

# TOK



## LE PROJET TOKOMBÉRE

Edition Avril 2005

# SOMMAIRE

## PRÉAMBULE

page 3

## CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE

page 4

- I. Situation géographique et administrative
- II. Situation socio-économique

## GENÈSE DU PROJET TOKOMBÉRÉ

page 5

## ORGANISATION GÉNÉRALE DU PROJET

page 7

## LE PROJET SANTÉ DE TOKOMBÉRÉ page 8

- I. ORIENTATIONS ET STRUCTURES À PARTIR DE 1975

- II. L'HÔPITAL

page

9

- II.1 Situation juridique et organisation
- II.2 Les services
- II.3 Le personnel

- III. LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (SSP)

page

11

- III.1 La protection maternelle et infantile (PMI)
- III.2 Le Projet prénatal
- III.3 Le Projet nutrition
- III.4 L'Action Santé Scolaire

- IV. BILAN DES ACTIVITÉS SANTÉ

page

18

## AUTRES SECTEURS D'ACTIVITÉ

page 19

- I. LE PROJET AGRICOLE
- II. LE PROJET JEUNES
- III. LE PROJET PROMOTION FÉMININE
- IV. LE PROJET ALPHABÉTISATION

V. LA JEUNE CHAMBRE ECONOMIQUE DE TOKOMBÉRÉ (JCET)

**CONCLUSION**

**27**

**page**

**ANNEXES**

Annexe 1 : Compte rendu des Journées Sanitaires 2004

Annexe 2 : Bilan des activités santé Année 2004

Annexe 3 : Bilan dépistage et prévention SIDA Année 2004

# PRÉAMBULE

Le Projet Tokombéré, projet de développement et de promotion de l'homme aura bientôt 30 ans. Le but de ce document est d'en rappeler la genèse, d'en décrire les grandes lignes, et de faire le point sur le développement de ses différentes composantes. Nous souhaitons qu'il permette au lecteur d'en comprendre le fonctionnement et les perspectives et aussi de percevoir les attentes et les richesses de nos frères de Tokombéré.

***Il donne une vue d'ensemble du projet et contient beaucoup d'informations dont certaines sont appelées à être actualisées annuellement. C'est pourquoi, il en a été fait un tirage limité. Les personnes intéressées à en disposer pourront l'obtenir en écrivant à l'Association Tokombéré<sup>1</sup>, et également le retrouver sur le site Internet d'Intertok<sup>2</sup>, Fédération des Associations partenaires du projet Tokombéré.***

***Christian Aurenche, François  
Beaufils***

***Février 2005***

---

<sup>1</sup> Association Tokombéré 5 Avenue de l'Observatoire 75006 Paris

<sup>2</sup> [www.tokombere-partenaires.org](http://www.tokombere-partenaires.org)

# CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE

## I. Situation géographique et administrative

Situé à 50 km au nord de Maroua, sur l'axe Maroua-Kousseri, Tokombéré est le chef lieu d'un arrondissement du département du Mayo-Sava (préfecture de Mora), dans la province de l'Extrême-Nord, s'étendant sur une superficie de 498 km<sup>2</sup> qui compte 6 cantons. La géomorphologie est constituée d'Ouest en Est de montagnes, piémonts, plaines et massifs montagneux isolés qui culminent à 1100m. Le climat est de type sahélien avec 8 mois de saison sèche d'octobre à mai. La pluviométrie oscille entre 450 à 850mm/an.

## II. Contexte socio-économique

La population de l'arrondissement de Tokombéré est estimée aujourd'hui à 90.000 habitants avec une densité moyenne de 170 habitants au km<sup>2</sup>. Sept ethnies principales composent les populations des montagnes, appelées les KIRDI du Nord-Cameroun :

- les Madas, les Zoulgo et les Guemjek à l'Ouest
- les Mouyang et les Ouldémé au Nord
- les Moloko et les Mboko au Sud.

Deux autres groupes de religion musulmane se trouvent plutôt en plaine (les Foulbés ou Peulhs) et les Mandara).

Il y a autant de langues locales que d'ethnies. La population pratique une religion traditionnelle encore vivante qui structure la vie socio - culturelle. Dans la plaine, toutes les ethnies se trouvent mêlées avec de nombreuses autres ethnies venues d'ailleurs (Toupouri, Moundang, Guiziga...). La pratique de la religion traditionnelle est largement majoritaire. Une partie minoritaire de la population est chrétienne ou musulmane. La langue véhiculaire la plus utilisée est le Foulfouldé (langue des Foulbés).

L'habitat, de type dispersé, est composé le plus souvent de cases en terre avec un toit en tiges de mil et en paille. Chaque ensemble de cases abrite une famille et forme un SARE. Un ensemble de Sarés forme un village.

L'agriculture est la ressource principale des populations. Les cultures vivrières sont constituées principalement de mil ou sorgho, d'arachide, de haricot (le niébé), et dans une moindre mesure de maïs.

Les cultures de rente sont dominées par le coton, cultivé en plaine, favorisé par un encadrement technique, des investissements et la recherche agronomique. Ainsi, le maraîchage se développe (oignons et légumes). L'élevage est fondé sur les petites initiatives familiales (poules, chèvres, moutons et parfois bœufs). En plaine, on rencontre des troupeaux de bœufs.

# GENÈSE DU PROJET TOKOMBÉRÉ

Le Projet de Promotion Humaine de Tokombéré (PPHT) a commencé en **1959**, par la création par BABA SIMON (Simon MPEKE) de la Paroisse Saint Joseph de Tokombéré, et par le Docteur G MAGGI de l'Hôpital privé de Tokombéré. L'Hôpital rural, première formation hospitalière de cette région, assure dès le début la couverture de tout ce qui deviendra l'Arrondissement de Tokombéré, en lien avec le dispensaire proche de Mayo-Ouldémé.

**En 1975**, à l'occasion d'un changement de responsable du centre de santé, l'hôpital est dénommé Centre de Promotion de la Santé (CPS). Simultanément, se forge au niveau mondial le concept de soins de Santé primaires (SSP).

## Trois principes sont retenus à Tokombéré :

- le premier centre de la santé de la population, c'est son village
- le premier acteur de la santé c'est l'homme et la femme du village, père et mère de famille dans cette population, chaque jeune, chaque ancien...
- le Centre de santé est le lieu des soins médicaux, et du deuxième échelon hospitalier, que nécessitent aussi les maladies qui frappent cette population. C'est aussi un lieu de rencontre, de formation. Le personnel du Centre est engagé à un double mi-temps : mi-temps au Centre de santé, pour soigner et former ; mi-temps au village, pour sensibiliser, éduquer, conseiller, accompagner la population dans ses choix et ses actions de santé. L'infirmier est alors appelé Agent Itinérant (AI). Il devient le conseiller technique de la population cible.

## Une période de 10 ans s'est alors ouverte

Dès le changement de dénomination, le fonctionnement du Centre a été modifié. Chacun y travaille à un mi-temps de son gré ; le planning, la disposition des locaux, l'organigramme, ont été adaptés pour qu'existe une réelle intégration du CS dans le projet de SSP.

Le personnel a reçu une formation complémentaire : formation à son rôle d'animateur-santé et d'accompagnateur des communautés villageoises ; sensibilisation et organisation des populations en comité de santé villageois (CSV).

L'hôpital en lui-même a peu changé, sauf au niveau du plateau technique, qui a été renforcé pour lui permettre de jouer le rôle de référence : laboratoire, radiographie, échographie, ECG... Au niveau du village, les AI ont entrepris de nombreuses tournées et rencontres dans toutes les communautés qui le souhaitent pour débattre de questions comme :

- qu'est-ce la santé ?
- comment la protéger ?
- quelles sont nos priorités dans le village ?
- comment couvrir les catégories prioritaires ?

Très vite, les enfants et leurs jeunes mamans sont apparus prioritaires. Et pour les couvrir, la méthode de la responsabilisation des parents et des adultes actifs au village, est devenue la base. Ainsi est reconnu un quatrième principe opératoire : **seule une population consciente, responsable et formée à l'autonomie peut-être en bonne santé**. Elle apprend elle-même à analyser une situation, à la gérer, à proposer des interventions utiles, qu'elle-même supervise en fonction des objectifs choisis par tous. Elle sait aussi évaluer ses projets et en lancer de nouveaux. Nous avons alors constaté que plus de la moitié des situations de maladies du village (en particulier chez les enfants) pouvait être résolue au village par les villageois eux-mêmes.

Cette longue période fut marquée par la création des Comités de Santé Villageois (CSV), avec Protection Maternelle et Infantile (PMI), nutrition, consultation prénatale (CPN), aménagement du village, hygiène et

protection de l'environnement, encadrement des lépreux et des tuberculeux, plus tard des sidéens... ce qui nécessite la formation de 2 à 3 responsables villageois de la santé (RVS) pour chaque activité dans chaque village.

**Une nouvelle période de 10 ans s'est ouverte**, à l'occasion d'un grand rassemblement qui regroupe désormais chaque année, tous les responsables. Ce sont les *Journées Sanitaires de Tokombéré*. Lors de l'une d'entre elles, un groupe de responsables a posé le problème de la nutrition des enfants. La création du centre de récupération nutritionnelle ne leur a pas suffi : "pourquoi nourrir artificiellement (ou même avec des produits locaux) nos enfants ? Pourquoi ne pas nous apprendre à mieux les nourrir en cultivant mieux et plus ?" La population est à plus de 90 % rurale ! Ce fut le point de départ du **projet agricole de Tokombéré** : maison du Paysan, groupements paysans, Gamtok, banque de céréales et grenier Nord-Sud, banque d'épargne et de crédit... D'abord dirigé par un, puis plusieurs ingénieurs agronomes. Les racines nutritionnelles restent le justificatif de ce projet, qui se développe. On ne cultive pas d'abord pour gagner, mais pour se nourrir mieux, parfois en gagnant plus.

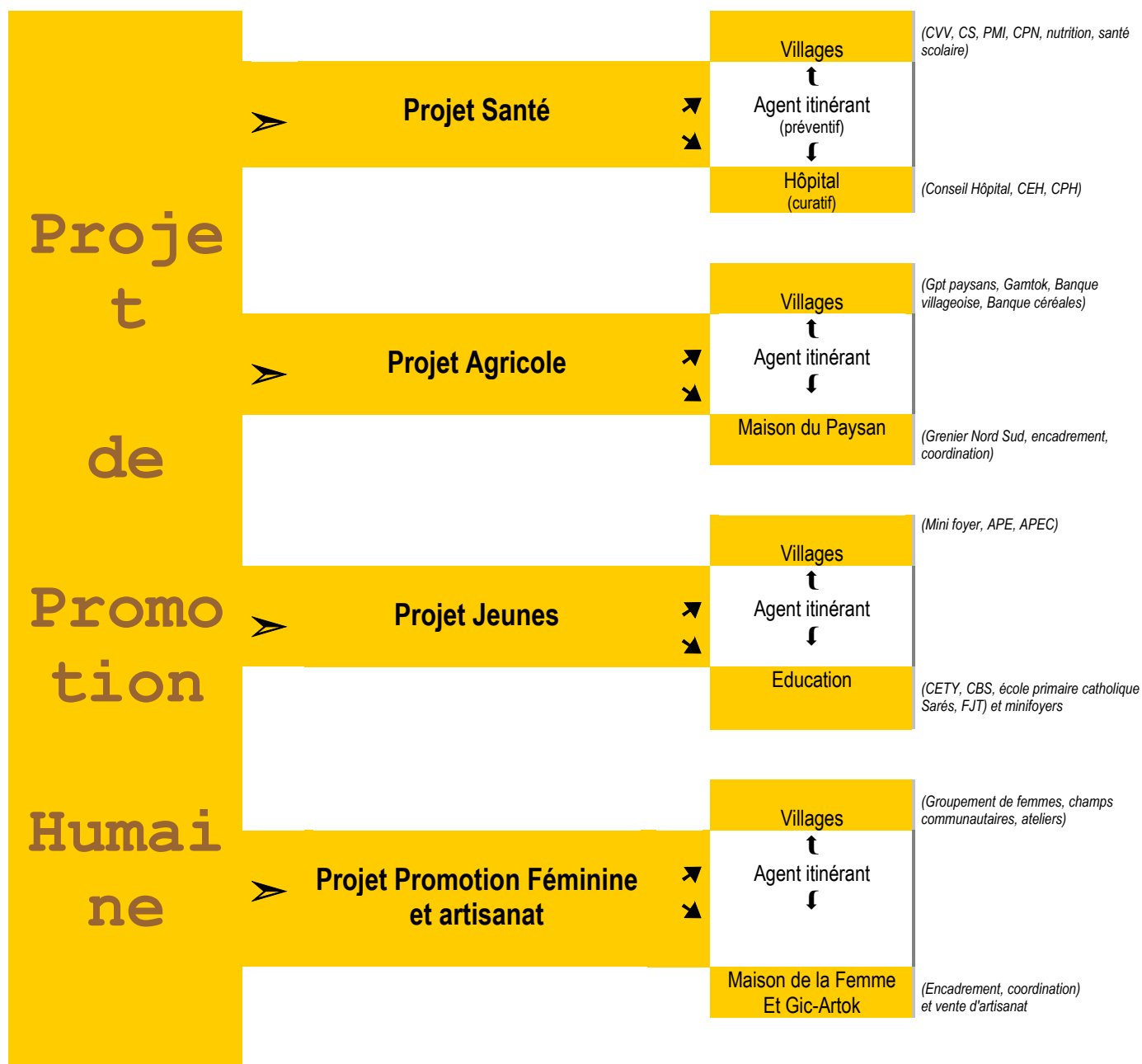
Puis une question posée à l'équipe de l'hôpital par la conférence nationale des Evêques du Cameroun sur la santé des jeunes, a fait découvrir au CPS que la santé des jeunes ne dépend pas d'un CS, mais d'un encadrement des jeunes qui peut ensuite les orienter au CS. Ainsi est né le *projet - jeunes* du CPS de Tokombéré.

Tout naturellement, après les questions sur la santé, comme sur les jeunes, nous avons été conduits à poser des questions sur la place de la femme dans notre société, sur son rôle... Ce fut le projet de promotion féminine, avec stages de jeunes filles, groupes de femmes au village, et organisation du projet, artisanat...

L'alphabétisation est depuis 20 ans une exigence de toute promotion humaine, comme le sont les écoles. C'est ainsi que vers 1992 s'est fait sentir la nécessité d'une organisation au niveau des villages, et d'une coordination au niveau des structures. Ce fut au village la naissance des comités de vie villageois (CVV) et au Centre la mise sur pied du Conseil de Promotion Humaine (CPH).

**Centre de Promotion de la Santé, comités de santé villageois, agents itinérants, protection maternelle et infantile, nutrition, consultation prénatale, projet agricole, projet jeunes et projet éducatif (écoles primaires, Collège-Lycée Baba Simon), promotion féminine, alphabétisation, comités de vie villageois, autant de réalisations qui ont marqué la construction, jamais achevée, du " projet Tokombéré", de son vrai nom projet de *Promotion Humaine de Tokombéré*... projet global, pluriel, fondé sur la responsabilisation d'une population à la prise en charge de ses propres problèmes, à partir des questions de sa santé, comme l'a universellement définie, un jour, l'Organisation Mondiale de la Santé.**

# ORGANISATION GÉNÉRALE DU PROJET DE PROMOTION HUMAINE DE TOKOMBÉRÉ (PPHT)



de



Projet Alphabétisation

Tokom  
béré

## LE PROJET SANTE DE TOKOMBÉRÉ

### I. ORIENTATIONS ET STRUCTURES À PARTIR DE 1975

Lorsqu'en 1975 il est apparu évident que les soins curatifs ne pouvaient à eux seuls donner la santé à une population, de nouvelles orientations ont été prises pour donner à la prévention et à la promotion de la santé une importance qu'elles n'avaient pas encore. Ceci a modifié l'activité sanitaire dans l'arrondissement de Tokombéré tant au niveau de l'Hôpital (devenu Centre de Promotion de la Santé), qu'au niveau du village (devenu le Centre de Gravité de la Santé). L'Hôpital a modifié ses structures d'accueil, ses méthodes de soins, ses horaires et ses rythmes. A côté d'un secteur curatif et technique, s'est ouvert un secteur de formation et de réflexion sur la vie au village, avec les villageois et le personnel de santé, pour un développement harmonieux, une maîtrise de l'environnement et une création de mieux être. Le villageois est le **premier agent de la santé**, ce qui exige un engagement de tout le village pour sa santé. Au niveau de l'Hôpital, le personnel a une double fonction soignante (activité curative) et animatrice (activité préventive). Pour cette dernière fonction, il se fera appelé *Agent itinérant* (AI).

#### L'Agent Itinérant

Il est membre du personnel de l'Hôpital et assure le lien entre le Centre de Santé et le village. Il travaille à la promotion de la santé tant au village qu'à l'Hôpital. Il est un accompagnant, un coordinateur de l'action des comités de santé de son secteur, un conseiller et un critique technique qui répond à la demande d'un comité. Il supervise les PMI (Prévention Maternelle et Infantile), les CPN (Consultations Périnatales), les actions de nutrition, les actions d'assainissement et les campagnes de vaccination... Il assure lui-même la formation des responsables villageois de la santé, choisis pour le Comité de Santé (CS). Les AI sont regroupés sous l'autorité d'un coordinateur des SSP qui supervise l'ensemble du travail.

#### Le Comité de Santé (CS)

Il rassemble des *responsables villageois*, bénévoles, choisis par le village. Il est un organe d'écoute, d'éveil, de transmission, de proposition et d'échange. Il est constitué de 8 à 10 responsables qui acceptent de se former, d'animer et de superviser la santé au village dans ses différentes composantes (PMI et vaccination, CPN, nutrition, action lèpre et tuberculose...). Il voit de plus en plus de volontaires (écoliers, adultes alphabétisés, maîtres d'écoles...) s'investir et apporter leur compétence. Le nombre de responsables formés est passé de 60 en 1979 à 320 en 1997, 546 en 2003 pour tout le secteur couvert par le CPS.

#### Le Comité de Vie de Village (CVV)

C'est une nouvelle structure issue de l'évolution du projet. Le CVV rassemble des notables du village acceptant d'avoir un regard permanent et global sur la vie du village : ce qui est utile, ce qui est possible, les moyens disponibles. Il est un bureau composé de 5 à 10 personnes : Président, vice-président, trésorier, secrétaire, commissaire aux comptes, représentants des diverses activités au village (groupements paysans, mini-foyers, promotion féminine, association de parents d'élèves, alphabétisation....). Il se rassemble une fois par mois pour discuter des problèmes du village (santé, eau, route, famine, école...). Il supervise aussi l'action des responsables formés dans le domaine de la santé d'abord, puis dans d'autres domaines. Il envoie des représentants au Conseil Elargi de l'Hôpital (CEH) et au Conseil de Promotion Humaine (CPH).

### **Le Conseil Elargi de l'Hôpital (CEH)**

Il est un lieu de rencontre entre le CPS par le canal de conseil de l'Hôpital qui regroupe les membres issus de tout le personnel soignant et les villageois par le canal des membres du CVV. Y sont discutés les problèmes essentiellement liés à la santé au niveau de l'Hôpital, ou au niveau des villages. Deux rencontres sont prévues par an autour d'un thème donné :

- travail de l'AI et questions de santé au village
- communication entre les villages et l'Hôpital
- accompagnement du malade à l'Hôpital et au village
- fonctionnement des CVV...

### **Le Conseil de Promotion Humaine (CPH)**

C'est une structure de réflexion, dotée d'un bureau, qui rassemble l'ensemble des partenaires locaux du projet Tokombéré. Comme son nom l'indique, on y réfléchit autour de la promotion humaine, donc du développement de l'arrondissement en général. Il réunit tous les acteurs des différentes activités du projet Tokombéré (santé, agriculture, projet-jeunes, promotion féminine) et les villageois (CVV, CS). Deux réunions sont prévues par an. Parmi les thèmes discutés :

- naissance du CPH (1995)
- place de chacun dans le village, en particulier, relations entre jeunes et adultes
- scolarisation et son rôle dans l'évolution de la population
- sécurité alimentaire et gestion des récoltes...

### **Les Journées Sanitaires**

Elles se tiennent une année sur deux autour d'un thème de la santé presque toujours à la mi-janvier. Elles regroupent tant les acteurs de santé de l'Hôpital que des villages et se déroulent en deux jours. Elles réunissent de 800 à 1000 personnes responsables villageois de la santé. C'est une évaluation de ce qui est fait dans le domaine de la santé : au niveau des activités de PMI, CPN, nutrition et vaccination, et des activités curatives. Les travaux ont ainsi porté :

- en janvier 2000 sur *l'aide aux responsables villageois, les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA, la malnutrition*
- en janvier 2002 sur *le regard sur la personne malade*
- en janvier 2004 sur *le retard dans la prise en charge de l'enfant, la transmission mère - enfant du SIDA, le rôle du Comité de Vie de village.*

### **Les Journées de Promotion Humaine (JPH)**

En alternance une année sur deux avec les Journées Sanitaires, elles regroupent depuis 8 ans toutes les activités du projet. Le thème est centré ici sur le développement de l'arrondissement de Tokombéré. Environ mille personnes réfléchissent sur les solutions à apporter pour résoudre tel ou tel problème socio-économique de la sous-région (scolarisation, famine). Les JPH, issues des Journées Sanitaires de Tokombéré dans le cadre du Projet de Promotion Humaine de Tokombéré, sont gérées par le Secrétariat Général du Projet et le CPH. Longtemps marquées par les questions de la santé, elles traitent désormais de tout ce qui intéresse

l'Arrondissement, en ce moment en particulier les relations entre jeunes et adultes.  
Les Journées de Promotion Humaine regroupent tous les responsables villageois à tous les niveaux et les autorités administratives, religieuses, politiques et traditionnelles de l'arrondissement.  
Voir en Annexe 1 le compte-rendu des Journées 2004.

## II. L'HÔPITAL

### II.1 Situation juridique, organisation et place dans le système sanitaire

Fondé en 1959, l'Hôpital de Tokombéré fait partie du Service Catholique de la Santé (SCS), service de la Conférence des Evêques du Cameroun. L'Evêque du Diocèse de Maroua - Mokolo en est le responsable.

Hôpital rural de 160 lits, il a au fil des ans connu des fréquentations croissantes et du adapter ses missions aux besoins de la population. Si il est intégralement partie prenante des besoins de santé primaire, il a également été amené à développer ses capacités curatives (*2<sup>ème</sup> échelon*) au fur et à mesure que les populations devenaient capables d'assurer le premier niveau.

Un centre de santé, dispensaire de premier échelon, fonctionne au sein du CPS ; il couvre l'aire de santé de Tokombéré 2, et celle de Mokyo, près de 25 000 personnes. C'est un dispensaire de consultations des infirmiers qui abrite aussi les consultations des médecins de l'hôpital.

L'Hôpital de Tokombéré est une structure confessionnelle sans but lucratif. Une participation communautaire forfaitaire est demandée. Quels que soient les soins qui sont donnés, le patient participe avec un montant fixé et cela pendant deux semaines d'hospitalisation (traitement compris). Ce forfait varie selon, que le patient appartient ou non à l'Arrondissement couvert par le CPS. On parle alors de Secteur normal (SN) ou de Hors - Secteur (HS). Mais, quelle que soit la provenance du malade, l'Hôpital joue son véritable rôle de **centre de référence**. Début 2003 l'Hôpital a été reconnu *Hôpital de District* par le Gouvernement Camerounais, ce qui modifie profondément le travail. Hôpital de référence, il a du augmenter son personnel. Il s'efforce de collaborer avec les structures publiques et voudrait associer les soignants de ces structures à un véritable travail de santé publique.

L'hôpital est depuis plusieurs années en discussion avec le Ministère de la Santé pour pouvoir ouvrir un Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) pour les questions que pose le SIDA. Après avoir été reconnu comme centre du Programme de Transmission du sida de la Mère à l'Enfant (PTME), il est reconnu depuis 2004 comme Unité de prise en charge des malades porteurs du virus et traités par les médicaments antirétroviraux (ARV), ou UPEC. Il a pu s'engager dans le projet de Prévention de Transmission Mère Enfant. Il réalise plus de 2000 tests de dépistage du VIH chaque année. Il lui faut désormais être en mesure de mieux accueillir tous les demandeurs, poursuivre le suivi qui se fait déjà, et soigner les malades avec les antirétroviraux tels qu'ils sont maintenant disponibles.

### II.2 Les services

Ils comprennent :

- le dispensaire : à la porte d'entrée de l'Hôpital, il joue le rôle de l'accueil. Il constitue le *1<sup>er</sup> échelon* où se font les consultations dirigées par les infirmiers diplômés d'état et brevetés : consultations pour les adultes, les enfants, les affections chirurgicales et les femmes enceintes. C'est de là que les malades sont référés au *2<sup>ème</sup> échelon*, où les médecins consultent.
- la Médecine adulte : 28 lits
- la Pédiatrie : 25 lits
- le Service des maladies contagieuses et tuberculose : 20

- la Chirurgie : 45 lits
- la Maternité : 30 lits
- la Consultation d'ophtalmologie
- le Centre de récupération nutritionnelle associé au service de Pédiatrie
- le Centre de rééducation fonctionnelle : 10 lits
- le Laboratoire, où sont réalisés :
  - des examens microbiologiques (examens directs des selles, des urines, du LCR, PCV-PU, GE..., recherche de BK)
  - des tests : Emmel, Rivalta, test de grossesse, Widal, spermogrammes, HIV, HBs, VDRL, groupage sanguin
  - des explorations biologiques : transaminases, urée, créatinine, glycémie, hématocrite, hémoglobine, ionogramme, numération formule sanguine, VS,...
  - grâce à un équipement comprenant une centrifugeuse, 2 microscopes optiques, un appareil d'analyses biochimiques : le Reflotron, un appareil portable d'analyse glycémique...
- la salle d'imagerie, équipée :
  - un appareil de radiographie, avec deux radios mobiles
  - un échographe
  - deux appareils d'électrocardiographie (ECG)
- Une pharmacie interne à l'Hôpital : elle sert exclusivement pour les prescriptions médicales des hospitalisés et des patients suivis en ambulatoire.

### III.3 Le personnel

Il comprend aujourd'hui :

- 4 médecins : le médecin chef (actuellement français) et 3 médecins camerounais, dont le médecin chef du Service de Santé Publique du District
- 1 gestionnaire comptable et 3 agents administratifs
- 1 assistant chirurgien
- 5 infirmiers diplômés d'état
- 10 infirmiers brevetés dont 3 brevetés accoucheurs
- 14 aides-soignants
- 1 technicien de laboratoire et 2 techniciens adjoints
- 10 ouvriers d'entretien et gardien
- 1 prothésiste

Au delà des effectifs, le CPS de Tokombéré est attentif à deux enjeux :

- d'une part, développer des compétences dans les domaines encore non complètement couverts. Dans cette perspective, en 2003, étaient en formation : un pharmacien, un chirurgien-dentiste, un kinésithérapeute, 2 infirmiers diplômés d'état, 2 gestionnaires comptables ; étaient également en projet la formation d'un chirurgien et celle de médecins.
- d'autre part, assurer une "camerounisation" progressive du personnel médical ; mais celle-ci se heurte à la relative instabilité de médecins qui ne désirent pas s'engager dans le projet au delà de quelques années. Ceci appelle une réflexion sur les structures les plus adaptées à une pérennisation du projet.

## III. LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE (SSP)

### III.1 La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Dans les villages, les femmes, confrontées au mauvais état de santé de leurs enfants, ont longtemps exprimé de manière collective leur volonté d'agir. C'est pour répondre à leur attente qu'ont été créées les PMI villageoises.

#### Comment se met en place une PMI au village ?

La création d'une PMI dans un village est une initiative des villageois. L'agent itinérant de l'Hôpital les aide à exprimer leurs besoins et à construire leur projet, en concertation avec les autorités du village. Les villageois construisent la **Case Santé**, où ne se fait aucun soin, mais où se déroulent les réunions et les actions préventives. **Ce sont des signes de l'action santé au village.** Les villageois élisent parmi eux un ou plusieurs bénévoles, choisis pour leurs qualités morales ou civiques. Ainsi, la motivation des villageois est clairement manifestée. Les personnes choisies suivent une formation et deviennent ensuite responsable PMI du village. L'A.I. supervise la PMI.

#### Comment se déroule une séance PMI au village ?

Le responsable villageois organise les séances : il réunit les familles et invite l'agent itinérant. Chaque séance débute par une **animation** répondant à une préoccupation immédiate du village (conjonctivite de l'enfant, diarrhée...) avec l'aide éventuelle de l'agent itinérant qui indique quelles sont les mesures curatives ou préventives simples et concrètes à adopter. La séance se poursuit par la **pesée et l'examen des enfants**. La recrudescence des cas de paludisme, avec leurs mortelles complications que sont l'anémie, la déshydratation aiguë, associée à la résistance à la chloroquine, pose le difficile problème de la prévention. Se met en place un service de proposition de médicaments curatifs au village et de propositions de moustiquaires aux enfants inscrits en PMI. Souvent une animation est faite sur le sida, et la PTME.

Chaque famille cotise pour la PMI et reçoit un carnet santé pour le suivi de son enfant. La PMI est un lieu d'écoute des problèmes de l'enfant, d'échanges, d'investissement et de responsabilisation des parents. On l'appelle **l'école des parents**.

#### Comment évoluent les PMI ?

Leur nombre est passé de 5 en 1979 à 58 en 1996, 86 en 1997, 97 en 2003. Elles sont devenues des postes de stratégie avancée. L'ensemble de l'arrondissement est couvert. Les responsabilités se sont déplacées au sein de la PMI ; assurée autrefois par les soignants de l'hôpital, puis par l'agent itinérant, la PMI est désormais prise en charge par le responsable villageois. L'agent itinérant joue un rôle de conseiller, de médiateur et de superviseur, tandis que le responsable PMI assume de plus en plus de responsabilités.

Certaines pathologies de l'enfant, conjonctivite, diarrhée, paludisme etc sont désormais prévenues au village. L'amélioration de certains chiffres de morbidité infantile témoigne d'une meilleure prise en charge de la santé des enfants.

La mise en place des PMI a introduit la santé au village et a suscité l'initiative des villageois dans d'autres actions de santé et de développement.

L'action PMI s'inscrit dans un effort continu de promotion de la santé des enfants. Les responsables PMI mobilisent les familles et collaborent avec les autres responsables santé du village (prénatal, nutrition, santé scolaire). Sa mission éducative est primordiale. C'est bien *l'école des parents*. Ces derniers apprennent à protéger la santé de leurs enfants. Un nouveau regard se porte sur l'enfant en bonne santé, permettant son éveil, son développement psychoaffectif et son épanouissement.

#### La vaccination

Le **Programme Elargi de Vaccinations** (PEV), lancé en 1974 par l'OMS, vise la vaccination du plus grand nombre possible d'enfants contre : la tuberculose, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole. A Tokombéré, la méningite est incluse dans ce programme. Une campagne de vaccination contre la

fièvre jaune est en cours pour les enfants de 0 à 5 ans. A noter qu'au Cameroun la poliomyélite est presque éradiquée.

C'est également la vaccination du plus grand nombre de femmes enceintes contre le tétanos. Les vaccinations ont toujours été une composante importante des soins de santé primaire à Tokombéré. Marqué en 1978 par l'ouverture du Centre permanent de vaccinations, leur champ d'action s'est agrandi en 1979 par l'organisation de campagnes systématiques qui se sont étendues aux écoles en 1980.

Il existe actuellement 97 centres de vaccination où sont organisés 3 fois par an (novembre, janvier, mars) des campagnes pour vacciner les enfants de 0 à 5 ans contre : tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, rougeole et méningite. La vaccination antiméningitique, se fait chez tous les enfants à partir de l'âge de 1 an, avec un rappel tous les 2 ans. La tendance à vacciner pendant les séances de PMI s'accroît.

Des campagnes scolaires sont aussi organisées 2 fois par an dans toutes les écoles de l'arrondissement (décembre, janvier). Les écoliers sont vaccinés contre la méningite tous les 2 ans. Ces vaccinations sont incluses dans la cotisation annuelle payée par les parents pour la PMI ou par l'élève pour la santé scolaire et sont notées soit sur un carnet de vaccination acheté lors de la séance, soit sur le carnet de santé de l'enfant. En 2003, 40 300 vaccinations ont été effectuées. Quarante pour cent des enfants de 0 à 5 ans ont été bien vaccinés.

### III.2 Le Projet prénatal

#### **Missions du Village**

- Assurer les consultations prénatales pour l'ensemble des femmes enceintes
- Dépister les grossesses à haut risque (GHR) devant être référées à la maternité de l'hôpital
- Améliorer la pratique des accouchements normaux
- Connaître les mesures d'hygiène et promouvoir la vaccination pour la prévention du tétanos

#### **Missions de la Maternité**

Prendre en charge :

- les femmes enceintes adressées par les matrones de village pour la surveillance des GHR et la pratique des accouchements dystociques
- les femmes enceintes amenées par les dispensaires voisins pour les mêmes raisons
- la surveillance des grossesses et des accouchements pour les femmes n'ayant pas de matrone formée dans leur village, ainsi que pour les femmes " hors secteur " venant d'elles mêmes

### Objectifs et principes de base

Lorsqu'en 1976, l'Hôpital, devenu Centre de Promotion de la Santé, s'oriente vers une action de soins de santé primaire, la maternité décide de collaborer au sein des villages avec les accoucheurs et les matrones traditionnels, et leur propose une formation notamment dans le même domaine préventif. En 1978-79, face au taux préoccupant de la mortalité prénatale, le projet prénatal devient lui aussi une priorité. Les missions des villages et celles de la maternité sont bien définies comme l'indique le tableau ci-dessus.

### Les acteurs

#### ***L'équipe de la maternité***

La maternité est supervisée par un médecin et l'équipe comprend 3 infirmiers brevetés accoucheurs, 4 aide soignantes.

#### ***Les matrones et accoucheurs traditionnels ; " les centres " de consultations villageois***

Pour mettre en place une action prénatale villageoise, une réunion est organisée par le village avec les autorités : chefs traditionnels, responsables du comité de santé, agents itinérants du secteur, personnel de la maternité. Les matrones et accoucheurs de village sont alors choisis par le village : ils travaillent bénévolement et sont formés par toute l'équipe de la maternité en 2 sessions de 3 jours à plein temps à

Tokombéré. Chaque journée compte 3 temps : théorie, technique et réflexion.

Durant ces formations, les matrones sont associées à l'activité de la maternité. C'est également un temps de rencontre entre les matrones des différents villages et l'équipe de la maternité. Cinquante matrones ou accoucheurs traditionnels assurent aujourd'hui le fonctionnement de 29 "centres" de consultations prénatales et les accouchements normaux (cf. cahier "formation des matrones"). Chaque année, chacun est invité à un recyclage.

La tendance actuelle est de favoriser les accouchements dans les centres de santé, là où c'est possible avec un personnel compétent. On est encore loin du compte et les accoucheurs traditionnels continuent leurs tâches en accentuant leur fonction de surveillance des grossesses.

### ***La Consultation prénatale au village***

Elle se déroule souvent le même jour que la séance de PMI, et débute toujours par une animation autour d'un thème choisi par l'accoucheur : accidents domestiques, femmes non suivies, accouchement d'un enfant mort-né, notion de "grossesse à risques", souvent difficile à faire comprendre et accepter dans les villages, information sur le SIDA et le programme PTME<sup>3</sup>. Puis, c'est l'examen obstétrical, pratiqué par la matrone dans la case réservée à cet effet.

La vaccination antitétanique est effectuée. Le tout est inscrit dans un carnet ainsi que sur des fiches conservées à l'hôpital. Une cotisation est demandée aux consultantes. Elle couvre une partie des frais d'achat des médicaments, vaccins, matériel de soin du cordon, remis aux matrones. Il est précisé que cet argent ne sert pas à payer les matrones qui sont bénévoles, mais remerciées par les parturientes.

### ***L'Accouchement normal au village***

L'accoucheur est appelé au début du travail, surveille son bon déroulement et pratique l'accouchement. Une fois l'enfant né, les soins du cordon sont pratiqués selon les rites traditionnels tout en respectant les règles d'hygiène. Une goutte de citron ou de jus d'oseille est instillée dans les yeux du bébé pour prévenir les éventuelles infections notamment gonococciques. L'accoucheur est présent jusqu'à la délivrance. Dans les jours suivants, il surveille la mère et l'enfant, donne des conseils sur l'allaitement et sur l'hygiène nécessaire à la bonne santé du nouveau-né. Le bébé devra recevoir le BCG à la maternité.

Le tableau ci-dessous, portant sur 5 années, montre qu'entre 1979 et 2003 le programme prénatal a assuré l'accompagnement d'un nombre croissant de naissances. Dans le même temps, la proportion de femmes accouchant au village avec un personnel formé a augmenté, alors que celle des femmes accouchant à l'hôpital diminuait. L'augmentation dans les villages semble due à l'introduction de nouveaux villages, le nombre d'accouchements étant stable dans les anciens villages.

### ***Evolution du nombre des accouchements assurés au village et à la maternité de l'hôpital par le personnel formé***

<b>Années</b>	<b>1979</b>	<b>1984</b>	<b>1989</b>	<b>1996</b>	<b>2003</b>
<b>Accouchements en maternité</b>	375	663	776	848	740
<b>Accouchements au village par des accoucheurs traditionnels formés</b>	0	106	199	611	1099
<b>Total des accouchements</b>	375	769	975	1459	1839
<b>Pourcentage village / total</b>	0	16	20	42	59,8

### **Evaluation : réussites et difficultés**

#### ***L'impact du Projet Prénatal est certain***

Certaines données sont encourageantes. Ainsi, on observe une mobilisation importante sur le secteur prénatal

<sup>3</sup> PTME : programme de transmission du SIDA mère-enfant

villageois, avec un accroissement des structures et du personnel formé. Ceci est un excellent témoin de la prise en charge par les villageois eux-mêmes de ce secteur. La plupart des femmes ont eu une consultation par trimestre et 70 % des femmes enceintes sont vaccinées contre le tétanos.

***Il subsiste par contre des difficultés :***

- Beaucoup de femmes et plus encore leurs belles mères se montrent réservées vis à vis des techniques de l'hôpital. Elles craignent de perdre toutes les coutumes traditionnelles liées à l'accouchement.
- De même, il est difficile parfois d'obtenir que les femmes suivies pour des "grossesses à risques" accouchent à l'hôpital.
- Il subsiste des difficultés administratives et financières pour l'établissement des actes de naissance car les parents ne viennent pas les chercher.
- La morbidité et la mortalité périnatales restent très élevées.

***Dans les années à venir, l'action se poursuivra dans les villages et l'hôpital***

A la maternité de l'hôpital, il faudrait analyser les causes de morbidité et de mortalité pour agir préventivement dans les domaines où cela est possible. Reste que, trop souvent encore, les femmes se présentent à la maternité tardivement, alors qu'il est trop tard pour agir, voire avec des enfants morts in utero. C'est dire l'importance du travail d'amont. Aussi, dans les villages, le projet s'efforce :

- d'étendre le réseau de consultations dans les zones de montagnes, éloignées du centre, là où les femmes accouchent seules à la case,
- de renforcer le travail de coordination avec les autres secteurs,
- d'améliorer et consolider le travail de formation permanente auprès des accoucheurs traditionnels et d'approfondir leurs connaissances sur l'espace des naissances, afin d'engager avec les villageois une réelle discussion sur ce sujet.

***Le Projet PTME (Programme de prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant)***

Depuis l'effroyable épidémie de SIDA, le Ministère de la Santé a introduit un vaste programme de prévention de la transmission du SIDA de la mère à son bébé (PTME). L'Hôpital privé de Tokombéré a été accepté dans ce programme. La CPN propose à toutes les parturientes un test VIH compris dans le montant de la cotisation. Après un début difficile, en particulier à cause des maris, les femmes acceptent et viennent chercher les résultats. Les rares femmes séropositives sont alors prises en charge à la maternité et femmes et bébés vont recevoir la Nivérapine, au moment de la naissance. Malheureusement, nous n'avons pas encore accès au traitement antirétroviral pour la mère et l'enfant. Cela ne saurait tarder grâce à notre reconnaissance comme UPEC.

***Le projet de responsabilité parentale***

Dans la ligne du projet du diocèse "éducation à la vie et à l'amour", l'hôpital a ouvert une consultation pour réfléchir avec les couples aux questions de la responsabilité parentale et de l'espace des naissances. C'est un projet lent et difficile qui répond à bien des demandes, pas toujours facile à actualiser, qui substitue au planning familial un projet plus libérateur pour l'humain.

### **III.3 Le Projet nutrition**

#### **Genèse du projet**

La malnutrition reste un problème majeur dans l'arrondissement de Tokombéré. Elle est surtout globale, de type *marasme*, et a des conséquences catastrophiques pour le pronostic vital à court terme et le développement psychomoteur ultérieur. A côté des causes classiques, sevrage tardif, manque d'hygiène, naissances rapprochées, de multiples facteurs, pour la plupart interdépendants, entrent largement en ligne de compte :

- **la sécheresse**, quasi endémique depuis 1972, entraînant une raréfaction de l'eau
- **l'insuffisante production des cultures vivrières**, gravement perturbée par la sécheresse et fortement lésée par un facteur migratoire des populations traditionnellement montagnardes. Venues s'installer en plaine pour des impératifs économiques et démographiques, ces populations parviennent plus difficilement à maîtriser leur environnement
- **l'archaïsme des techniques et la mauvaise gestion des récoltes**
- **les problèmes fonciers**
- **la désorganisation de la famille** : les exigences de la vie moderne, la dispersion des familles et la scolarisation des enfants, contribuent à accroître l'instabilité des familles, ce qui retentit sur le développement et l'éducation des enfants.

Tous ces problèmes socioculturels et liés à l'environnement ne seront, bien entendu, pas réglés par les soins curatifs dispensés à l'hôpital. Les solutions se trouvent au village, au sein des familles, aux côtés des mères, personnages clé de l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants.

**Le Projet Nutrition** est né de ces constats qui ressortaient inlassablement lors des séances de PMI. Il répond à un double objectif :

- prévenir la malnutrition au village
- assurer la prise en charge des enfants malnutris au village, en lien avec le *Centre de récupération nutritionnelle* de l'hôpital.

### Organisation du projet

Il s'organise autour du **Centre de Récupération nutritionnelle de l'hôpital et des responsables nutrition villageois**. Trois principes guident son action :

- n'utiliser que des aliments locaux
- ne pas se substituer aux mères
- dialoguer avec les parents, les informer et les former pour une meilleure alimentation de leurs enfants.

**Le Centre de récupération nutritionnelle** a une double mission : curative à l'hôpital pour les enfants malnutris gravement atteints, préventive par la formation des responsables villageois, leur encadrement et leur supervision au village, ainsi que par l'éducation nutritionnelle dispensée aux parents des enfants hospitalisés, en particulier grâce à des démonstrations quotidiennes de préparation de bouillies enrichies pour les enfants.

#### **Au village**

Les responsables villageois, élus et bénévoles, assurent le dépistage et le suivi des enfants malnutris ainsi que des animations et des démonstrations nutritionnelles. Ils visitent les enfants ayant séjourné au centre de récupération nutritionnelle. L'importance du lien entre Centre de nutrition et village, réalisé par l'agent itinérant, et la collaboration des responsables villageois au sein des différents secteurs d'activité (projet agricole, PMI, projet prénatal), est le garant d'une amélioration à long terme de l'état nutritionnel de la population.

Après quinze ans d'existence du projet quelques chiffres méritent d'être mentionnés :

- le nombre de responsables villageois est passé de 10 en 1984 à 32 en 1987 pour atteindre 97 en 2004.
- le nombre d'enfants dépistés est important. Ils le sont à 90 % au village, au cours des séances de PMI. En 2003, trois cent enfants étaient suivis au village.

Il faut noter une recrudescence des hospitalisations et des décès des enfants de 0 à 10 ans, où l'association de la malnutrition à des crises répétées de paludisme augmente depuis 2 à 3 ans, surtout pendant la saison des pluies. En 2003, 41 enfants sont décédés.

#### **Deux retombées du projet nutrition**

La démarche de prise en charge des responsabilités par les villageois, parfaitement perceptible aujourd'hui à Tokombéré, a suscité de leur part deux initiatives directement issues du projet nutrition : le projet agricole et

l'animation féminine. Concrètement :

- au niveau du Projet agricole, détaillé plus loin, un agent de l'hôpital est intégré à l'équipe de la *Maison du Paysan* pour assurer le lien et permettre au projet agricole de garder son option prioritaire pour la santé. Les mères cultivent des champs en commun dont les récoltes sont mises en réserve pour la période de soudure et constituent " le grenier de l'enfant ". Le Projet nutrition a largement contribué à la mise en place des greniers communautaires villageois, avec une part réservée au grenier de l'enfant.
- à partir de l'animation féminine (cf. infra " projet jeunes " et " promotion féminine "), les femmes prennent progressivement conscience de leur rôle concernant la santé et l'éducation au village. Elles participent de plus en plus massivement aux activités de promotion féminine proposées par le PPHT et prennent, au sein de leur village, de plus en plus de responsabilités. Ce cheminement montre bien comment, d'un problème de santé, est née une action collective visant non plus uniquement à améliorer le facteur nutritionnel, mais s'efforçant d'engager la responsabilité des villageois eux-mêmes dans un combat à long terme, pour l'amélioration de leurs conditions de vie, dans un contexte beaucoup plus global.

### III. 4 L'action Santé Scolaire

Depuis une quinzaine d'années, le CPS de Tokombéré mène une action santé qui touche 27 écoles dans l'arrondissement. Cinq agents itinérants en sont responsables.

Objectifs de cette action :

- assurer la protection sanitaire de l'enfant scolarisé,
- favoriser l'apprentissage de nouvelles habitudes de santé,
- promouvoir l'enfant comme agent d'innovation et acteur du développement de sa communauté.

Fonctionnement :

En début d'année, les parents d'élèves et les instituteurs sont réunis pour la présentation des objectifs de l'action santé à l'école. On insiste sur l'importance de la scolarisation, du rôle de leurs enfants dans le développement du village. Des **Comités de Santé Scolaire** (CSS) sont mis en place dans les écoles. Il s'agit de véritables gouvernements d'élèves avec un président et plusieurs ministres qui ont tous en charge un aspect de la santé à l'école :

- la propreté de l'eau, de l'école, des latrines,
- l'hygiène des denrées alimentaires,
- le fonctionnement de la pharmacie scolaire,
- les soins des plaies bénignes survenues à l'école... Ce comité se réunit une fois tous les 15 jours pour faire le point sur son fonctionnement. Tous les élèves participent à cette action. Ils apprennent à réfléchir, à s'exprimer et à prendre en charge leurs problèmes de santé.

Moyennant une cotisation annuelle, l'élève bénéficie :

- d'un carnet de santé,
- d'une visite médicale annuelle à l'école,
- de vaccinations (BCG, vaccin antitétanique, vaccin contre la méningite),
- des médicaments de la pharmacie scolaire,
- de tarifs réduits en cas de consultation et d'hospitalisation au CPS.

L'ouverture sur les villages

Un des objectifs importants du projet santé scolaire est d'éveiller les élèves aux problèmes de santé du village.

Des séances d'animation sanitaire sont organisées par les maîtres qui étudient, à l'aide de l'Agent Itinérant, le contenu de leur programme. Une large place est laissée à la participation des élèves. Des fiches d'éducation sanitaire les aident à identifier les problèmes et à en chercher les solutions. Les Comités de Santé Villageois (CSV) peuvent participer aux réunions des Comités de Santé Scolaire (CSS) et invitent certains élèves à leurs propres réunions. Ainsi, un lien se crée pour l'élève entre la parole reçue à l'école et celle donnée au village. De retour au village, les enfants essaient d'appliquer les mesures d'hygiène élémentaires apprises à l'école, et certaines méthodes d'animation ont été reprises de la méthode " l'enfant pour l'enfant ". Des essais d'animation théâtre ont été faits.

### Une initiative originale

Au Collège Baba Simon de Tokombéré, une "passerelle"<sup>4</sup>, a pris pour thème la santé. Comme ailleurs, il y a des Comités de Santé Scolaire. De plus, un enseignement théorique et des enseignements pratiques sont organisés sur le terrain avec le Comité de Santé Villageois (visite enquête, responsabilité PMI). Un agent itinérant y participe. Un professeur est titulaire de cette passerelle.

Malgré différentes difficultés, l'action santé scolaire s'est bien mise en place dans la plupart des écoles. Elle est fondamentale : ainsi, l'enfant scolarisé se sensibilise dès l'enfance aux questions de santé, il devient responsable de sa santé, apprend à réfléchir et à agir en communauté. Grâce à l'école, il doit mieux être à même de contribuer au développement de son village. Comme la scolarisation progresse, le nombre d'écoles augmente et le projet santé scolaire ne peut pas les couvrir toutes. Beaucoup d'élèves ne payent pas leurs cotisations. Un choix est fait et sont retenues les vingt cinq premières écoles dont 50 % d'enfants ont payé avant le 31 octobre de l'année.

## **IV. BILAN DES ACTIVITÉS SANTÉ**

---

Le bilan des activités santé pour l'année 2004 est détaillé en Annexe 2. Au delà des chiffres classiques d'un bilan d'activité hospitalier comme les consultations et les consultants, les hospitalisations et les journées d'hospitalisation, les interventions chirurgicales et les accouchements, etc. ; il faut être attentif à toutes les données qui concernent **le programme de Soins de Santé Primaire (SSP)**. Sans les SSP le programme curatif serait sans objet. Par contre l'accroissement de leur impact impose dès maintenant et imposera encore plus dans les années à venir une élévation du niveau des soins secondaires.

Il faut toutefois noter dans ces chiffres la présence en proportions élevées (plus de la moitié des consultants et des hospitalisés) de patients ne relevant pas du secteur d'activité de Tokombéré. Ne suivant pas le programme de SSP, ils pèsent sur le projet sans en bénéficier pleinement.

L'annexe 3 donne les statistiques annuelles pour le programme de prévention du SIDA.

Le protocole d'accord d'avril 2003 entre le Diocèse de Maroua-Mokolo et le Ministère camerounais de la santé publique confie à l'hôpital privé de Tokombéré le rôle d'hôpital de district ; ce protocole d'accord entre privé et public est encore exceptionnel au Cameroun. Il donne des charges à l'hôpital, référence pour la région, et au Ministère, subventions, affectation de personnel, dotation de matériel et de médicaments...

Agréé comme centre du PTME, puis comme UPEC pour le traitement des malades atteints par le virus du Sida, cela complète notre stratégie d'approche de cette grave endémie.

---

<sup>4</sup> On appelle passerelle une activité parascolaire intégrée au programme général et aidant l'enfant à garder un regard attentif sur son village

# AUTRES SECTEURS D'ACTIVITÉS DU PROJET

## I. LE PROJET AGRICOLE

### Genèse du Projet agricole

Dans l'arrondissement, où la pression démographique se fait de plus en plus forte, la malnutrition sévit et fait de nombreuses victimes surtout parmi les personnes vulnérables tels les enfants, les femmes enceintes et celles qui allaitent. Plusieurs causes rendent compte de cette malnutrition. Les plus importantes sont :

- la baisse de la production des cultures vivrières due à la sécheresse endémique depuis 1972 et à la baisse des niveaux de fertilité des sols,
- les coutumes alimentaires,
- la non maîtrise des techniques culturales par les montagnards venus habiter le piémont et les plaines : on ne cultive pas la plaine comme la montagne. Cette migration est aussi à l'origine de la perte des greniers de réserves dans les jeunes foyers, mais qui sont actuellement remplacés par les greniers communautaires,
- l'effondrement coutumier devant les exigences économiques actuelles.

Les malnutritions observées sont en général des malnutritions globales, type marasme, et rarement des maladies carencielles type kwashiorkor ou autre. Pour lutter contre ces malnutritions, il a été ouvert au Centre de Promotion de Santé (CPS) de Tokombéré, un centre de Nutrition (CN) dont la première et urgente préoccupation était la récupération des enfants les plus atteints, les soigner et conseiller les mamans sur l'utilité des bouillies enrichies, leur fabrication et d'une manière générale sur l'alimentation du jeune enfant. Mais cela n'a pas suffi pour empêcher que la courbe de poids d'un grand nombre d'entre eux ne se casse presque systématiquement dès le 4<sup>ème</sup>- 5<sup>ème</sup> mois et non pas un peu plus tard comme c'est l'habitude... alors que l'on est en " alimentation lactée " normalement suffisante. Force fut de conclure que le lait de la maman n'était pas assez riche, du fait d'une alimentation insuffisante. On ne pouvait donner des bouillies aux mamans. Il fallait améliorer leur nutrition, améliorer leur production.

Devant cette situation alarmante, des groupes d'hommes et de femmes se sont constitués pour cultiver ensemble des champs dont les récoltes, étaient destinées à compléter les récoltes insuffisantes pour les enfants atteints ou à assurer un fond d'argent pour les groupes. Ces champs furent parfois des jardins, des champs de mil ou d'arachides. Les premiers groupes formés se consolidèrent ; de nouveaux groupes naquirent. Au total, 51 groupes étaient dénombrés dès la fin de la campagne 1986-1987. Avec l'aide de l'INADES FORMATION Maroua, ces groupes étudièrent une journée par mois, les techniques agricoles adaptées à la région.

En mars 1985, ces groupes de paysans ont élu un bureau chargé de les représenter sur l'arrondissement : le comité de paysan. La volonté manifestée par les paysans pour lutter contre la malnutrition était évidente, mais faute d'encadrement et de suivi, les résultats obtenus restaient modestes. C'est pour aider à la résolution du problème d'encadrement de ces groupes que le projet agricole est né.

### Objectifs du Projet agricole

Il s'intègre au projet global et a pour objectifs :

- d'aider à l'amélioration quantitative de la production agricole et de l'élevage par un encadrement des

- paysans groupés
- d'aider à mieux maîtriser la gestion de la production
- de coordonner et de suivre l'action de tous ces groupes
- d'assurer la formation de ces groupes sur le plan des techniques agricoles.

Ce volet agricole, intégré dans l'ensemble du projet soins de santé primaire, a permis depuis 1980 non seulement d'approfondir la réflexion en matière de production agricole, mais encore d'élaborer un certain nombre de stratégies pour une amélioration de la vie dans sa globalité au niveau des villages. Au cours de ce parcours effectué avec les communautés de Tokombéré, nous avons obtenu les résultats suivants :

Création d'un centre d'animation et de recherche en développement communautaire, appelé **Maison du paysan de Tokombéré** qui joue à l'heure actuelle un rôle déterminant dans la formation et la mise en place d'une organisation paysanne dynamique. Dotée de personnel compétent, la Maison du paysan assure aussi la formation des jeunes agriculteurs et l'accompagnement de 80 groupements paysans qui appartiennent à la fédération des groupements des agriculteurs modernes de Tokombéré (GAMTOK).

La Maison du Paysan se donne 4 objectifs immédiats :

- la formation de jeunes agriculteurs
- l'encadrement des paysans, éleveurs, maraîchers, en lien avec le Gamtok
- la sécurité alimentaire avec la supervision des greniers villageois communautaires
- l'approvisionnements en intrants, semences, produits vétérinaires, plants d'arbres fruitiers et d'ombrages...

Mise sur pied d'une organisation paysanne : le GAMTOK (Groupement des Agriculteurs Modernes de Tokombéré). C'est une fédération de 80 groupements de 10 à 12 personnes. Le GAMTOK s'est structuré petit à petit en une institution locale de développement dirigée par des paysans et engagée à servir leurs intérêts. Des GIC (Groupements d'Intérêt Communautaire) se mettent en unions qui constituent une Fédération reconnue par le Ministère camerounais de l'agriculture.

### Mise en place de 27 banques de céréales et de sécurité alimentaire

Ces banques ont joué un rôle très positif dans la régulation des stocks de sécurité pendant les périodes de soudure dans la région, à partir de la grande famine de 1998. Leurs objectifs ont été clairement définis par les groupements membres :

- Améliorer la sécurité alimentaire villageoise aux moments des soudures très difficiles grâce au maintien sur place des céréales (sorgho notamment) produites localement, soit par la cotisation des membres sur place des groupements, soit par l'achat éventuel des quantités supplémentaires vendues par d'autres paysans au village.
- Avoir au village un stock de mil disponible pour les paysans à des prix abordables, ce qui a permis à terme de briser les spéculations des commerçants revendeurs et de leurs intermédiaires.
- Renforcer l'autonomie de la communauté à la gestion des produits agricoles et à une meilleure organisation pour la commercialisation. Par ailleurs, l'acquisition des techniques et pratiques de bases accumulées au cours de cette activité peut être transférée à la gestion d'autres activités socio-économiques.

Les résultats obtenus après 12 ans d'expérience sont concluants ; en matière de production, des efforts sensibles ont été réalisés aussi bien qualitativement que quantitativement. En terme de prise de conscience, beaucoup de paysans ont réalisé que grâce à ces banques, ils ont réussi à chasser la famine du village.

### Création du " Grenier Nord-Sud " :

#### **Problématique :**

La recherche des solutions aux problèmes liés à la sécurité alimentaire a permis de constater que cette sécurité alimentaire est très dépendante de la sécurité financière. En effet, les besoins auxquels doivent faire

face les paysans de la région croissent toujours et le plus difficile reste la prise en charge de la scolarité des jeunes par leurs parents depuis le primaire jusqu'à l'université, et la prise en charge des besoins de santé.

Notons par ailleurs que nous sommes dans une zone où les familles sont à peine en autosuffisance alimentaire, avec un revenu catastrophiquement bas (800 à 1000 FF, 120 à 150 euros par an). La dévaluation de 1994 a fait baisser davantage le pouvoir d'achat des paysans, ce qui limite encore plus les possibilités de prise en charge de la scolarité des jeunes alors que nous sommes la région la moins scolarisée du Cameroun.

Comment contourner ces multiples obstacles? Comment motiver les parents et les jeunes pour la construction d'un avenir meilleur en mobilisant les ressources disponibles ? Pour répondre à ces questions, nous avons étendu le champ d'action des banques de céréales à la prise en charge de la scolarité des jeunes, en favorisant toujours la sécurité alimentaire.

En continuant la réflexion par rapport aux besoins familiaux à satisfaire, nous avons débouché sur la création du Grenier Nord-Sud.

### **Objectifs :**

Le *Grenier Nord-Sud* est l'extension des stages de formation mis en place à la Maison du Paysan du CPS de Tokombéré. C'est un appui technique pour :

- aider les paysans à mieux gérer leurs productions et pour le paiement de la scolarité des enfants ou d'autres besoins de la famille
- rechercher des débouchés et effectuer une vente groupée de ces produits sur les marchés du Sud et des autres localités du Cameroun
- dégager de cette vente un revenu financier substantiel pour faire face aux autres besoins monétaires : santé, équipement en matériel de production, impôt, etc...
- créer avec les bénéfices issus des opérations de vente, un fond de crédit rotatif et d'investissement dans le domaine agricole et d'élevage
- s'ouvrir sur l'extérieur, échanger avec d'autres paysans dans les localités du Cameroun
- renforcer l'autonomie des communautés villageoises à la gestion des produits agricoles et à l'apprentissage de la commercialisation de ces produits
- poursuivre à travers ce projet, le combat pour une meilleure santé et une vie meilleure
- renforcer les capacités d'organisation, de négociation et d'autonomie des groupements de paysans encadrés par la Maison du Paysan afin de favoriser la création d'un organe de développement économique régional.

Le Grenier Nord-Sud est un lieu de rencontre entre le Nord et le Sud pour favoriser les échanges et la création des réseaux interpaysans du Cameroun.

Le Grenier Nord-Sud représente un grand enjeu et un défi à relever pour les paysans de Tokombéré. Sa réalisation comblera leurs attentes et confirmera la solidarité agissante des partenaires du Nord.

Actuellement la Maison du Paysan accompagne cette action, qui reste cependant prioritaire. Avec l'expérience acquise, ce sont les groupements paysans eux-mêmes qui descendent au Sud leurs produits et assurent la gestion. C'est une action nécessaire qui doit à nouveau se développer, car les villes ont des besoins alimentaires et les villages des besoins financiers, sous la responsabilité propre des acteurs villageois.

### **Insertion des jeunes en milieu rural par la promotion de l'élevage**

Dans l'arrondissement de Tokombéré, le nombre de jeunes scolarisés augmente chaque année. Ces jeunes qui reviennent au village recherchent des activités qui puissent leur procurer un revenu substantiel, un emploi qui leur permette de vivre. Ils nous questionnent par rapport à leur avenir...

En étudiant leurs demandes et en réfléchissant avec eux aux possibilités de vivre mieux au village, nous avons identifié quelques actions concrètes susceptibles d'apporter quelques réponses à leurs questions. Nous avons débouché sur la mise en route du programme d'insertion de jeunes en milieu rural dans le cadre de la JCET (voir plus loin).

## II. LE PROJET JEUNES

---

### L'avenir des jeunes de l'arrondissement de Tokombéré

Dans l'arrondissement de Tokombéré, comme dans l'ensemble de la province de l'Extrême-Nord du Cameroun, les jeunes de 15-25 ans représentent plus de 60 % de la population. Mais ce potentiel humain très important, cette population active pleine de vigueur, outil de développement et avenir de la région, vit dans l'impasse.

### Pourquoi et que peut-on proposer ?

En 1986, l'accent fut mis sur le fait que toutes les actions menées concernaient en priorité : les femmes enceintes, les nouveau-nés, les enfants de 0 à 5 ans mais aucunement les jeunes ni les adolescents. Et pourtant, ces jeunes doivent faire face à de nombreuses difficultés : abandon des études par manque de soutien moral et matériel, inquiétude face à l'avenir, distorsion entre coutumes et modernité, crises d'identité (parents, religion, etc). Ce fut l'origine de ce projet qui vit, à la lumière de cette constitution, la relance du **Foyer des Jeunes de Tokombéré (FJT)**, qui existait depuis longtemps.

### Objectifs

Permettre aux jeunes de s'épanouir dans un cadre éducatif où s'exercent l'apprentissage de la responsabilité, l'esprit d'initiative et l'expérience communautaire, telle est la base essentielle sur laquelle s'appuie le projet. Il était urgent et nécessaire de permettre à tous les jeunes de poursuivre un **itinéraire de scolarisation ou de formation**. Cela supposait : l'extension des écoles, la création d'un collège, un personnel disponible pour un accompagnement quotidien, des structures d'accueil et lieu de rencontres.

### Moyens mis en œuvre

#### Le Foyer des Jeunes de Tokombéré (FJT)

Cette structure, rassemblant toutes les activités des jeunes à Tokombéré, s'est alors largement développée. Un conseil de gestion, avec des adultes, et un conseil des jeunes, élu par l'ensemble des jeunes, en assurent le fonctionnement. Le foyer lui-même propose diverses activités auxquelles participent plus de 400 jeunes :

- une bibliothèque et une vidéothèque (films et documentaires),
- un club de sport (football, volley, athlétisme, ping-pong...),
- des activités culturelles (théâtre, danse et musique traditionnelles),
- le journal Kudumbar, trimestriel, écrit, conçu et réalisé par les jeunes, critiqué par un comité composé de jeunes,
- la *Semaine des Jeunes de Tokombéré*, manifestation culturelle annuelle au cours du mois d'août, est organisée par les jeunes et présidée par des aînés originaires de Tokombéré.
- Trois jours sont réservés à un rassemblement, lieu de conférences - débats sur un thème précis, rencontres avec des personnalités africaines. Les jours suivants proposent sports, jeux, concours, etc... ainsi qu'une journée dite " journée kirditude " consacrée à l'étude des cultures locales (visite des ateliers de travail artisanal et grande fête traditionnelle avec danses, contes et récitants).
- Les cop'monde (copains du monde). C'est un mouvement regroupant tous les enfants sans distinction de religion ou de scolarisation, âgés de 6 à 14 ans. Le bureau national siégeant à Yaoundé lance chaque année un thème autour duquel s'orientent toutes les actions (travaux manuels, champêtres, ménages, ...).

#### **Les mini-foyers**

En 1995, le besoin s'est fait sentir de décentraliser l'action du FJT. Beaucoup de jeunes, scolarisés dans le secondaire, rentrent au village, sans emploi et sont alors disponibles. D'autres ne sont pas scolarisés. Trente mini-foyers ont été créés et les jeunes organisent leurs activités et gèrent leur foyer selon le principe de l'auto-gestion et du co-financement, nécessitant de leur part une forte participation y compris financière. Sur le plateau Zoulgo, s'est ouvert le Foyer des Jeunes du Plateau (FJP) qui offre les mêmes activités que le FJT, toujours dans le cadre du Projet Jeunes.

### ***Les chantiers de vacances***

Des chantiers (maçonnerie, peinture, agriculture, artisanat, travaux linguistiques et culturels) sont organisés pour les jeunes pendant leurs vacances. Chaque année cent quatre vingt jeunes passent contrat avec des adultes pour les aider dans les champs, dans les sarés, dans les institutions. L'adulte paye un tiers de la bourse de 250 FF ; le projet paye le reste. Huit semaines de travail, 6 heures par jour, 5 jours par semaine, sous la direction des parents et des responsables qui les encadrent pour assurer le fonctionnement du chantier, mais aussi pour faire réfléchir ces jeunes à la valeur du travail, au respect de la terre, au respect des parents, au travail en groupe, pour établir un dialogue entre parents et enfants.

### ***L'aventure Saré***

Le Saré est l'habitat traditionnel familial, mais aussi, une entité sociale autonome qui a ses règles de vie. C'est ainsi que s'appellent également les foyers autogérés où se regroupent à Tokombéré et à l'extérieur les jeunes élèves et collégiens habitant loin du collège ou des écoles primaires. Il existe plusieurs sarés de filles et de garçons. Un président et des ministres élus en assurent le fonctionnement. Cette expérience a largement fait ses preuves depuis 1985. Elle contribue à améliorer la vie quotidienne des élèves, diminue les abandons en cours d'année scolaire, et assure de meilleurs résultats. Beaucoup d'autres communautés de la province utilisent désormais ce type de structures. Le Projet jeunes a pour but de faire prendre conscience aux jeunes des énormes potentialités qu'ils ont quant à leur vie physique, sociale, intellectuelle et spirituelle et du rôle unique et essentiel qu'ils peuvent tenir dans le développement de leur village. Ces sarés sont d'excellents lieux d'auto-éducation ; deux adultes passent une soirée par quinzaine pour accompagner ces jeunes.

Les étudiants de Yaoundé et de Ngaoundéré ont choisi la même façon de vivre, pour les aider dans leurs études et dans leur évolution humaine, avec deux sarés à leur disposition, la même autogestion, une bibliothèque, une réelle vie communautaire et de prière.

### **Projet scolarisation**

Il existe dans l'arrondissement de Tokombéré, 50 écoles publiques et privées, 2 lycées (un public, un privé), 2 CES. Le secteur privé comprend 5 établissements catholiques : l'école Saint Joseph, et 3 groupes scolaires ruraux, accueillant plus de 1500 jeunes, le Collège Baba Simon.

Les Associations de Parents d'Elèves (APE) sont très actives tant au niveau du primaire que du secondaire. Organisées par quartiers, elles essayent de mobiliser les comités pour que tous les enfants aillent à l'école et pour que les parents trouvent un peu d'argent pour payer les frais minimum d'écolage.

### ***Le Collège Baba Simon***

Ouvert en septembre 1990, il possède 2 classes par niveau de la 6ème à la 3ème et conduit au BEPC et à un 2ème cycle, aboutissant aux Baccalauréats A et D. C'est un collège rural d'enseignement général proposant aux enfants une initiative remarquable, *les passerelles*. Innovation fondamentale du Collège Baba Simon, *la passerelle* est un des multiples chemins qui doivent relier le collège au village. Son objectif est que l'élève reste proche de ses parents, qu'il apprenne à valoriser la vie dans son village, qu'il se prépare à éventuellement y revenir avec la possibilité d'y être actif et utile. Concrètement, les *passerelles* sont des formations données aux élèves en agriculture, santé, traditions et artisanat. Chaque professeur de l'enseignement général est aussi intégré à une passerelle.

### ***La passerelle agricole***

A pour objectif d'aider les jeunes à garder l'amour de la terre, à valoriser le métier d'agriculteur par l'apprentissage de techniques plus appropriées au milieu et à l'époque moderne. A côté des cours théoriques, il existe des temps de travail sur le terrain. Sont abordés les problèmes de stockage, de conservation, de vente, les problèmes des vergers. Les groupements villageois sont invités à aider au fonctionnement de cette passerelle qui, par ailleurs, s'appuie sur le projet agricole.

#### ***La passerelle santé***

Cours théoriques et participation aux activités santé du village : PMI, groupes nutrition, pharmacie villageoises... permettent aux enfants de prendre conscience de leur rôle dans l'amélioration de la santé de la population. Cette passerelle se fait aussi grâce à la collaboration des infirmiers de l'hôpital.

#### ***La passerelle artisanat villageois***

Entretien et réparation une motopompe, souder un soc de charrue, fabriquer un meuble, faire un plan, une maison, une charpente, coudre, tricoter, broder... tous ces travaux s'organisent par groupes sous la direction d'un technicien ou d'un artisan du village.

#### ***Langues et cultures au village***

Rencontres avec les anciens, autour de contes et proverbes, réflexions sur la naissance, les sacrifices, le mariage... cours de langue, d'histoire, étude des musiques et danses traditionnelles, collecte d'objets tombés en désuétude.

Tous les jeunes sont obligés de choisir la passerelle agriculture, de même qu'une branche de la passerelle artisanat (maçonnerie, menuiserie, mécanique...), et pour le 2ème cycle la passerelle agroalimentaire. Les élèves découvrent les possibilités de transformation des produits agricoles de base (panification, jus de fruits et confiture, transformation de la viande).

Le Collège Baba Simon a été en 2004 classé 13<sup>ème</sup> établissement secondaire du Cameroun par le Ministère de l'Education.

### Les Académies

Des groupes de jeunes appartenant à deux ethnies, les Mouyang et les Zoulgos, se sont constitués pour étudier la vie traditionnelle de leurs parents... un moyen pour rapprocher un peu les jeunes de leurs parents, en mettant en contact les uns demandeurs, les autres informateurs, et espérer combler le fossé. Ce furent **les Académies**, découverte des alphabets et de la syntaxe, collecte de contes et proverbes, traduction de la Bible, publications de livres sur la tradition et les coutumes...

## **III. LA PROMOTION FÉMININE**

---

En 1978, a été inaugurée à l'hôpital de Tokombéré, la Maison de la Mère et de l'Enfant, lieu de consultations pédiatriques et centre de récupération nutritionnelle.

En 1985 la case *Sœur Anuarite* a été ouverte, aux femmes et aux jeunes filles, au sein du Foyer des Jeunes de Tokombéré (FJT).

En 1991, un stage de promotion pour les jeunes filles d'âge post scolaire a été ouvert. Dix jeunes filles, pendant 2 ans, vivant en saré, ont bénéficié d'une formation pluri-disciplinaire à laquelle ont participé 20 encadreurs du Centre de Promotion de la Santé, de la Maison du Paysan, de la paroisse, sous la coordination d'une religieuse camerounaise chargée du projet. Une deuxième promotion a été recrutée en février 1994. A leur sortie, les jeunes filles, dans leurs villages, ont d'abord à s'insérer, à devenir leader d'actions novatrices dans le domaine de l'artisanat villageois, agriculture, couture, puériculture, et à prendre leur place de femmes dans le comité.

Ces stages ont été remplacés par des sessions brèves pour jeunes filles ayant arrêté leurs études, une

semaine 3 fois par an, sur des sujets de santé, puériculture, couture et cuisine, de vie sociale et politique, d'agriculture etc.

Parallèlement, 30 groupes de femmes, répartis sur tout l'arrondissement, se sont constitués. Les femmes s'affirment peu à peu comme responsables du développement de leur village et de la vie des familles. Couture, puériculture, cuisine, hygiène, etc, sont au programme, de même que la réflexion sur la place de la femme dans la communauté, son rôle dans le couple et auprès des enfants (responsabilité parentale...). Plus de 400 femmes sont ainsi en pleine effervescence. Le rôle de la femme reste prédominant dans les PMI, les groupes nutrition, l'action prénatale, mais aussi à la Maison du Paysan ou plusieurs groupes sont exclusivement féminins et particulièrement actifs.

Ce secteur d'activités est en pleine croissance. Il a été construit à Tokombéré un centre fixe de promotion féminine (**Maison de la Femme**) qui sert aux stages de formation des jeunes filles, et aux sessions de formation et d'animation des femmes. En 2003-2004 puis en 2004-2005, un cours de couture intensif permet à des jeunes femmes de l'arrondissement d'acquérir une réelle formation avec grande compétence dans ce domaine, et déjà de s'installer comme couturières. C'est un objectif de la Maison de la Femme de permettre aux femmes d'acquérir une compétence pour que le travail aide la vie de la famille, tout en prenant dans la famille et la société la place qui leur revient.

## IV. L'ALPHABÉTISATION

Dans la région, une large partie de la population est encore analphabète. Malgré une nette augmentation du nombre des écoles primaires et l'ouverture de deux collèges dont le Collège Baba Simon, les enfants restent peu scolarisés. Ces dernières années le taux régresse en raison de la crise économique. Les adultes ayant eu la chance d'aller à l'école sont rares et, souvent, ont quitté le village. Les très nombreux dialectes locaux entravent la communication des gens avec l'administration et diminuent les possibilités de relations avec les camerounais venant d'autres régions. Depuis longtemps déjà, se sont organisées dans le secteur des séances d'alphabétisation.

### Le but recherché

Les buts poursuivis par cette alphabétisation restent très modestes :

- Echanges et réflexions en langue locale sur un sujet de la vie quotidienne (écoles, construction de la case, récolte, santé, famille).
- Initiation à la langue française parlée sur ce même sujet.

Les efforts sont portés sur la langue, outil relationnel et moyen de communication et sur l'apprentissage de l'écriture, de la lecture et du calcul.

### L'organisation

- Les villageois inscrits doivent être au moins 30 par groupe.
- Ils doivent construire une case pour les cours.
- Ils doivent verser une cotisation : matériel, indemnité aux alphabétiseurs.
- Ils s'engagent à loger et nourrir l'alphabétiseur si son village est trop éloigné. L'alphabétisation se déroule pendant la saison sèche, sur 3 mois, de janvier à mars, à raison de 4 matinées par semaine. Les alphabétiseurs ont tous été scolarisés et vivent au village. Sélectionnés par un test, ils reçoivent ensuite une formation d'une semaine, avant de se rendre dans le village qui leur a été attribué. Cette formation consiste en une réflexion sur les objectifs de l'alphabétisation et propose des méthodes pédagogiques. Pendant toute la durée du cycle, les « alphabétisants » reviennent à Tokombéré un matin par semaine pour faire le bilan de la semaine écoulée et préparer les cours suivants. Le

coordinateur de l'alphabétisation se rend également dans les villages pour suivre le travail effectué dans les groupes. La session s'achève par un petit examen qui permet de tester le niveau de chacun des participants et d'encourager ceux qui ont progressé. Une indemnité mensuelle est remise aux alphabétiseurs. Le recrutement se fait auprès des responsables des groupes de village, et dans les groupes de femmes du projet de promotion féminine.

## Quelques contacts

Depuis 1985, Tokombéré et plusieurs villages poursuivent leur travail, manifestant ainsi le désir de formation des habitants.

- Les femmes sont nombreuses malgré la difficulté de se libérer des travaux quotidiens et la réticence des maris.
- Le niveau relativement faible des alphabétiseurs eux-mêmes rend compte du faible niveau atteint par les participants malgré l'effort de tous.
- Le retour des jeunes au village, sans emploi, permet un certain recrutement. La formation est désormais assurée par une équipe sur le plan de toute la région.
- Les participants sont peu assidus. Les effectifs baissent en cours de session, car les villageois se lassent. Ceux qui n'ont pas payé leur cotisation ne reviennent plus. En février, bien des gens sont occupés par les marchés : coton, karal (mil de saison sèche) et délaissent les séances. Dans ces conditions, il est difficile de faire un travail suivi et progressif.

Malgré tout, des signes encourageants existent :

- L'intérêt exprimé par de nombreux participants de pouvoir parler en français.
- Lors de réunions préparatoires, les villageois ont été unanimes à déclarer "nous souhaitons l'alphabétisation car cela nous ouvre la tête".
- Beaucoup d'enfants, théoriquement inscrits à l'école, ne sont pas des participants officiels des séances, mais, assis dans le fond de la case, ils sont des auditeurs attentifs qui captent tout ce qu'apprennent leurs aînés.
- Plusieurs groupes sont constitués uniquement de femmes. L'alphabétisation a été intégrée au déroulement du travail de promotion féminine sur toute l'année. Ces groupes sont tous motivés et assidus.

## V. LA JEUNE CHAMBRE ÉCONOMIQUE DE TOKOMBÉRÉ (JCET)

La dernière née des structures du Projet est la JCET. Devant les questions que pose l'installation des jeunes scolarisés dans l'arrondissement et afin d'amorcer la création d'un modeste circuit économique et financier, une quinzaine de jeunes de Tokombéré ont osé constituer des petites entreprises dont l'ensemble constitue la JCET : des entreprises agricoles d'abord, cultures vivrières, maraîchages, élevages de moutons, porcs, poules, mais aussi garage, hôtel restaurant, entreprise électrique, artisanat, commerce, menuiserie et vannerie...

Leur démarrage est dur et lent car les ressources de la population sont très faibles et on est toujours en auto-subsistance mais avec prêts remboursables.

Les caisses d'épargne et de crédit, lancées par la Maison du Paysan il y a 6 ans fonctionnent désormais de façon indépendante du Projet. Conçues comme un système de micro crédit au départ, elles ont des difficultés dans leur fonctionnement à distinguer pour les crédits entre intérêt financier et intérêt social. Elles représentent cependant une démarche importante qu'il convient de mieux guider pour être utile à la population.

## CONCLUSION

Ainsi, un projet pour la santé, à partir d'un hôpital rural, a initié *un programme de santé intégré*, fondement d'un programme de développement prenant en charge une population répartie sur un arrondissement, à laquelle il apporte un espoir de promotion humaine.

**Intégré**, cela veut dire pour nous une participation effective de la population entière, mise en responsabilité. Ces partenaires villageois ne servent pas seulement à gérer les centres de santé en fonction des besoins locaux de chaque groupe, des objectifs, des actions de prévention et de promotion humaine. Ils entrent eux-mêmes dans l'action, non pas seulement comme cotisants ou comme manœuvres, mais comme agents et vrais partenaires.

Le projet Santé de Tokombéré fonctionne avec succès depuis plus de 25 ans. Il participe à l'action du Ministère de la Santé du Cameroun, et nous souhaitons qu'il puisse poursuivre son action sur la zone cible choisie, l'Arrondissement de Tokombéré, et servir à entraîner d'autres zones sur ce chemin de la santé, dans le cadre du développement global des hommes.

Le Centre de Promotin de la Santé de Tokombéré a reçu en 1987 le prix annuel de la Santé Publique de l'OMS, organisation mondiale de la santé, le prix Sasakawa, sur proposition du Ministère de la santé du Cameroun.

Il agit maintenant dans le cadre mieux structuré et plus efficace du Projet de Promotion Humaine de Tokombéré dont il est une pierre de fondation très active.