

Botswana, Cameroun : deux approches différentes dans l'accès aux antirétroviraux

Fred Eboko

UMR 912 IRD-INSERM-U2 (Marseille)

La conférence de Mexico a été l'occasion pour l'ANRS d'organiser une session satellite consacrée aux premiers grands enseignements tirés du « passage à l'échelle » des multithérapies en Afrique¹.

Plusieurs projets concernant le Cameroun ont fait l'objet de présentations, qui permettent de mettre en lumière les enjeux, les questions et les perspectives que représente, d'un point de vue opérationnel, le « Scaling-up » sur le continent africain. Tout en restant la plus éprouvée par la maladie, l'Afrique subsaharienne montre une diversité de situations que réunit un espoir – l'accès aux ARV – et une « révolution thérapeutique » en cours. Cet élan se construit dans la dynamique de la décentralisation.

Les mécanismes d'accès aux antirétroviraux (ARV) en Afrique constituent une constellation de scénarii. La fin des années 1990 et le début des années 2000 ont mis en lumière ce qui peut être considéré comme une révolution thérapeutique, si l'on accepte de se souvenir de tous les obstacles objectifs qui étaient opposés à un accès massif des patients africains aux multithérapies, après leur publication à Vancouver en 1996. Ces mobilisations collectives de la « société civile internationale » et l'implication de certaines organisations internationales qui conduisent à ce jour au chiffre de deux millions de personnes sous ARV en Afrique ont rencontré des situations épidémiologiques, politiques, sociales et économiques très différentes sur ce continent.

Dans cette logique, l'appropriation des référentiels globaux de la réponse opposée au sida, dans chaque pays, constitue un faisceau de « modèles » et de coalitions d'acteurs qui aboutissent, de manière variable, à la massification de l'accès aux ARV en Afrique. C'est ce passage à l'échelle, ses premiers résultats, ses enjeux et ses perspectives qui représentent la trame de ce texte, à partir de l'expérience de deux pays dont il a été largement question à Mexico : le Botswana et le Cameroun.

De l'impossible recours à la « révolution » thérapeutique

L'accès aux ARV en Afrique incarne une série de ruptures idéologiques, des chocs heuristiques, des changements de paradigmes économiques, de mobilisations transnationales sans que n'intervienne la levée de tous les obstacles « rationnels » qui étaient opposés aux militants de l'accès universel. En effet, « le passage à l'échelle » n'est accompagné d'aucun développement économique particulier, d'aucune révolution culturelle ni d'aucune refonte structurelle des formations sanitaires. Bien entendu, les changements sont importants mais ils imposent une inversion du regard et de l'analyse qui aurait voulu que la massification thérapeutique fût précédée des pré-requis soulignés plus haut et ressautés par certains laboratoires pharmaceutiques ou par des tenants de grandes agences de coopération bilatérale ou multilatérales.

Lorsque la communauté scientifique internationale révèle la découverte et l'efficacité des trithérapies à la Conférence de Vancouver en 1996, l'Afrique semble paradoxalement à peine concernée. La question du coût de ces traitements à cette époque paraît réhibitoire pour le continent le plus pauvre et le plus éprouvé par cette pandémie. Dans le contexte des pays dits du « Sud », la situation connaît une trajectoire plus difficile, plus contrastée d'une région à l'autre, mêlant les drames aux ripostes, des scandales aux mobilisations internationales pour dessiner depuis quelques années les contours d'une inclination à la prise en charge massive des patients. Pour autant, rien ne fut acquis par avance et les pays africains présentent des modèles différenciés de prise en charge et de réponses politiques^{2,3}. C'est aussi une série de concours de circonstances, des « fenêtres d'opportunités » sous une mobilisation transnationale, qui ont conduit à ce retournement du monde en faveur de l'Afrique⁴.

Les pays africains montrent des dynamiques innovantes et différentes d'accès aux ARV, autant qu'ils mettent en œuvre des procédures et des réponses qui sont adaptées à leurs particularités épidémiologiques et leurs ressources sanitaires. Nous partons de deux pays dissemblables qui ont connu une croissance exponentielle de l'accès aux ARV : le Botswana (24 % de séroprévalence pour les 15-49 ans) et le Cameroun (5,5 %).

Quelques indicateurs sur le Cameroun et le Botswana

	population totale	PIB/hab (\$ 2004)	espérance de vie à la naissance (2002)	mortalité de l'enfant (/1000)	mortalité de l'adulte (/1000)	total des dépenses de santé par hab (\$ 2003)	total des dépenses de santé en % du PIB (2003)	Séroprévalence VIH/sida (15-49 ans)	% de personnes sous ARV
Cameroun	16 322 000	1 606	50/51	156/143	444/432	64	4,2	5,5 %	54,7 %
Botswana	1 765 000	7 344	40/40	123/109	786/770	375	5,6	24,1 %	85 %

source : OMS

Le Botswana, un modèle de leadership

Mexico, 3 août 2008, cérémonie d'ouverture de la Conférence. Dans la succession des intervenants, un homme prend la parole. Festus Mogae est jeune retraité de la politique et vient de quitter son poste de président de la République du Botswana en avril 2008. En revanche, il a conservé la tête du National AIDS Council (NAC). Le président Mogae parle du sida au Botswana, de la couverture exceptionnelle des ARV dans son pays : près de 90 % des femmes qui en ont besoin sont sous ARV. Encore plus exceptionnel en Afrique, Festus Mogae annonce que le taux de transmission du virus de la mère à l'enfant est passé sous la barre des 4 %. La salle applaudit mais l'exercice solennel auquel se livre cet homme ne peut vraiment illustrer l'âpreté du combat qu'il a livré à la tête de l'Etat ni l'implication inédite sur le continent africain du leadership politique qu'il a incarné. Revenons trois ans en arrière.

Gaborone (Botswana), novembre 2005. A la mi-novembre 2005, les téléspectateurs de la Botswana Television (BTV) vivent un moment inédit qui révèle de manière spectaculaire la place de ce pays dans la lutte contre le sida et le rapport du politique aux citoyens. Assis en face de la caméra, entouré de blouses blanches, le président Festus Mogae se soumet en direct à un test de dépistage du VIH/sida. La prise de sang sous les feux des projecteurs proclame en même temps la volonté de l'Etat à provoquer un choc salutaire pour une campagne massive de dépistage et l'impuissance du même Etat à faire accepter l'offre inédite qu'il propose au public : la prise en charge médicale

(trithérapies) complète et gratuite des patients victimes du VIH/sida. Au moment où le président Mogae « passe à l'acte », son pays est dans une situation paradoxale. Il est en même temps un des pays les plus stables d'Afrique avec une démocratie bipartite saluée et reconnue pour la régularité des échéances et de l'alternance politiques, un des plus riches justifiant l'étiquette de « success story économique » et aussi le pays africain (donc du monde), avec le Swaziland, le plus atteint en proportion par la pandémie du sida avec un chiffre qui défie toutes les prévisions à ce moment là (38 % des 15-49 ans suivant l'ancien mode de calcul). Sous ce paradoxe, une série d'éléments permettent de nuancer voire de briser la proclamation de liens de cause en effet entre système de santé et pandémie du sida, engagement politique et mobilisation collective, etc. En effet, le Botswana présente, en plus de la gratuité du système éducatif, un système de santé réputé être un des plus performants en Afrique avec celui de son voisin sud-africain. C'est sur ce système de santé que repose l'accès aux soins des patients.

La création de la plate-forme « Achap » (« African Comprehensive HIV/AIDS Partnership »), fruit d'une collaboration avec la Fondation Bill et Melinda Gates et le laboratoire pharmaceutique Merck, assure la coordination des financements. Le gouvernement apporte près de 80 % du budget dédié au sida et bénéficie de l'aide des Etats-Unis via le Pefpar.

Aujourd'hui, le programme d'accès aux ARV baptisé « MASA » peut affirmer que 100 000 personnes sont sous ARV, ce qui représente le pourcentage record en

Afrique de plus 85 % des patients qui en auraient besoin, sur une population séropositive estimée à 300 000 personnes. La priorité donnée à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME/PMTCT) porte aussi ses fruits. Festus Mogae peut donc provoquer une salve d'applaudissements à Mexico en annonçant que moins de 4 % des enfants nés de mères séropositives sont infectés, ce qui n'est pas loin des performances en la matière des pays du Nord.

Le pilier de ces formations sanitaires prenant en charge les personnes infectées est le Princess Marina Hospital de Gaborone. L'objectif d'étendre cette offre de soins à 31 autres sites a été dépassé et le processus n'est pas arrêté. Chacun des 24 districts de santé possède un centre de prise en charge. Celle-ci consiste à prendre le relais des centres de dépistage et de sélectionner les patients éligibles au traitement. Les infirmières reçoivent le patient et l'orientent ensuite vers le médecin à l'intérieur de la structure. C'est ce dernier qui effectue la prescription des examens puis, deux semaines plus tard, de la multithérapie antirétrovirale. Sans épisode clinique particulier, le patient revient tous les trois mois.

Les échéances à venir concerne la relative pénurie de médecins, seuls prescripteurs pour l'instant d'ARV. Le débat en cours concerne la possibilité de former le personnel infirmier à la prescription des ARV pour pallier le déficit de médecins qui va être de plus en plus problématique au vu de la croissance du nombre de patients. Au cours de la présentation de Richard Marlink, il a été souvent question du leadership du président Mogae et de ce que

Evolution du nombre de malades recevant un traitement par ARV au Cameroun : juillet 2005 à mars 2008



source : CNLS, Cameroun et Koulla-Shiro S, « Characteristics and main outcomes of scaling up access to HIV treatment in Cameroon », session satellite ANRS, Mexico

représente, dans ce contexte, « la parole du chef ». Ce qui n'était peut-être qu'une incise constitue néanmoins la force et la faiblesse du rigorisme des relations sociales au Botswana et du moralisme disciplinaire qui lie aînés et cadets, autorités politiques et citoyens. Dans le cas de la prévention, c'est une population qui s'est littéralement dérobée sous les discours moralistes qu'elle contribue à véhiculer (abstinence, fidélité, préservatif), au-delà des pratiques réelles.

La mobilité intense des travailleurs de leurs foyers vers les mines de diamant a entraîné une voie de passage du VIH qu'aucun discours officiel ne pouvait contenir, étant entendu que les personnes reproduisent un discours différents de leurs libertés sexuelles pour se conformer aux éthos moraux énoncés plus haut. En revanche, la légitimité et l'acuité du leadership politique et moral a changé la situation au Botswana, via l'accès aux ARV. Le médicament constitue un objet politique qui trouve dans les structures de prise en charge, un relais décisif. Reste la question de la combinaison entre traitement et prévention. Un autre défi majeur.

Cameroun : jeux et enjeux d'une décentralisation

Pour sa part, le Cameroun a aussi bénéficié d'un contexte international favorable, de l'expertise technique de la coopération internationale – notamment française – et

de celle acquise par ses propres médecins impliqués dans ces partenariats internationaux. Avant l'accès aux ARV, le Cameroun s'était déjà inscrit dans la logique de la décentralisation des structures de soins, dans la dynamique préconisée par l'OMS à la Conférence d'Harare.

Le Cameroun propose un modèle dans lequel ce sont les réseaux de médecins, impliqués dans des dynamiques de partenariats internationaux dont l'ANRS est un exemple, qui ont initié les procédures et montré les possibilités opérationnelles de la prise en charge des patients. Ensuite, les pouvoirs publics, via le Comité national de lutte contre le sida (CNLS, Ministère de la santé publique du Cameroun), qui ont institutionnalisé cette dynamique avec l'appui des partenaires internationaux et l'implication des « sommets de l'Etat ». Quatre décisions politiques et économiques importantes et une découverte scientifique⁵ ont ensuite répondu à la question des coûts des trithérapies au Cameroun depuis le début de la décennie 2000. Après l'introduction des médicaments « génériques » en 2000, le pays a connu une reconfiguration des partenariats, des accords et des alliances avec ses différents partenaires. Le 4 avril 2001, un protocole d'accord est signé avec 4 laboratoires pharmaceutiques représentés par MSD. A cette occasion le coût pour le patient est passé en dessous de 70 000 FCFA pour les molécules de première ligne.

Le chemin vers la gratuité

La présentation du Pr Sinata Koulla-Shiro a montré l'évolution de l'accès aux ARV au Cameroun⁶.

A la fin du mois de juillet 2002, un décret présidentiel annonçait une nouvelle baisse des prix des molécules antirétrovirales au Cameroun, assortie d'une baisse du coût des examens biologiques. Ainsi, avec un budget d'environ 21 000 FCFA/mois, un patient camerounais accédait à une trithérapie. C'est à la faveur d'un apport des fonds dits PPTE (« pays pauvres très endettés ») donc du bénéfice de la remise de la dette, que le pays a pu réaliser cette opération. Ensuite, ce sont les financements issus du Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, que le Cameroun va connaître des baisses régulières et successives du prix des ARV pour le bénéfice social et thérapeutique de ses patients. Ces accords et la mobilisation politique du Cameroun vis-à-vis de ses partenaires internationaux, notamment la Banque mondiale et le Fonds mondial, portent leurs fruits : la gratuité attendue des ARV entre en vigueur le 1^{er} mai 2007.

A ces dernières s'est ajoutée l'initiative dite Unitaid. Lancée par les présidents Lula et Chirac à partir d'une taxe sur les prix des billets d'avion, c'est une « facilité internationale » d'achats de médicaments qui constitue un financement une ressource supplémentaire. Les unes et les autres ont tracé le chemin de la gratuité au Cameroun, inspiré par les acteurs internationaux acquis à cette cause bien avant les sociétés civiles africaines, un peu muettes sur ce sujet. Avant l'accès universel caractérisé par la gratuité des médicaments de première ligne et celle qui s'ébauche progressivement pour les médicaments de seconde ligne, précisons que les enfants de moins de 15 ans et les femmes enceintes pouvaient accéder à des traitements gratuits. La situation des enfants est assez contrastée :

- 44 800 enfants de moins de 15 ans sont infectés au Cameroun ;
- 19 % des enfants nés de mères séropositives sont infectés ;
- 2 003 enfants sont sous ARV, soit 20 % des 9 953 enfants éligibles.

A la fin de l'année 2007, le CNLS déclare 45 605 patients adultes sous ARV, soit 54,7 % des personnes éligibles aux traitements. Ils étaient 17 000 en 2005, près de 600 seulement en 2001.

Obstacles et perspectives

Quatre projets de recherche franco-camerounais financés par l'ANRS sont en cours pour évaluer les avancées, les obstacles et les perspectives de cette décentralisation. Elle concerne plus de 125 formations sanitaires. Celles-ci sont réparties en CTA (Centre de traitement agréé) au niveau des hôpitaux centraux et provinciaux et en UPEC (Unité de prise en charge), au niveau des hôpitaux de districts. Il faut inclure les hôpitaux non publics qui ont reçu l'agrément du ministère de la santé publique pour la prise en charge par les ARV. La différence structurelle entre les CTA et les UPEC est le plateau technique, notamment les laboratoires dans les CTA auxquels se réfèrent les UPEC.

Ainsi, 71 % des structures de prise en charge sont publiques, 11 % sont privées (cliniques et hôpitaux des grandes entreprises), 16 % relèvent du privé confessionnel et 5 % du secteur dit « sécurité » (infirmiers des prisons, centre médicaux de la police et des forces armées, etc.). 89 des 174 districts de santé que compte le Cameroun possèdent au moins une structure de prise en charge. Le modèle camerounais, qui tire son originalité de la décentralisation active de l'offre de soins, doit s'inscrire dans un débat économique et politique plus large sur le plan international⁷⁻⁹, lequel met en scène la possibilité d'aller au plus près des patients.

Un faisceau de problèmes émerge. Jusqu'où ce système doit-il aller ? A quel niveau de la pyramide sanitaire (donc de décentralisation) se heurtera-t-on à la question du déficit de personnel ? Quelle marge de soutenabilité financière le pays, sous perfusion de la part de ses partenaires notamment du Fonds mondial - possède-t-il pour poursuivre dans le temps la gratuité du traitement ? C'est ce différentiel au niveau de la décentralisation qui a été l'objet de notre présentation. Celle-ci proposait, sur les bases des don-

nées empiriques, des types différenciés de « décentralisation » en œuvre sur le territoire camerounais : la déconcentration qui est une délégation de compétences du centre vers la périphérie. C'est le modèle le plus répandu. Ensuite, la dévolution, modèle plus rare que détiennent certaines formations sanitaires bénéficiant de fonds étrangers par exemple leur permettant une relative autonomie vis-à-vis du centre. L'Hôpital de la fondation suisse de Petté, dans l'extrême nord du Cameroun, a été cité en exemple. Cette formation sanitaire a demandé et obtenu de devenir un hôpital de district avec des attributions de santé publique (soins de santé primaire dans la localité, activités de prévention, de vaccination, etc.) dévolues habituellement aux structures publiques. Cet exemple comme ceux qui montrent à l'inverse des carences de personnel pour poursuivre le travail de suivi des patients appellent toujours à la responsabilité de l'Etat central pour réguler l'offre de soins de personnel soignant, orienter des ressources, pallier des insuffisances ou s'appuyer sur des performances dans certains cas (Petté par exemple) pour garder un minimum d'équité au système. D'où la question de la « nouvelle recentralisation » dans un système qui parie sur la « décentralisation »¹⁰.

Dans cette logique de la décentralisation, Charles Kouanfack a présenté un projet qui vise justement à contourner les déficits de personnel ou les faiblesses de ressources, en proposant une stratégie allégée de suivi des patients. Ce projet est potentiellement un espoir important pour la pertinence de l'offre de soins dans des pays à faibles ressources, notamment en matière de ressources humaines^{11,12}.

1 - Satellite Meeting. Scaling-up – Operational lessons from Research in Africa, Mexico

2 - Eboko F, « Law against morality ? Access to anti-AIDS drugs in Africa », *International Social Science Journal*, Unesco, 2005, 715-24

3 - Eboko F, « Patterns of Mobilization : political culture in the fight against AIDS », in Patterson AS, Ed. *The African State and the AIDS Crisis*, 2005, Ashgate Publishers, Aldershot, 37-58

4 - Msettati P et al., « L'accès aux traitements du VIH en Côte d'Ivoire », *Evaluation de l'initiative Onusida/Ministère ivoirien de la santé publique : Aspects économiques, sociaux et comportementaux*. 2001, ANRS

5 - Desclaux A et al., « Sciences sociales et sida », *L'Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, 2002, ANRS

5 - Commeyras C et al., « Determining factors of observance of antiretroviral treatments in Cameroon during the start-up period (2000-2002) », *Pharmacy practice*, 2006, 4(3):117-122

6 - Koulla-Shiro S, « Characteristics and main outcomes of scaling up access to HIV treatment in Cameroon », *Satellite Meeting*, op. cit., Mexico

7 - Commeyras C, « Cameroun : situation sur la mise en place des antirétroviraux », *ReMed* 2001, N° 25:15-20

8 - Laurent C et al., « Effectiveness and safety of generic fixed-dosed combination of nevirapine, zidovudine, and lamivudine in HIV-1 infected adults in Cameroon : open-label multicentre trial », *Lancet*, 2004, 364, 29-34

9 - Moatti J-P et al. Eds, « Economics of AIDS and Access Care in Developing Countries. Issues and Challenges », ANRS, 2003

10 - Eboko F, « Policies of ART decentralization in Cameroon : deregulation or new centralization ? », *Satellite meeting*, op. cit., Mexico

11 - Kouanfack C, « Stratall ANRS 12110 Trial : A randomized trial comparing a public-health approach to a standard clinical approach in delivering antiretroviral therapy », *Satellite Meeting*, op. cit., Mexico

12 - Boyer S et al., EVAL ANRS 12116 « HIV services decentralization, health care utilization and inequity in Cameroon. Results from the national survey EVAL », paper presented by Eboko F, Mexico