outils, par exemple, règlement intérieur, signature d'accords officiels
- Entente avec le Secrétariat/accords administratifs pour appuyer l'administration des CCM : processus de mise en place, membres et sélection des membres de cette « unité » ; mode opératoire de l'unité administrative/du secrétariat ;
- Mode opératoire des CCM, dont les modalités de communication :
  - Codification de règles opérationnelles;

- Structure et règles du processus de prise de décision, transparence des décisions prises ;
- Fréquence des réunions, procès-verbaux de réunions, documents relatifs aux décisions, étapes suivantes, calendrier à établir, par qui et de quelle façon ;
- Processus visant à minimiser les conflits d'intérêts
- Efficacité/fréquence de la circulation des informations émanant du Secrétariat du Fonds mondial vers les CCM
- Processus d'échange d'informations entre les membres des CCM et avec leurs éléments constitutifs pour assurer la transparence et l'obligation de rendre compte
- Transmission d'informations émanant des CCM vers les acteurs autres que les CCM, par exemple les partenaires bilatéraux

#### 4.4.3 Evaluation et recueil d'informations sur le **niveau et la dimension actuels de la participation de tous les membres des CCM à l'ensemble des processus:**

- Perception de la responsabilisation des CCM par l'ensemble des membres des CCM ; les membres, à savoir, société civile, gouvernements, partenaires bilatéraux, secteur privé, groupes marginalisés, communautés affectées, ont-ils le sentiment qu'ils participent à part égale à la prise de décision et en tant que bénéficiaire, et qu'ils ont chacun des rôles et des responsabilités clairement définis ?
- Perception et retour de l'information des membres, et fonctionnement des CCM vu par les membres ne participant au processus des CCM
- Facteurs et mécanismes favorisant une participation significative et efficace des membres de la société civile, notamment des groupes marginalisés et des personnes vivant avec la maladie ;
- Obstacles, à la fois sociaux et politiques, entravant la participation significative de la société civile, notamment des groupes marginalisés et des personnes vivant avec la maladie, et entravant la participation multisectorielle ;
- Niveau de compréhension des principes relatifs à la participation de la société civile, et de sa raison d'être ; identifier, relater les expériences des partenariats efficaces, ainsi que le contexte politique, juridique et réglementaire dans lequel ils opèrent ;
- Caractéristiques particulières/facteurs préexistants dans le pays qui facilitent le fonctionnement des CCM comme des coalitions publiques-privées
  - Identifier les besoins techniques des membres des CCM en vue de faire pleinement participer ces derniers à la prise de décisions et à la supervision

#### 4.4.4 Ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné eu égard à la **formulation de propositions et aux processus de mise en œuvre menés par un partenariat dans le pays** : rôle, degré de participation et niveau du pouvoir de prise de décision de chacun des membres des CCM, de la société civile comme des gouvernements, aux différentes étapes du processus :

- Processus d'appel à propositions, élaboration de propositions et soumission au Fonds mondial ;
- Sélection et critères de sélection des bénéficiaires principaux (PR)
- Signature d'accord de subvention ;
- Relation avec les Agents locaux du Fonds (LFA)
  - Rôle de supervision lors de la mise en œuvre, en particulier concernant le suivi et l'évaluation, et l'achat de marchandises ;

- Existent-ils des principes directeurs, des procédures, des mécanismes pour que les CCM puissent assumer leurs tâches eu égard à l'élaboration de proposition et à la supervision lors du suivi et de l'évaluation ?
- Les compétences techniques sont-elles suffisantes au sein des CCM pour que ces dernières puissent assumer ces rôles ? De quelle manière les lacunes en compétences techniques ont-elles été comblées, et dans la négative, quel est le soutien technique à apporter ?

4.4.5 Expériences acquises et enseignements tirés par les CCM en ce qui concerne l'harmonisation et la coordination avec les forums, les politiques et les programmes existants :

- Concernant les relations et la coordination avec les forums de mécanismes/partenariat nationaux tels que le CNLS, l'UNGTG, les forums de partenariat ou équivalents
  - Les relations sont-elles clairement définies en ce qui concerne la circulation des informations, l'établissement de rapports, la gestion et la participation ;
  - La CCM fait-elle double-emploi avec les dispositifs existants et/ou affaiblit-elle les programmes de santé
  - De quelle manière la CCM contribue-t-elle à l'intégration aux politiques nationales et aux processus de planification existants
- Concernant l'harmonisation et l'intégration liées aux programmes appropriés du ministère responsable (Faire reculer le paludisme, Halte à la tuberculose) et aux autres programmes soutenus par des donateurs
- Les propositions soumises par les CCM respectent-elles les politiques et les plans nationaux, notamment le PRSP, et le SWAP ?

4.4.6 <sup>16</sup> Contribuer, avec le soutien de consultant/membre de CCM local, à la mise en place de groupes de discussions et/ou d'un atelier de deux jours avec les membres des CCM et autres intervenants concernés, pour :

- Présenter/vérifier les conclusions des débats/interviews ;
- Faciliter, par une méthode participative rapide, une évaluation des besoins techniques et complémentaires des membres des CCM.

## **5. Rédiger les études de cas et un rapport de l'évaluation technique des besoins**

### **6. Produits attendus**

#### **6.1 Documents relatifs à l'étude de cas de chaque CCM :**

Chaque étude de CCM doit comprendre :

- Une description de la composition de la CCM et de ses processus de gouvernance
- Une analyse du niveau de compréhension des membres de CCM concernant les procédures et les principes directeurs du Fonds mondial
- Analyse des points forts et des points faibles de la composition et du niveau de participation des membres de la CCM
- Enseignements tirés et expériences acquises, comprenant une analyse des facteurs de facilitation permettant de s'assurer que la CCM est ouverte et qu'elle représente tous les secteurs, en particulier la société civile, dont des

<sup>16</sup> La présente évaluation des besoins ne fait partie des tâches à réaliser par les pays d'Europe de l'Est. L'évaluation des besoins entre dans le cadre du travail effectué par Synergy/USAID.

représentants de personnes vivant avec les maladies et les groupes marginalisés ;

- Une analyse des obstacles entravant la participation ouverte de membres de la société civile, ainsi qu'une plus large participation multisectorielle ;
- Ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné eu égard aux processus de formulations des propositions et de mise en œuvre sous la direction du partenariat instauré par la CCM dans le pays: rôle, dimension du pouvoir de prise de décision de chaque membre de CCM, à la fois de la société civile et des gouvernements, concernant l'élaboration de propositions, la supervision lors de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation ;
- Recommandations: Processus favorisant des CCM composés de manière plus ouverte, et dont l'administration et le fonctionnement est plus efficaces.

## **6.2 Etablir un rapport de l'évaluation des besoins techniques et des recommandations en vue de :**

- Renforcer la responsabilisation multisectorielle des CCM et la participation à part égale de tous les membres de CCM ;
- Stratégies visant à renforcer la capacité de gestion et à améliorer l'administration relative à l'élaboration de proposition, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation ;
- Plan d'appui technique pour renforcer le rôle et la capacité des membres des CCM et de leurs éléments constitutifs, pour pouvoir accélérer une mise en œuvre axée sur la performance

## **7. Etendue géographique**

On prévoit de recueillir des informations sur les CCM et de conduire des évaluations de besoins dans quinze pays sur vingt, c'est à dire dans trois de chacune des régions, et auprès d'une CCM régionale.

## **8. Calendrier**

Octobre 2003 à Janvier 2004

## Annexe 2 : Liste des documents consultés

### 1. Documents généraux pays

- République du Cameroun, Ministère de la Santé Publique. *Stratégie sectorielle de Santé*. Kribi, 25-27 juillet 2002
- Organigramme du Ministère de la Santé Publique
- République du Cameroun, Ministère de la Santé Publique, Programme National de Lutte contre le Sida, Groupe Technique Central. *Plan stratégique de Lutte contre le Sida au Cameroun, 2000-2005*. Yaoundé, 5 septembre 2000
- République du Cameroun, Ministère de la Santé Publique, Comité National de Lutte contre le Sida, Hôpital Central de Yaoundé. *Action pilote ARV du centre de traitement de l' Hôpital Central de Yaoundé*. Octobre 2002
- République du Cameroun, Ministère de la Santé Publique, Comité National de Lutte contre le Sida, Hôpital Central de Yaoundé. *Convention de financement du projet pilote ARV de l'Hôpital Central de Yaoundé*, octobre 2002
- République du Cameroun, Comité National de Lutte contre le Sida. *Programme multisectoriel de lutte contre le Sida. Manuel d'exécution*, janvier 2001
- Hôpital Central de Yaoundé. *2<sup>ème</sup> forum du centre de traitement agréé de l'hôpital central de Yaoundé*, 28 novembre 2003.

### 2. Documents du CCM

- Décision N° 0366/D/MSP/CAB du 9 août 2002 portant création d'une commission mixte de coordination et de suivi des comités nationaux de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme.
- Composition du CCM
- Composition du sous comité du CCM, composante Paludisme
- Composition du sous comité du CCM, composante VIH/SIDA
- Composition du sous comité du CCM, composante Tuberculose
- Termes de référence des sous groupe thématiques.

### **Comptes rendus de réunions de la commission mixte de coordination et de suivi :**

- Réunion du 14 août 2002 (avant mise en place du CCM)
- réunion du 22 août 2002 (mise en place de la commission mixte de coordination et de suivi)
- réunion d'adoption de la proposition du Cameroun au Fonds Mondial, 12 septembre 2002 (PV ??)
- réunion du 23 septembre 2002
- réunion du 21 mars 2003
- réunion du 9 avril 2003
- réunion du 5 mai 2003
- réunion du 12 mai 2003
- réunion du 15 mai 2003
- réunion du 28 novembre 2003 (PV ??)
- réunion du 30 mars 2004 (PV ??)
- réunion du 4 novembre 2004 (PV ??)
- réunion du 02 avril 2004
- réunion du 23 avril 2004

Retraite pour l'élaboration de la proposition du Cameroun à adresser au Fonds Mondial. Obala, 3-9 septembre 2002.

### **Convocations aux réunions :**

- Convocation à la réunion du CCM du 22 août 2002 (ordre du jour : état d'avancement de l'élaboration du projet du Cameroun à soumettre au Fonds Mondial – Reçu le 21 août 2002)
- Convocation aux réunions des sous comités du 7 et 9 septembre 2002 (ordre du jour : examen de la proposition du Cameroun au Fonds Mondial – Reçu le 3 septembre 2002)
- Convocation à la réunion du CCM du 15 Mai 2003 (ordre du jour : rapports d'examen des propositions de la société civile ; signature de la proposition du Cameroun – Reçu le 13 Mai)
- Convocation à la réunion du CCM du 3 novembre 2003 (ordre du jour : clarification à apporter au TRP au sujet de la requête camerounaise au Fonds Mondial. Round 3. Reçu le 28 octobre)
- Convocation à la réunion du CCM du 02 avril 2004
- Convocation aux travaux des sous commissions chargées de l'examen des projets soumis au CCM dans le cadre du 4<sup>ème</sup> appel à proposition du 24 au 27 mars 2004.

### **Round 2**

- Cameroon CCM Proposal. Proposal Form, July 2002
- TRP Reporting Form. Round 2

### **Round 3**

- Cameroon CCM Proposal. Proposal Form. March 2003.
- TRP Reporting Form. Round 3
- Cameroon CCM Proposal. Principal Recipient first year workplan; draft.
- Cameroon CCM Proposal. Budget annex.

### **Round 4**

- Cameroon CCM Proposal. Proposal Form
- Plan d'action de la commission mixte de coordination et de suivi du 22 août au 20 septembre 2002.
- Grille d'évaluation de la proposition à remplir par les membres du CCM
- Note de lecture du premier draft de la proposition coordonnée du Cameroun au Fonds Mondial
- Guide méthodologique des travaux au sein des sous-comités
- Projet de règlement intérieur fixant les modalités de fonctionnement
- République du Cameroun. Ministère de la Santé Publique. Commission mixte de coordination et de suivi des comités nationaux de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme. *Projet de mise en place du secrétariat technique du CCM.*
- Ministère de la Santé Publique. Cabinet du Ministre. *Proposition de Termes de Référence pour l'élaboration de la proposition du Cameroun au Fonds Mondial de lutte contre le Sida.* Mars 2003.
- Lettre du représentant résident de la Banque Mondiale au Ministre de la Santé, portant commentaires sur le projet de texte créant le comité mixte de suivi auprès des comités nationaux de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme. 29 Juillet 2002.
- Ministère de la Santé Publique. Commission mixte de coordination et de suivi. Appel à propositions (Presse du 8 avril 2003)
- Ministère de la Santé Publique. Commission mixte de coordination et de suivi. Appel à propositions (Presse du 12 février 2003)

### **3. Documents du Fonds Mondial**

- Structures principales du Fonds Mondial.
- Comment fonctionne le Fonds.
- The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria . *Directives sur le but, la structure et la composition des Instances de coordination de pays (CCM).*
- The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Sixth Board Meeting. Chang Mai, 15-17 October 2003. *Comprehensive policy for approving and funding grant obligations.*
- The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Sixth Board Meeting. Chang Mai, 15-17 October 2003. *Report of the portfolio management and procurement committee (PMPC).*

- The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Sixth Board Meeting. Chang Mai, 15-17 October 2003. *Monitoring and evaluation strategy*.
- *Board Update N°13*. December 22, 2003.
- The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. *Annual Report 2002/2003*.
- The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Appel à propositions. Genève. 2 juillet 2002.

#### 4. Documents concernant l'IPPTE

- Décret N° 2000/960/PM du 1<sup>er</sup> décembre 2000 portant création organisation et fonctionnement d'un Comité Consultatif et de Suivi de la gestion des ressources PPTE.
- Instruction N° 008/CF/MINEFI du 25 juillet 2001 relative au dispositif de présentation, d'exécution budgétaire, comptable et de suivi financier des dépenses financées sur ressources PPTE/HIPC
- République du Cameroun. Comité Consultatif et de Suivi de la gestion des ressources PPTE. *Manuel de procédures du comité consultatif et de suivi de la gestion des ressources PPTE*. Mai 2003.

#### 5. Divers

- UNAIDS. *Les Nations Unies et le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Fact Sheet*. Juin 2003.
- Dr Catherine BILGER. *Document de présentation du Fonds Mondial*.
- Lettre adressée par le secrétaire permanent du groupe technique central du CNLS au Président du Groupe Thématique ONUSIDA ; 1<sup>er</sup> août 2002.
- Consultation technique sur le Fonds Mondial du 24 au 26 juillet 2002 à Abidjan. Rapport de mission.

### Annexe 3 : Calendrier de la mission

Jour	Heure		Activités
<b>Dimanche 18 avril</b>	23h00		Départ de Bamako
<b>Lundi 19 avril</b>	6h00		Arrivée à Paris
	10h30		Départ de Paris
	18h00		Arrivée à Yaoundé
<b>Mardi 20 avril</b>	9h00	10h00	Etienne Kambou, point focal VIH/SIDA - OMS
	10h00	11h00	Prise de RDV
	11h	12h30	Dr Michel Tardy, AT Coopération Française programme Sida
	14h30	15h30	Dr Philippe Eono – conseiller du Ministre de la santé – AT Coopération Française - prise de RDV
	15h30	16h30	Basile Kolo, division de la coopération, Ministère de la santé
	16h30	17h30	de la santé – AT Coopération Française - prise de RDV + discussion sur organigramme MSP +doc de politique générale
	17h30	19h30	Lecture documents
<b>Mercredi 21 avril</b>	8h30	10h30	Dr Fezeu, secrétariat du CCM
			Attente rencontre Ministre de la Santé – reporté-
	10h30	12h00	Dr Fezeu, discussion et remise de documents
	14h30	16h00	Olivia Vella, UE
	16h15	16h45	Dr Fezeu – point de situation
	17h00	18h00	Mr Tchuinou David, responsable du suivi des fonds de l'IPPE
<b>Judi 22 avril</b>	8h30	12h00	Attente rencontre Ministre de la Santé Entretien avec le Ministre de la Santé
	14h00	15h30	CARE International
	17h00	18h00	Dr Emmanuel GNAORE, ONUSIDA
<b>Vendredi 23 avril</b>	9h00	12h00	Réunion du CCM
	14h30	16h30	Dr Mbessi, représentant des œuvres confessionnelles catholiques
	17h30	19h00	Dr Okalla, secrétaire permanent du groupe technique central/programme national de lutte contre le paludisme
<b>Samedi 24 avril</b>	11h	12h30	Mr Bakuzakundi, responsable du projet MAP, Banque Mondiale Jean Delion, Banque Mondiale Washington, suivi MAP
	15h00	19h00	Synthèse de la semaine et lecture de documents

<b>Jour</b>	<b>Heure</b>		<b>Activités</b>
<b>Lundi 26 avril</b>	8h00	9h30	rédaction
	9h30	10h30	Mme Mouton Pauline, RECAP+
	11h	12h30	Plan International - Esther Talla, responsable des projets santé - Kevin Zakariah Ndemera, program support manager
	14h30	16h00	Care and Health : - Boupba Kuate Aubir Alexis, directeur exécutif
	16h30	18h30	Dr Zekeng Léopold, secrétaire permanent GTC/CNLS
	18h30	20h00	Mr Essobe John, coordonnateur santé de la Fédération des églises et missions évangéliques du Cameroun
<b>Mardi 27</b>	10h00	11h0	Réunion du groupe thématique ONUSIDA
	11h00	12h00	UNICEF
	12h30	14H30	Dr Mambu, représentante de l'OMS
	15h00	17h00	Préparation de la note de synthèse
	17h30	18h00	Point de situation avec le Dr Fezeu
<b>Mercredi 28</b>	8h30	9h30	Pr Koulla-Shiro Sinanta, conseiller technique du Ministre de la Santé
	10h00	11h00	Dr Andréas Stadler, conseiller technique principal programme germano-camerounais de santé/Sida - GTZ
	11h30	12h30	Mr Ella, inspecteur général – Ministère des Affaires Sociales
	14h00	15h30	Mme Moulon, présidente de l'association FESADE (Femmes, santé et développement)
	16h00	21h00	Préparation note de synthèse
<b>Jeudi 29</b>	9h00	11h00	Cabinet du Ministre – restitution annulée
	16H00	16h45	Restitution au chef du SCAC
	17h30		Départ pour l'aéroport

## **Annexe 4 : Liste des personnes rencontrées**

### **Membres du CCM**

- Mr urbain Olanguena Awano, Ministre de la Santé Publique, Président du CCM
- Mr Théophile Ella Menye, Inspecteur général Ministère des Affaires Sociales
- Pr Koulla Sinata, conseiller technique n°1 au Ministère de la Santé Publique
- Dr Kollo Basile, Directeur de la coopération du MSP -Division de la coopération – Ministère de la Santé Publique
- Dr Mbessi Jean Robert, représentant des œuvres confessionnelles catholiques
- Mr Essobe John, représentant des œuvres confessionnelles protestantes
- Dr Hélène Mambu Ma Disu, représentant de l'OMS
- Bernard Hadj Jadj, président du groupe thématique de l'ONUSIDA
- Dr Aïssate Ba Sidibe, UNICEF
- Mme Olivia Vella, Union Européenne
- Mr Michel Bakuzakundi, responsable du PMLS
- Dr Andréas Stadler, conseiller technique principal, programme santé/sida, GTZ
- Mme Mouton Pauline, Présidente du RECAP +
- Dr Tella Esther, ONG Plan International
- Mr Bouopda, ONG Care and Health
- Mme Alden Dillow, ONG Care International
- Dr Xavier Garde, conseiller multimission santé, SCAC, France

### **Sous-Bénéficiaires**

- Dr Léopold Zekeng, secrétaire permanent du GTC/CNLS
- Dr Okalla Raphaël, secrétaire permanent du GTC/PNLP
- Dr Wang, secrétaire permanent du GTC/PNLT

### **Partenaires au développement**

- Dr Nгнаore Emmanuel, conseiller résident de l'ONUSIDA
- Mr Tchuinou David, Banque Mondiale, responsable de l'IPPTE
- Mr Jean Delion, Banque Mondiale, senior social development specialist, Africa region, Washington.
- Dr Philippe Eono, Conseiller du Ministre de la Santé, AT coopération française
- Mr Claude Fandres, chef du service de coopération et d'action culturelle, Ambassade de France
- Dr Michèle Tardy, AT projets VIH/sida - coopération française
- Dr Jean Loup Rey, initiative Esther – France
- PNUD

### **Autres**

- Dr Fezeu, secrétariat technique du CCM
- Kevin Zakariah Ndemera, Plan International
- Mme Moulon, association femme santé et développement
- Christine Ouellette, Care International

## **Annexe 5 : Programme Multisectoriel de lutte contre le Sida (PMLS)**

Il a pour objectif global d'appuyer la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre le Sida. De manière plus spécifique, le PMLS doit contribuer à :

- (i) rendre opérationnelle la lutte contre le Sida dans les communautés et par les communautés
- (ii) freiner l'évolution de la pandémie du Sida
- (iii) réduire le nombre de nouveaux cas d'infection à travers les programmes de prévention
- (iv) atténuer l'impact socio-économique de la maladie
- (v) renforcer les actions de prise en charge des personnes infectées et/ou affectées

Pour atteindre ces objectifs, le PMLS est mis en œuvre à travers 5 composantes :

- (i) le renforcement des capacités
- (ii) l'appui à la réponse locale
- (iii) l'appui à la réponse du secteur de santé
- (iv) l'appui à l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies sectorielles
- (v) l'appui à la coordination.

### **Composante 1**

Dans ce cadre, le programme fournit des ressources nécessaires pour le renforcement des capacités des différents partenaires et acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA, notamment :

- la formation des membres des organes de coordination du programme de lutte contre le VIH/SIDA au niveau national, provincial et de la commune sur la définition des stratégies, les mécanismes de coordination, de supervision, d'élaboration du budget et de contrôle
- la formation des personnels du programme à tous les niveaux : les chefs de section et d'unité, le personnel de terrain, les responsables de gestion financière et des contrôleurs de gestion sur leurs rôles, fonctions et responsabilités
- la formation des points focaux des différents secteurs sur l'élaboration et l'exécution des stratégies sectorielles de lutte contre le Sida
- la formation des agences de sous-traitance chargées de la mise en œuvre des outils méthodologiques de participation communautaire (en milieu rural, urbain et dans les groupes vulnérables)
- le renforcement des capacités des communicateurs dans l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie de communication de masse sur la lutte contre le Sida
- la formation du personnel des institutions financières impliquées dans le projet sur les mécanismes appropriés pour assurer le transfert adéquat des fonds en vue de faciliter les plans d'action communautaire.

### **Composante 2**

A travers cette composante, le programme appuie les efforts des communautés dans la mise en œuvre des actions de prévention et de réduction de l'impact socio-économique de la maladie. En effet, les communautés, encadrées par les agences locales de sous-traitance (ONG, comités de développement,...) identifient et analysent les causes et les risques du VIH/SIDA, élaborent des plans d'actions et mettent en place un comité local de lutte contre le Sida. Ces plans d'actions sont soumis au comité de lutte contre le Sida de la commune (CCLS) pour étude en vue de financement par le Groupe Technique Provincial (GTP).

En outre, le PMLS prévoit dans le cadre de cette composante, le soutien aux associations de PVVIH

### **Composante 3**

Il s'agit d'appuyer notamment :

- la surveillance épidémiologique et comportementale
- la prévention à travers les traitements des IST, le dépistage volontaire et le conseil
- la PTME
- la sécurité transfusionnelle
- la prise en charge et le traitement des PVVIH

Le traitement des IST, le dépistage volontaire, le conseil, la prophylaxie et le traitement des IO font parties intégrantes d'un paquet minimum d'activités (PMA) et de services offerts aux PVVIH. Dans le cadre du PMLS, toutes les PVVIH auront accès à ce PMA de coût effectif au traitement. Les médicaments antituberculeux sont fournis gratuitement par le Gouvernement sur financement des fonds de l'IPPTE.

### **Composante 4**

Il s'agit d'appuyer la mise en œuvre de plan de lutte contre le Sida pour chaque secteur.

### **Composante 5**

La coordination du programme est assurée par les organes de coordination multisectorielle, à savoir :

- sur le plan institutionnel, le CNLS au niveau national, le CPLS au niveau provincial et le CCLS au niveau de la commune
- La commission mixte de suivi créée auprès du CNLS permet de faire le contrôle et l'audit externe du GTC
- Sur le plan technique, le GTC assure la coordination de l'ensemble des activités du programme national de lutte contre le Sida. Le secrétaire permanent du GTC coordonne les activités des différentes sections et unités du niveau central. La coordination des activités au niveau décentralisé est assurée par le GTP.

Le PMLS est mis en œuvre sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique.

## Annexe 6 – Principales étapes de décisions

<b>Date</b>	<b>Ordre du jour</b>	<b>Principales décisions</b>	<b>documents disponibles</b>
<b>9 août 2002</b>	décision portant création du CCM	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Création du CCM</li> <li>▪ Définition de sa composition</li> </ul>	décision
<b>14 août 2002 réunion antérieure à l'installation officielle du CCM</b>	<p>Présentation du FM</p> <p>Grands axes d'orientation pour la rédaction de la proposition Cameroun</p> <p>Présentation des sous groupe thématique</p> <p>Planning de travail des sous groupes</p> <p>Elaborer des propositions sur la base des directives du FM</p>		PV
<b>22 août 2002 réunion 1</b>	<p>installation des membres du CCM,</p> <p>présentation de l'historique et des objectifs du FM,</p> <p>présentation des mécanismes de soumission d'une proposition au FM,</p> <p>examen du plan d'action pour la formulation de la proposition Cameroun</p>	Adoption du chronogramme de préparation de la proposition au FM (2 <sup>ème</sup> round)	<p>Convocation (Reçue le 21 août 2002)</p> <p>PV</p>
<b>3-9 septembre 2002</b>	Retraite pour l'élaboration de la proposition du Cameroun à adresser au Fonds Mondial (round 2)		DOC ??
<b>12 septembre 2002 réunion 2</b>	réunion d'adoption de la proposition du Cameroun au Fonds Mondial,	??	PV manquant
<b>23 septembre 2002 réunion 3</b>	signature de la proposition coordonnée du Cameroun concernant les 3 composantes	Signature effective du document	PV
<b>Octobre 2002</b>	Soumission pour le 2 <sup>ème</sup> round	/	proposition
<b>13 novembre 2002</b>	TRP reporting form – round 2		document
<b>Janvier 2003</b>	Réponse du FM négative – catégorie 3		DOC ??
<b>21 mars 2003 réunion 4</b>	restitution aux membres du CCM des observations du Technical Review Panel (TRP)	<p>Demande d'assistance technique adressée par le MSP à l'OMS, l'ONUSIDA et l'UICITMR pour la révision de la proposition du 3<sup>ème</sup> round</p> <p>Constitution de trois sous comités d'experts pour la révision de chaque composante</p> <p>Mis en place d'un sous comité chargé de l'élaboration du règlement intérieur</p>	PV
<b>9 avril 2003</b>	Présentation des experts	Annonce du lancement d'un appel à	PV

<b>Date</b>	<b>Ordre du jour</b>	<b>Principales décisions</b>	<b>documents disponibles</b>
<b><i>réunion 5</i></b>	internationaux et de leur mission  Discussion autour des orientations devant guider la révision de la proposition du Cameroun	proposition dans la presse à l'attention des acteurs nationaux  Fixation de la date limite de réception des propositions pour examen par le CCM au 22.04.03  Définition des orientations devant guider l'élaboration de la proposition  Identification de deux bénéficiaires principaux devant soumettre leur proposition technique (PNUD et CAA)  Projet de renforcement du Secrétariat technique par deux personnes l'une désignée par les bailleurs l'autre par la société civile	
<b>5 mai 2003 <i>réunion 6</i></b>	Présentation des rapports d'étape sur l'élaboration de la proposition  Présentation des propositions de la société civile reçues suite à l'appel à proposition paru dans la presse  Identification du BP  Renforcement du secrétariat technique	Un expert de l'UICMT, Dr Trebucq aide à la finalisation de la composante tuberculose  Nomination au secrétariat technique du Dr Emmanuel GNAORE, conseiller pays de l'ONUSIDA, représentant des bailleurs de fonds et du Dr Sadjou OUSMANOU, patronat, représentant de la société civile	Convocation PV
<b>12 mai 2003 <i>réunion 7</i></b>	Présentation d'un rapport de lecture des propositions de la société civile par le secrétariat technique  Examen du dossier technique présenté par la CAA, candidat pour être BP  Identification des signataires et choix de la date de signature	Constitution de deux sous groupes techniques (Sida et paludisme – aucune proposition n'ayant été reçu pour la tuberculose) chargés de juger de l'éligibilité des propositions soumises par la société civile, au nombre de 9.  Choix de la CAA en tant que BP	PV
<b>15 mai 2003 <i>réunion 8</i></b>	Présentation des rapports des groupes thématiques sur l'éligibilité des propositions soumises par la société civile  Signature de la proposition coordonnée du Cameroun	Inclure la proposition soumise par le Faculté de médecine dans la composante paludisme de la proposition principale  Inclure la proposition soumise par CARE relative à la PEC des orphelins du Sida dans la proposition principale, CARE devenant une agence d'exécution.  Signature de la proposition coordonnée du Cameroun	Convocation (reçue le 13 mai 2003)  PV
<b>23 juillet 2003</b>	TRP reporting form – round 3		Document
<b>Octobre 2003</b>	/	Approbation de la proposition du Cameroun par le conseil d'administration du Fonds Mondial – classée en catégorie 2A c'est-à-dire avec demande de clarification de quelques points '	DOC ??
<b>3 novembre 2003</b>	clarification à apporter au TRP au sujet de la requête	??	Convocation (Reçue le 28

<b>Date</b>	<b>Ordre du jour</b>	<b>Principales décisions</b>	<b>documents disponibles</b>
<b>réunion 9</b>	camerounaise au Fonds Mondial. Round 3.)		octobre) PV manquant
<b>28 novembre 2003 réunion 10</b>	??	??	PV manquant
<b>Février 2004</b>	/	Recrutement du LFA : Price WaterHouse	DOC ??
<b>19 mars 2004</b>		Finalisation du processus de validation de la proposition du Cameroun après échanges entre le MSP et le secrétariat du FM	Courrier adressé par le TRP au Ministre de la Santé
<b>24-27 mars 2004</b>	Travaux des sous commissions chargées de l'examen des projets soumis au CCM dans le cadre du 4ème appel à proposition		convocation
<b>30 mars 2004 réunion 11</b>	??	??	PV manquant
<b>2 avril 2004 réunion 12</b>	Présentation de l'état d'avancement de la requête du Cameroun  Examen des propositions reçues dans le cadre du 4 <sup>ème</sup> appel à propositions  Examen du projet de règlement intérieur	Examen des 6 requêtes reçues dont 5 ciblant des actions Sida et 1 des actions paludisme : - propositions retenues pour la composante Sida : IRESCO et CARE - proposition paludisme non retenue	Convocation  PV
<b>23 avril 2004 réunion 13</b>	Examen des propositions de modification du règlement intérieur  Présentation des manuels de gestion		Convocation